

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه تهران  
دانشکده حقوق و علوم سیاسی

عنوان:

بررسی ابعاد حقوقی حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بشر

نگارش:

مرتضی زارعی

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر بیژن عباسی

استادان مشاور:

جناب آقای دکتر ولی رستمی

رساله (پایان نامه) برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته حقوق بشر

دی ۱۳۸۹

تقدیم به

افشین منصوری

و با تشکر از دوستان عزیز

علی عنایتی و

اکبر هدایتی

## چکیده

پژوهش حاضر به بررسی حق بر سلامتی به عنوان یکی از حقوق بشر پرداخته است. هدف از این پژوهش روشن کردن مفهوم، ابعاد و مصادیق حق بر سلامتی و بررسی جایگاه آن در میان اسناد حقوق بشری جهانی، منطقه ای و هم چنین بررسی موانع عدم تحقق این حق است. حق بر سلامتی در میان انواع حقوق بشر از اهمیت بالایی برخوردار است. در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت برخورداری از حق بر سلامتی یکی از حقوق بنیادین بشر محسوب می شود. سلامت و حق برخورداری از زندگی سالم، از حقوق مسلم شهروندی محسوب می شود به نحوی که از شاخصه‌های اصلی جامعه ایده‌آل، داشتن وضعیت سلامت مطلوب است. این پژوهش در در یک مقدمه، دو فصل و یک نتیجه گیری تنظیم شده است. در فصل اول به تبیین مفهوم حق بر سلامتی پرداخته شده است و جایگاه آن در اسناد حقوق بشری مشخص شده است. هم چنین در این بخش رابطه این حق با دیگر حقوق بشر نیز بررسی شده است. در فصل دوم تحقق حق بر سلامت در سطح جهان بررسی شده است. به طور تطبیقی حق بر سلامتی در چند کشور از قاره های مختلف پرداخته شده است و در نهایت نیز به طور خلاصه حق بر سلامتی در ایران به همراه نظام سلامت و فقر و سلامتی در ایران بررسی شده است. در پایان نیز جمع بندی و پیشنهادهایی ارائه شده است. روش جمع آوری اطلاعات در این پژوهش کتاب خانه ای بوده است و سعی شده است در نگارش آن از منابع اطلاعاتی روز دنیا به زبان های انگلیسی و فرانسوی استفاده شود.

## فهرست مطالب

۶.....	چکیده
۱۰.....	مقدمه
۱۴.....	ضرورت و اهمیت پژوهش
۱۶.....	فرضیه پژوهش
۱۵.....	اهداف پژوهش
۱۵.....	سوال اصلی و سوال های فرعی
۱۷.....	پیشینه پژوهش
۱۷.....	منابع پژوهش
۱۸.....	ساختار پژوهش
۲۱.....	سپاس گذاری
۲۴.....	<b>فصل اول: تبیین مفهوم و جایگاه حق بر سلامتی</b>
۲۳.....	مبحث نخست: تبیین مفهوم حق بر سلامتی و جایگاه آن در اسناد حقوق بشری
۲۳.....	گفتار نخست: تبیین مفهوم حق بر سلامتی
۲۹.....	گفتار دوم- جایگاه حق سلامتی در اسناد بین المللی حقوق بشری
۳۴.....	گفتار سوم- جایگاه حق سلامتی در اسناد منطقه ای

- گفتار چهارم - جایگاه حق سلامتی در منابع داخلی ..... ۳۷
- مبحث دوم: حق سلامتی و رابطه آن با دیگر حقوق بشر ..... ۳۸
- گفتار نخست: رابطه میان حق سلامتی با حق تغذیه ..... ۴۰
- گفتار دوم: رابطه میان حق سلامتی و حق مسکن ..... ۴۲
- گفتار سوم: رابطه بین حق سلامتی و حق دسترسی به اطلاعات ..... ۴۳
- گفتار چهارم: رابطه میان حق بر سلامتی و حق کار ..... ۴۵
- مبحث سوم: حق سلامتی و محیط زیست و دیدگاه ها و اقدامات دولت ..... ۴۷
- گفتار نخست - آلودگی محیط زیست ..... ۴۹
- گفتار دوم - فعالیت های صنعتی و کشاورزی مدرن ..... ۵۱
- گفتار سوم - ضایعات رادیواکتیو ..... ۵۲
- گفتار چهارم - تسلیحات نظامی و مخاصمات مسلحانه ..... ۵۴
- گفتار پنجم - اقدامات و دیدگاه های دولت ها ..... ۵۶
- مبحث چهارم: حق بر سلامتی افراد و گروه های خاص ..... ۶۰
- گفتار نخست: زنان و حق بر سلامتی ..... ۶۰
- الف - سلامتی دختران کودک و نوجوانان ..... ۶۳
- ب - سلامتی زنان مسن ..... ۶۳
- پ - زنان و مصرف دخانیات ..... ۶۴

- ح- تاثیر جنگ بر روی سلامتی زنان ..... ۶۵
- ج- خشونت علیه زنان ..... ۶۶
- خ- آموزش و سلامتی زنان ..... ۶۶
- ج- نقش وضعیت اقتصادی و اجتماعی ..... ۶۸
- ر- اصلاح وضع سلامت زنان و کودکان ..... ۷۰
- گفتار دوم: حق بر سلامتی مهاجران ..... ۷۱
- الف : شیوع بین المللی بیماری ..... ۷۴
- ب : تاثیر جهانی شدن ..... ۷۹
- ج : سلامتی مهاجران و ایدز ..... ۸۱
- فصل دوم: تحقق و تضمین حق بر سلامتی ..... ۸۷**
- مبحث نخست : موانع تحقق حق بر سلامتی و راه کارها ..... ۸۷
- گفتار نخست : فقر ..... ۹۰
- گفتار دوم : زنان، فقر و سلامتی ..... ۹۷
- مبحث دوم : توصیه ها و راه کارها برای رفع موانع ..... ۱۰۱
- مبحث دوم : تعهدات تابعان مختلف حقوق بین الملل در مورد حق بر سلامتی ..... ۱۰۲
- گفتار نخست : تعهد دولت ها ..... ۱۰۳
- الف - کمبود امکانات و همکاری های بین المللی ..... ۱۰۴

- ب : عمل جمعی دولت ها به منظور تحقق حق بر سلامتی و ممنوع کردن تحریم ها ..... ۱۰۵
- ج- کوتاهی دولت ها در ایفای تعهدات خود ..... ۱۰۵
- گفتار دوم : سازمان ها و نهاد های بین المللی ..... ۱۰۶
- گفتار سوم : بخش خصوصی ..... ۱۱۰
- گفتار چهارم : جامعه مدنی ..... ۱۱۱
- مبحث سوم : راه کارهای نظارتی ..... ۱۱۲
- گفتار نخست : راه کارهای نظارتی در سطح منطقه ای ..... ۱۱۳
- الف : کمیته اروپایی حقوق اجتماعی ..... ۱۱۳
- ب : کمیسیون بین آمریکایی حقوق بشر ..... ۱۱۴
- ج : کمیسیون آفریقایی حقوق بشر و مردمان ..... ۱۱۴
- گفتار دوم : راه کارهای نظارتی در سطح بین المللی ..... ۱۱۵
- الف : کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ..... ۱۱۵
- ب : کمیته ی رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی ..... ۱۱۶
- ج : کمیته رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان ..... ۱۱۶
- د : کمیته ی حقوق کودک ..... ۱۱۷
- ح : کمیته کارگران مهاجر ..... ۱۱۷
- مبحث چهارم : بررسی تطبیقی حق بر سلامتی در چند کشور ..... ۱۱۹



الف- ایالات متحده آمریکا.....	۱۲۱
ب- کوبا.....	۱۲۳
ج- فنلاند.....	۱۲۵
مبحث پنجم: جایگاه حق سلامتی در ایران.....	۱۲۷
گفتار اول: جایگاه سلامتی در قوانین ایران.....	۱۲۸
گفتار دوم: بررسی نظام سلامت در ایران.....	۱۳۲
نتیجه گیری.....	۱۴۲
فهرست منابع:	۱۴۹

جایگاه والای انسان در نظام آفرینش و استعداد و شایستگی او در احراز مقام خلیفه الهی و ارزش حیات مادی و معنوی او و این که او بیهوده آفریده نشده است و بالاخره هدفمندی خلقت، همه به آدمی این اندیشه را القا می کند که هرگز سزاوار نیست در تامین سلامت و حیات انسان کوتاهی شود. چنانکه قرآن کریم نیز در آیه " وَ أَنْفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَ لَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ أَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ"<sup>۱</sup> انسان را نهی می کند از این که با دست خود و بی توجهی ها و بی مبالاتی ها، خود را به هلاکت می افکند.

سلامت در فرهنگ متعالی اسلام به عنوان یک ارزش مطرح شده و با تعبیرات لطیفی مانند برترین نعمت ها- گواراترین نصیب ها- نعمت قدر ناشناخته و از نظر دور مانده - نعمت دنیا- نعمتی که بدون آن خیری در زندگی نیست - نعمتی که آدمی از شکر آن عاجز است -حسنة دنیا- دارایی مخفی - ایمنی در دنیا- سرمایه زندگی و دهها عنوان دیگر توصیف و اهمیت آن گوشزد شده است و بالاخره در قالب ادعیه مختلف، به عنوان یک درخواست مهم از پروردگار، مطرح شده و به اهل ایمان آموزش داده شده است.<sup>۲</sup>

از نظر تاریخی نیز حق سالم بودن یکی از نخستین حقوقی است که در قانون اساسی بسیاری از کشورهای جهان اعلام شده است. در سطح بین‌المللی هم در ماده ی ۲۵ اعلامیه ی جهانی حقوق بشر قاطعانه اعلام شده است که: "هر کسی حق دارد استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه برای خود و خانواده‌اش" داشته باشد. در مقدمه اساسنامه ی سازمان جهانی بهداشت هم تأیید شده که سلامت از حقوق بنیادین هر یک از افراد بشر است تا: "از بیشترین استاندارد قابل دسترسی سلامت" برخوردار باشد.

<sup>۱</sup> - " و در راه خدا اتفاق کنید (و با ترک انفاق)، خود را به دست خود به هلاکت نیندازید. و نیکی کنید که خداوند نیکوکاران را دوست

می‌دارد". سوره مبارکه بقره، آیه ۱۹۵

در ذات حق سلامت، حق بهداشت و مراقبت پزشکی هم وجود دارد. بعضی کشورها اصطلاح "حق حفظ سلامت" را به کار می‌برند که ضامن نظام جامع بیمه اجتماعی است و موضوعات تأمینی در صورت بروز بیماری یا حادثه و آموزش پزشکی و داروئی و مواد ضروری را به صورت رایگان تأمین، و حق مراقبت در زمان سالمندی و تنهائی جامعه را ارائه می‌کند.

تأمین سلامت و حق برخورداری از زندگی سالم، از حقوق مسلم شهروندی محسوب می‌شود به نحوی که از شاخصه‌های اصلی جامعه ایده‌آل، داشتن وضعیت سلامت مطلوب است.

بهره‌مندی و برخورداری از سلامت، مصون ماندن از بیماری‌ها و دستیابی به امکانات و روش‌های مراقبت‌های بهداشتی، یکی از حقوق انسانی به شمار می‌آید که در بسیاری از قطعنامه‌های سازمان ملل متحد و کنوانسیون‌های بین‌المللی بر آن تأکید شده است.

این حق که در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر به خوبی تثبیت شده و حتی برای اجرای دیگر حقوق بشری نیز لازم و ضروری قلمداد می‌شود، متضمن آن است که هر انسانی حق دارد از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی جهت داشتن یک زندگی باکرامت برخوردار باشد.

از سوی دیگر، حق بر سلامتی ارتباط نزدیکی با دیگر مصادیق حقوق بشر دارد؛ به گونه‌ای که لازم و ملزوم یکدیگر قلمداد می‌گردند؛ از جمله حق تغذیه، مسکن، کار، آموزش، کرامت انسانی، حیات، برابری و عدم تبعیض، منع شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات و آزادی اجتماعات اجزای لاینفک حق بر سلامتی هستند.

کمی عجیب به نظر می‌رسد از سلامتی به عنوان یک حق صحبت کنیم وقتی که واقعیت نشان می‌دهد که نسبت زیادی از جمعیت جهان سلامتی خود را روز به روز بیشتر در معرض مخاطره می‌بینند.

در حقیقت طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت، یک میلیون و هفتصد هزار نفر در سال ۲۰۰۴ بر اثر سل جان خود را از دست دادند در حالی که هشت میلیون مورد جدید کشف شدند.<sup>۱</sup> سیصد و پنجاه میلیون نفر از بیماری مالاریا رنج می‌برند و یک میلیون نفر به خصوص بچه‌ها در اثر این بیماری جان خود را از دست دادند.<sup>۲</sup> ایدز در سال ۲۰۰۵ جان بیش از سه میلیون نفر را گرفت.<sup>۳</sup> همچنین این سه بیماری مسئول مرگ نزدیک به شش میلیون نفر در سال شناخته می‌شوند که بیشتر این مرگ و میرها در کشورهای عقب افتاده به وقوع می‌پیوندد. تخریب محیط زیست و آلودگی هوا نیز امروزه بیش از گذشته زندگی انسان را تهدید می‌کند.

با این وجود، حق بر سلامتی در اسناد متعدد حقوق بشری به عنوان یک حق بشری شناخته شده است. هم‌چنین پذیرفته شده است که تحقق حق بر سلامتی بستگی به تحقق دیگر حقوق بشر و از جمله حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد.

علاوه بر آن ثابت شده است که ریشه بسیاری از بیماری‌ها و هم‌چنین مرگ و میرها در نتیجه عدم رفع نیازهای اولیه‌ی انسان است. کمبود و عدم دسترسی به خدمات پزشکی و سلامتی، آب آشامیدنی سالم و تغذیه بدون شک از جمله مهم‌ترین این نیازها هستند. ارزیابی سلامت عمومی در سده نوزدهم در اروپا و ایالات متحده نشان می‌دهد که عمده مداخله در سلامت عمومی باید خارج از نظام سلامتی انجام گیرد. در حقیقت تحقق حق بر سلامتی کاملاً بستگی به تحقق دیگر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد: تغذیه، مسکن، بهداشت، شرایط کار و... هم‌چنین صلح و امنیت نیز برای تحقق حق بر سلامتی لازم و ضروری است.<sup>۴</sup>

<sup>1</sup> -Cf. Communiqué de presse de l'OMS du 22 mars 2006.

<sup>2</sup> -Cf. Chiffres de l'OMS, cités par *Voice of America* le 19 avril 2006

<sup>3</sup> -Cf. *Rapport annuel de l'Onusida*, [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi\\_update\\_2005\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update_2005_fr.pdf)

<sup>4</sup> - Cf. *Travailler ensemble pour la santé, Rapport annuel de l'OMS 2006*, mai 2006.

نظم بین المللی نا عادلانه که عامل نابرابری و فقر محسوب می شود، مانع بزرگی بر سر راه تحقق حق بر سلامتی محسوب می شود. در حقیقت، سیاست های اقتصاد کلان و به طور خاص موافقت نامه های تجاری نابرابر، بار سنگین قرض ها و تصاحب مداوم ثروت های ملی ( انسانی و مادی ) که بر کشورهای در حال توسعه و به خصوص از سوی سازمان های بین المللی تحمیل می شود، باعث افزایش شدید فقر و نابرابری بین کشورها می شود.

سازمان های مالی بین المللی مثل بانک جهانی، صندوق بین المللی پول و سازمان تجارت جهانی سرمایه داری و شرکت های چند ملیتی خصوصی را بر مردم ترجیح می دهند. این سازمان ها در سطح بین المللی و ملی تصمیم های مهم اقتصادی و اجتماعی می گیرند که بر سرنوشت مردم تاثیر می گذارد.

روابط آشفته بین مجموعه های نظامی - اقتصادی و مراکز قدرت کشورهای ثروتمند تهدیدی دائمی برای صلح و امنیت بین المللی محسوب می شود و باعث سوء استفاده های متعدد از منابع اجتماعی و عمومی می شود.

این فرایند اکثریت مردم را در حالتی از ترس و ناتوانی قرار می دهد به جای این که دموکراسی و صلح برقرار باشد که از شرایط لازم برای تحقق حق بر سلامتی هستند.

با این حال، به نظر می رسد در حدود سی سال پیش جامعه بین المللی نسبت به این شرایط آگاهی پیدا کرد و به اهمیت همکاری بین المللی برای تحقق این حق پی برد: "نابرابری های مشهود در وضعیت سلامتی مردم، هم چنین بین کشورهای توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه و در داخل خود کشورها، از نظر اقتصادی، اجتماعی و سیاسی غیر قابل قبول است و اشتغال فکری همه کشورها را دامن زده است".<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - Cf. § 2 de la Déclaration d'Alma-Ata, adoptée le 12 septembre 1978 lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires organisée par l'OMS.

امروزه وضعیت چندان تغییری نکرده است. هر چند که در اکثر دولت ها مقامی به عنوان وزیر سلامتی یا بهداشت وجود دارد و همه کشورها خود را متعهد به اجرای مفاد اساسنامه سازمان جهانی بهداشت و دیگر اسناد مرتبط می دانند، با این وجود در عمل شاهد تغییر چندان نبوده ایم.

به دلیل اهمیت زیادی که دین مبین اسلام برای سلامتی قائل شده است و اهمیتی که سلامتی در زندگی انسان ایفا می کند و نقشی که در پیشرفت و توسعه کشورها دارد و این که احساس می شد در این زمینه پژوهش کمتری صورت گرفته است، نگارنده لازم دید که به بررسی این موضوع بپردازد.

## ضرورت و اهمیت پژوهش

با توجه به مواردی که بیان شد می توان ضرورت های پیرامون تدوین پژوهش بررسی ابعاد حقوقی حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بشر را مورد بررسی قرار داد. حق بر سلامتی یکی از مهم ترین حقوق بشری است که در اسناد مهم بین المللی مورد تاکید قرار گرفته است. از این رو پژوهشی در مورد حق بر سلامتی می تواند به شناختی بهتر و فراگیرتر از یکی از مهم ترین حقوق بشری یاری رسانده و در آگاهی بیشتر از گستره این حق و مصادیق آن سودمند گردد. چنین ضرورتی به ویژه هنگامی محسوس به نظر می رسد که تاکنون پژوهشی مستقل در مورد حق بر سلامتی بر اساس موازین جهانشمول بین المللی حقوق بشری در چهارچوب کتاب، پایان نامه و یا حتی مقاله در ایران صورت نگرفته است.

## اهداف پژوهش

بر اساس آن چه بیان شد، اهداف مورد نظر در تدوین پژوهش بررسی ابعاد حقوقی حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بشر مشخص می گردد. این پژوهش تلاشی است برای فهم بهتر و فراگیرتر از حق بر سلامتی است و نیز کوششی است برای بررسی جایگاه حق بر سلامتی در اسناد بین المللی، منطقه ای و هم چنین حقوق ایران، پژوهش حاضر می تواند به عنوان پژوهشی کاربردی در راستای هماهنگ ساختن حقوق ایران در مورد حق بر سلامتی با موازین بین الملل حقوق بشر مورد استفاده قرار گیرد.

## سوال اصلی و سوال های فرعی

با توجه به آن چه گفته شد می توان سوال اصلی مطرح در این پژوهش را این گونه عنوان کرد: حق بر سلامت چیست، جایگاه آن در نظام بین الملل حقوق بشر چیست و ابعاد حقوقی آن کدام اند؟

سوال های فرعی پژوهش به شرح زیر می باشند:

- ۱- چه رابطه ای میان حق بر سلامتی و دیگر حقوق بشر وجود دارد؟
- ۲- چه رابطه میان حق بر سلامتی و تخریب محیط زیست وجود دارد؟
- ۳- موانع عدم تحقق حق بر سلامتی در سطح بین المللی کدام اند؟
- ۴- چه راه کارهای نظارتی در جهان برای تحقق حق بر سلامتی وجود دارد؟

## فرضیه پژوهش

حق بر سلامتی یکی از مهم ترین پایه های لازم برای رسیدن به زندگی در سطح استاندارد مورد نظر در میثاقین است. از همین رو شناختی دقیق از گستره از این حق و بررسی مفهوم و جایگاه آن می تواند کاستیهایی موجود در سطح جهانی و هم چنین در ایران نسبت به تحقق کامل حق بر سلامتی مشخص سازد. شناخت حق بر سلامتی و آگاهی یافتن از کاستیهای موجود در سطح جهانی، منطقه ای و در ایران و هم چنین موانع بر سر راه تحقق این حق می تواند به فراهم ساختن زندگی سعادت مندتری یاری رسانده و در نتیجه به تامین هر چه بیشتر حقوق فرد منجر گردد.

بین حق بر سلامتی و دیگر حقوق بشر رابطه وجود دارد. حقوق بشر وابسته به هم و تقسیم ناپذیر

هستند.

تخریب محیط زیست بر سلامتی انسان تاثیر منفی می گذارد.

موانع متعددی در عدم تحقق حق بر سلامتی وجود دارد که مهم ترین آن ها را می توان در نظم

جهانی موجود شناسایی کنیم.

راه کارهای متعددی در سطح جهانی و منطقه ای برای نظارت بر تحقق حق بر سلامتی وجود دارد.



## روش پژوهش

روش پژوهش به صورت کتابخانه ای بوده است و بر این اساس بیشتر سعی شده است به صورت کلی پس از بیان موازین بین المللی حقوق بشر به دیدگاه حقوق ایران نیز اشاره شده است. استفاده از شیوه توصیفی در پژوهش در اولویت بوده است، اگر چه در بعضی موارد از شیوه ی تحلیلی و انتقادی نیز استفاده شده است.

## پیشینه پژوهش

در مورد پیشینه پژوهش درباره حق بر سلامتی نیز اشاره کرد. همان گونه که پیشتر بیان شد تاکنون در ایران در مورد این موضوع پژوهش مستقلی صورت نگرفته است. تنها در چند اثر و نه به صورت مستقل که در ارتباط با موضوع های دیگر حق بر سلامتی مورد بررسی قرار گرفته است. از جمله این اثرها می توان به دو مقاله سید قاسم زمانی (۱۳۸۵) اشاره کرد که در مقاله ای با "عنوان شبیه درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین الملل بشر" مسئله حق بر سلامتی را مورد بررسی قرار داده است. اثر دیگر مقاله جواد شجاع (۱۳۸۷) با عنوان "تحقیق و توسعه فناوری ناتو از نگاه حق بر سلامتی" می باشد. در این دو اثر به فراخور موضوع اصلی به حق بر سلامتی نیز اشاره ای شده است.

## منابع پژوهش

با توجه به کمبود پژوهش مستقل در مورد حق بر سلامتی در ایران، در پژوهش های صورت گرفته در زمینه مصادیق حقوق بشر می توان به آگاهیهای در مورد این حق و نیز جایگاه آن دست یافت. اما صرف نظر از پیشینه پژوهش در مورد حق بر سلامتی در ایران که بسیار کم می باشد، برای گردآوری این پژوهش

ضرورت داشت تا در کنار توجه به پژوهش های صورت گرفته، به منابع دست اول خارجی نیز مراجعه شود. از این رو در پژوهش حاضر یکی از منابع اصلی اسناد است. این اسناد شامل دو دسته اسناد فارسی و انگلیسی هستند. اسناد فارسی مشتمل بر قانون اساسی و مقررات داخلی هم چون قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوبه ۱۳۳۷ و سایر قوانین و هم چنین ترجمه بعضی اسناد بین المللی بوده است. اسناد انگلیسی نیز از منابع اسنادی این پژوهش به شمار می آیند. این اسناد در صحن نهاد های مختلف سازمان ملل متحد مورد تصویب قرار گرفته اند. البته لازم به ذکر است که سندی که بیشترین استفاده را در این پژوهش داشته است، تفسیر شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بوده است. در کنار این سند از چندین سند دیگر این کمیته و هم چنین اسناد نهادهایی مانند سازمان جهانی بهداشت، کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد، بانک جهانی و ... استفاده شده است.

افزون بر منابع اسنادی، از کتاب ها، مقالات متعددی نیز سود گرفته شده است. همان طور که گفته شد تاکنون در ایران به جز چندین مقاله کسی به تحقیق در این موضوع نپرداخته است. نگارنده نتوانسته است پایان نامه ای با این عنوان و یا حتی در ارتباط با این عنوان نیز در سطح ایران پیدا کند. بنابراین در مورد نظام سلامتی در ایران سعی شد از گزارش های سازمان جهانی بهداشت استفاده شود. بنابراین اکثر منابع این پایان نامه به زبان های انگلیسی و فرانسوی بوده است.

## ساختار پژوهش

در راستای ضرورت ها و اهداف پژوهش و بر اساس منابع گردآوری شده، پژوهش حاضر در دو فصل تدوین شده است. فصل نخست تبیین مفهوم و جایگاه حق بر سلامتی نام دارد. این فصل از چهار مبحث تشکیل شده است. مبحث اول در چهار گفتار به تعریف حق سلامتی و بیان جایگاه آن در اسناد بین

المللی، منطقه ای و داخلی می پردازد. گفتار اول از مبحث اول به تبیین مفهوم حق بر سلامتی اختصاص یافته است. در گفتار اول ابتدا با تعریف های مختلف نقل شده برای حق بر سلامتی آشنا شده، سپس در مورد تمایز بین حق بر سلامتی و حق سلامتی آگاهی‌هایی ارائه شده است. در گفتار دوم به جایگاه حق بر سلامتی در اسناد بین المللی پرداخته شده است. گفتار سوم جایگاه حق بر سلامتی در اسناد منطقه ای را بحث می کند و گفتار چهارم نیز به بررسی جایگاه حق بر سلامتی در منابع داخلی می پردازد. مبحث دوم از فصل اول نیز در چهار گفتار به رابطه میان حق بر سلامتی و دیگر حقوق بشر می پردازد. در مجموع این چهار گفتار نشان می دهد که بین انواع مختلف حقوق بشر رابطه ای تنگاتنگ وجود دارد و باید برای تحقق همه این حقوق همزمان کوشش کرد. مبحث سوم نیز به حق بر سلامتی و محیط زیست و دیدگاه ها و اقدامات دولت اختصاص دارد. این مبحث از پنج گفتار تشکیل شده است. در گفتار اول به آلودگی محیط زیست پرداخته شده است و تاثیر مخربی که بر سلامتی انسان می گذارد. گفتار دوم فعالیت های صنعتی و کشاورزی مدرن را مورد هدف قرار داده است و تلاش شده تا تاثیر پیشرفت تکنولوژی بر محیط زیست بررسی شود. گفتار سوم به مسئله ضایعات رادیواکتیو و ماندگاری آن در محیط زیست و تاثیر مخرب آن بر نسل های آینده پرداخته است. در گفتار چهارم تاثیر مخاصمات مسلحانه و تسلیحات نظام جمعی جدید بر سلامتی و محیط زیست بررسی شده است. در گفتار پنجم سعی شده است که دیدگاه ها و اقدامات دولت در مقابله با خرابی محیط زیست بحث شود. مبحث چهارم به حق بر سلامتی افراد و گروه های خاص اختصاص داده شده است که در دو گفتار به بررسی حق بر سلامتی زنان و مهاجران پرداخته است.

فصل دوم پژوهش تحقق و تضمین حق بر سلامتی نام دارد. این فصل از پنج مبحث تشکیل شده است. مبحث اول فصل دوم در سه گفتار ضمن اشاره به موانع عدم تحقق حق بر سلامتی، به طور ویژه مسئله فقر و تاثیر آن بر سلامتی را بررسی کرده است. در گفتار سوم این مبحث نیز به طور اختصار توصیه

و راه کارهایی برای رفع این موانع پیشنهاد شده است. مبحث دوم فصل دوم نیز در چهار گفتار تعهدات تابعان مختلف حقوق بین الملل در مورد حق بر سلامتی را بحث می کند. این مبحث در گفتار اول به تعهدات دولت ها می پردازد. گفتار دوم را به تعهدات سازمان ها و نهاد های بین المللی اختصاص داده است. در گفتار سوم و چهارم نیز به ترتیب به تعهدات بخش خصوصی و جامعه مدنی پرداخته است. درمبحث سوم راه کارهای نظارتی موجود برای تحقق حق بر سلامتی شرح داده شده است. این مبحث در دو گفتار به تفصیل به بررسی این راه کارها در سطح جهانی و منطقه ای پرداخته است. مبحث چهارم به اختصار در سه گفتار به بررسی تطبیقی حق بر سلامتی در چند کشور از قاره های اروپا، آمریکا و آمریکای جنوبی پرداخته است. مبحث پنجم این فصل نیز به نظام حق بر سلامتی در ایران پرداخته است. این مبحث از سه گفتار تشکیل شده است. در گفتار اول جایگاه حق بر سلامتی در قوانین ایران بحث شده است. گفتار دوم به بررسی نظام سلامت در ایران پرداخته است و در نهایت در گفتار سوم مسئله فقر و سلامتی در ایران را مورد بررسی قرار داده است. در خاتمه پژوهش نیز قسمتی به نتیجه گیری اختصاص داده شده است. در نتیجه گیری، افزون بر اینکه جمع بندی از دو فصل پژوهش ارائه شده است، راه کارها و پیشنهاد هایی در مورد تحقق بهتر حق بر سلامتی طرح گردیده است.

این پژوهش مشتمل بر دو فصل است. در فصل نخست به تبیین مفهوم حق بر سلامتی پرداخته ، جایگاه آن در اسناد حقوق بشری و رابطه آن با دیگر حقوق بشر بررسی شده است و در نهایت در پایان این فصل به رابطه بین محیط زیست و حق بر سلامتی پرداخته شده است. در فصل دوم موضوع تحقق و تضمین حق بر سلامتی بررسی شده است. موانع سر راه تحقق این حق شرح داده شده است و در ادامه راه کارها و توصیه های مبارزه با این موانع نیز آمده است. سپس تعهدات تابعان مختلف حقوق بین الملل در برابر حق بر سلامتی بررسی شده است و راه کارهای نظارت بر تحقق حق بر سلامتی در سطح جهانی و

منطقه ای مورد قرار گرفته است. در ادامه به بررسی حق بر سلامتی در چند کشور از قاره های مختلف پرداخته شده است و در نهایت نیز سعی شده است به طور خلاصه به بحث حق بر سلامتی در ایران پرداخته شود. در انتهای پایان نامه نیز حاصل نتایج و دستاوردهای پژوهش در قسمت نتیجه گیری و پیشنهاد ها ذکر گردیده است.

## سپاس گذاری

در پایان لازم به ذکر است که در تدوین این پژوهش از راهنمایی های ارزنده استاد گرامی جناب آقای دکتر عباسی بهره گرفته شده است. دکتر عباسی به عنوان استاد راهنما بدون هر گونه مضایقه ای مرا از دانش خویش بهره مند ساخته و با ارائه دیدگاه های خود در راستای برطرف ساختن کاستی های این پژوهش مساعدت کرده اند. هم چنین ضرورت دارد تا از جناب دکتر رستمی که به عنوان استاد محترم مشاور همواره مشوقی برایم بوده و از نظرات ارزشمند ایشان در جهات پربار شدن این پژوهش استفاده شده است، سپاس گذاری گردد. ضمن اینکه بر خود واجب می دانم از تلاش دوستان عزیز و هم خوابگاهیم آقایان علی عنایتی و اکبر هدایتی نیز تقدیر و تشکر ویژه نمایم.



**فصل اول:**  
**تبیین مفهوم و جایگاه**  
**حق بر سلامتی**

## مبحث نخست: تبیین مفهوم حق بر سلامتی و جایگاه آن در اسناد حقوق بشری

### گفتار نخست: تبیین مفهوم حق بر سلامتی

برای ما انسان ها سلامتی خود و کسانی که به آن ها اهمیت می دهیم یکی از نگرانی های روزمره است. بدون توجه به جنس، سن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی ما انسان ها سلامتی را بزرگترین دارایی خودمان می دانیم. نداشتن سلامتی ما را از انجام دادن کارهای روزانه باز می دارد و نمی توانیم مسئولیت خود را در برابر خود، خانواده و جامعه به انجام برسانیم و به طور موثر و فعالانه در فعالیت های روزمره خودمان شرکت کنیم. به همین منظور حاضر هستیم چیزهای زیادی را قربانی کنیم تا مطمئن شویم خود و خانواده مان در سلامتی و امنیت به سر می برند. به طور کلی وقتی درباره رفاه حرف می زنیم اغلب سلامتی مد نظر ماست.

حق بر سلامتی در میان انواع حقوق بشر از اهمیت بالایی برخوردار است. " در ادبیات حقوق بین الملل بشر حقوق مدنی و سیاسی به عنوان نسل اول، حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در مقوله نسل دوم حقوق بشر جای گرفته اند. حق بر سلامتی در پیوندی ناگسستنی با حق حیات (نسل اول حقوق بشر) قرار دارد و از سوی دیگر با حق بهداشت و تأمین اجتماعی گره خورده است. علاوه بر این حق بر محیط

زیست سالم که در نسل سوم حقوق بشر قرار دارد نیز از سرچشمه حق بر سلامتی سیراب می‌شود. به این ترتیب حق بر سلامتی را می‌توان حلقه ارتباط نسل‌های مختلف حقوق بشر قلمداد نمود.<sup>۱</sup>

سلامتی از جمله عوامل اساسی در رشد و توسعه انسان محسوب می‌شود. "حق بر سلامتی یکی از بخش‌های بنیادین حقوق بشر و فهم و درک ما از زندگی با کرامت محسوب می‌شود."<sup>۲</sup> حق برخورداری از بالاترین درجه استاندارد سلامتی حق جدیدی نیست. با این وجود، هنوز به درستی مفهوم آن تعریف نشده است و به ابعاد متفاوت آن پرداخته نشده است. "سلامتی یک مفهوم مطلق یا یک بینش ثابت نیست. برداشت ما از سلامتی به طور مداوم از مکانی به مکان دیگر و از زمانی به زمان دیگر تغییر می‌کند. تلاش برای تعریف سلامتی با مشکلات متفاوتی روبرو می‌شود که از این حقیقت ناشی می‌شود که تعریف دقیق سلامتی با توجه به شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌کند و هم چنین برداشت‌های فردی و پزشکی از آن چه عادی و قابل دسترس است، متفاوت می‌باشد."<sup>۳</sup>

از طرفی نباید حق بر سلامتی (Droit a la santé) را با حق سلامتی (Droit de la santé) اشتباه گرفت. مطالعه حق سلامتی مستلزم برقراری رابطه بین دو موضوع کاملاً متمایز است: حق و سلامتی. سلامتی یک موضوع چند بعدی است و تعریف‌های مختلفی برای آن عنوان شده است. تعریف سازمان جهانی بهداشت سه بعد سلامتی یعنی جسمی، روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد ولی در تعاریف دیگر ابعاد دیگری هم برای آن ذکر شده است. مثل ابعاد روحی، عاطفی، شغلی و سیاسی. ژان ماری اوبی

---

1- سید قاسم زمانی. «شبیه‌سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر». پژوهش حقوق و سیاست. پاییز و زمستان ۱۳۸۵ شماره ۱۹ ص ۳۰

2 - Right to health. Answers.com. Encyclopedia of Public Health, The Gale Group, Inc, 2002.  
<http://www.answers.com/topic/right-to-health>, accessed April 15, 2009.

3 - [rds.refer.sn/IMG/pdf/8KOUPKOANIMA.pdf](http://rds.refer.sn/IMG/pdf/8KOUPKOANIMA.pdf)



نویسنده کتاب حق سلامتی و اولین کسی که در فرانسه به بررسی حق سلامتی پرداخته است، با پی بردن به مشکلات تعریف حق سلامتی عنوان می کند که "حق سلامتی شامل تمامی قواعد حقوقی حاکم بر فعالیت های مربوط به سلامتی است"<sup>۱</sup>. نویسنده در ادامه ذکر می کند "این تعریف با توجه به ویژگی بسیار گسترده و پیچیده حق سلامتی ارائه شده است که به واسطه هدف و غایتمندی خود قواعد حقوقی بسیار گسترده ای را در بر می گیرد."<sup>۲</sup>

شاید تعریفی که بیش از تعاریف دیگر برای روشن کردن مفهوم سلامتی استفاده شده است، تعریفی است که سازمان جهانی بهداشت در اساسنامه خود آورده است. "سلامتی عبارت است از حالت آسودگی کامل جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی شود."<sup>۳</sup> سلامتی انسان ها امری اساسی برای دستیابی است. تعریف سازمان جهانی بهداشت از این نظر که بسیار گسترده است مورد انتقاد قرار گرفته و بعضی اشخاص استدلال می کنند که نمی توان سلامت را به عنوان یک "حالت کلی" تعریف کرد بلکه باید به صورت یک فرآیند تطبیق پیوسته با تقاضاهای در تغییر زندگی و تغییرات معنای زندگی در نظر گرفته شود. این یک مفهوم پویا است که کمک می کند تا مردم خوب زندگی کنند و خوب کار کنند و از زندگی خود لذت ببرند. بنابراین تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت به نظر بسیاری اشخاص بیشتر به عنوان یک هدف آرمانی محسوب می شود تا فرضیه ای واقع بینانه. این تعریف برای حالتی اطلاق می شود که ممکن است در بعضی اشخاص موجود باشد. ولی برای همه کس و در هر زمان صادق نیست. و به طور معمول در گروه ها یا جوامع انسانی مشاهده نمی شود. بعضی افراد این تعریف را متناسب با واقعیت روزمره نمی دانند چون هیچ کس به عنوان سالم شناخته نمی شود، یعنی اگر تعریف سازمان جهانی بهداشت را بپذیریم، همه ما بیمار هستیم. با این حال علی رغم محدودیت های نام برده مفهوم سلامتی مطابق تعریف

<sup>1</sup> - Auby: *Le droit de la santé*, 1981, PUF).

<sup>2</sup> - Auby(j.-m.), *Le droit de la santé*, 1981 paris ,PUF).p 73.

3-مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت.

سازمان جهانی بهداشت کاربرد مثبت و گسترده دارد و استاندارد 'سلامت مثبت' را تعیین می‌کند. این تعریف نشان‌دهنده‌ی آرزوی مردم و نماینده‌ی هدف کلی، یا هدفی است که ملت‌ها باید برای آن بکوشند.

همچنین بر طبق اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، "بهره‌مندی از بالاترین استانداردهای قابل دسترسی سلامت یکی از اساسی‌ترین حقوق هر انسان بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، اعتقادات سیاسی، شرایط اقتصادی یا موقعیت اجتماعی او است."<sup>۱</sup>

"سلامتی به معنی بیمار نبودن یا معلول نبودن نیست، بلکه سلامتی بر یک حالت متعادل اجتماعی و ذهنی دلالت می‌کند که پایه‌های آسایش و رفاه را تشکیل می‌دهد."<sup>۲</sup>

کمیسیون سوم مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمان نگارش ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از این تعریف استفاده نکرد. با این وجود تعریف "حق هر شخص به بالاترین وضعیت سلامتی فیزیکی و ذهنی قابل دسترس" که در پاراگراف ۱ ماده ۱۲ آمده است، تنها محدود به مراقبت‌های سلامتی نمی‌شود.

بر عکس همان گونه که در ادامه ماده عنوان می‌شود حق بر سلامتی در بردارنده‌ی عوامل مختلف اقتصادی-اجتماعی است که می‌تواند به شرایطی که انسان می‌تواند از سلامتی کامل بر خوردار باشد، تاثیر بگذارد. این عوامل متعدد می‌توان به تغذیه مناسب، مسکن، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهداشتی، سیستم تصفیه مناسب، شرایط کار مطمئن و محیط زیست سالم اشاره کرد.

---

1-مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت

2 - 5 Communiquée de presse N° DH/377 du 19/05/2004, les liens essentiels entre santé et droits de l'homme des peuples autochtones, Instance permanente sur les questions autochtones, 14e séance

حق بر سلامتی هم به معنی آزادی و هم به معنی حق است. آزادی‌ها شامل حق انسان بر کنترل سلامتی و بدن خود است که از آن جمله می‌توان به حق آزادی و بهداشتی، حق بر کرامت ذاتی و به طور خاص خود را در معرض شکنجه، رفتارهای غیر انسانی و تحقیر آمیز قرار ندادن می‌شود. حقوق شامل حق دسترسی به یک سامانه حمایتی سلامتی است که برای هر کس بر پایه برابری امکان دسترسی به بهترین حالت سلامتی را فراهم می‌کند.

مفهوم "بهترین حالت سلامتی قابل دسترس" همزمان بر موقعیت زیستی و اقتصادی و اجتماعی هر فرد و هم چنین بر منابع مالی دولت تاکید می‌کند.

طبق تفسیر شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی حق سلامتی در هر شکل آن و در تمام سطوح وجود عناصر مستقل و ضروری زیر را می‌طلبد که اعمال آن در هر کشوری بستگی به مقتضیات آن کشور دارد.

الف- در دسترس بودن: بایستی در کشور مورد نظر، تاسیسات، امکانات و خدمات هم چنین برنامه‌های کاربردی در حوزه سلامتی عمومی و مراقبت‌های بهداشتی وجود داشته باشد. این تاسیسات، امکانات و خدمات هم چنین دربردارنده عناصر بنیادین مشخص کننده سلامتی مثل آب آشامیدنی سالم و بهداشتی... می‌باشد.

ب- قابلیت دسترسی: تاسیسات، امکانات و خدمات بهداشتی باید در دسترس باشد بدون این که هیچ گونه تبعیضی در این زمینه وجود داشته باشد. در دسترس بودن شامل چهار بعد است که به طور متقابل با هم مطابقت دارند.

عدم تبعیض: تاسیسات، امکانات و خدمات بهداشتی بایستی در دسترس همگان قرار داشته باشد. به ویژه برای آن گروه هایی که آسیب پذیر تر هستند و یا در حاشیه قرار دارند.

در دسترس بودن فیزیکی: تاسیسات، امکانات و خدمات بهداشتی بایستی از لحاظ فیزیکی در دسترس همگان قرار داشته باشند بدون این که خطری آن ها را تهدید کند. این موضوع به خصوص در مورد گروه های آسیب پذیر مانند زنان، کودکان، اشخاص مسن و ... صدق می کند.

در دسترس بودن از لحاظ اقتصادی (دست یافتنی بودن): تاسیسات، امکانات و خدمات بهداشتی باید با قیمت مناسب در دسترس همگان باشد. این قیمت باید منصفانه باشد و برای همگان و به خصوص گروه های آسیب پذیر قابل دسترس باشد.

در دسترس بودن اطلاعات: دسترسی شامل حق تحقیق کردن، دریافت و گسترش اطلاعات و اندیشه های های مربوط به سلامتی است. با این وجود، این حق نمی تواند به حق محرمانه بودن داده های سلامتی خصوصی آسیبی وارد کند.

قابل قبول بودن: تاسیسات، امکانات و خدمات سلامتی بایستی با قواعد اخلاقی جامعه و با مقتضیات فرهنگی کشور متناسب باشد به این معنی که باید به اخلاق فردی، اقلیت ها و تمام گروه های جامعه احترام بگذارد.

ج- کیفیت: علاوه بر این که تاسیسات، امکانات و خدمات بهداشتی بایستی از لحاظ فرهنگی مورد قبول باشد، بایستی از لحاظ دارویی و علمی نیز در سطح قابل قبولی قرار داشته و از کیفیت مناسبی برخوردار باشد.

## گفتار دوم- جایگاه حق سلامتی در اسناد بین المللی حقوق بشری

حق بر سلامتی در اسناد مختلفی در سطح بین المللی، منطقه ای و داخلی به رسمیت شناخته شده است. این اسناد حق بر سلامتی را از زوایای مختلف بررسی و جایگاه آن را روشن کرده اند. اینک ما به مهم ترین این اسناد در سطح بین المللی، منطقه ای و داخلی می پردازیم. ابتدا به جایگاه حق بر سلامتی در اسناد مهم بین المللی حقوق بشری اشاره می کنیم، سپس به جایگاه این حق در اسناد منطقه ای می پردازیم و در نهایت به طور مختصر حق بر سلامتی را در اسناد داخلی بررسی خواهیم کرد.

حق سلامتی نخستین بار در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت تعریف شد. پس از آن در سال ۱۹۴۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر ماده ای را به این حق اختصاص داد.

اعلامیه در این ماده بر شناسایی حق همگان به برخورداری از یک سطح مناسب زندگی تاکید می کند که شامل سلامتی و رفاه فرد نیز می باشد. این ماده رابطه بین سلامتی و رفاه را به رسمیت می شناسد و هم چنین بر رابطه حق بر سلامتی با دیگر حقوق بشر مثل حق مسکن، حق تغذیه و ... نیز تاکید می کند. ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر به این شرح می باشد:

"الف- هرکس حق دارد که سطح زندگی او، سلامتی و رفاه خود و خانواده اش را از حیث خوراک و مسکن و مراقبتهای طبی و خدمات لازم اجتماعی تامین کند و همچنین حق دارد که در مواقع بیکاری، بیماری، نقص اعضا، بیوگی، پیری یا در تمام موارد دیگری که به علل خارج از اراده انسان، وسایل امرار معاش او از بین رفته باشد از شرایط آبرومندانانه زندگی برخوردار شود

ب) مادران و کودکان حق دارند که از کمک و مراقبت مخصوصی بهره مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج به دنیا آمده باشند، حق دارند که همه از یک نوع حمایت اجتماعی برخوردار شوند<sup>۱۱</sup>

ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سنگ زیر بنای حمایت از حق سلامتی در سطح قانون گذاری های بین المللی محسوب می شود. میثاق موادی را مطرح می کند که قابل اعمال بر کلیه اشخاصی است که در دولت های تصویب کننده میثاق زندگی می کنند.

۱۱- کشورهای طرف این میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می شناسند.

۲. تدابیری که کشورهای طرف این میثاق برای تأمین استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود:

الف - کاهش میزان مرده متولد شدن کودکان - مرگ و میر و رشد سالم آنان.

ب - بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات.

ج - پیشگیری و معالجه بیماری های همه گیر - بومی - حرفه ای و سایر بیماریها همچنین مبارزه علیه این بیماریها.

د - ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمکهای پزشکی برای عموم در صورت ابتلاء به بیماری.<sup>۱۲</sup>

در میان دیگر اسنادی که به حق بر سلامتی اشاره کرده اند می توان به کنوانسیون منع کلیه اشکال تبعیض نژادی اشاره کرد که در ماده ۵ خود اعلام می کند:

"دولت های عضو این کنوانسیون تعهد می کنند(..) که حق هر شخص را (... ) به برخورداری از سلامتی، مراقبت های بهداشتی، تامین اجتماعی را تضمین کنند"<sup>۱</sup>

در کنوانسیون رفع هر گونه تبعیض علیه زنان به برابری همگان در حق بر سلامتی بدون هیچ گونه تبعیضی اشاره شده است. این کنوانسیون در ماده ۱۱ خود اعلام می کند:

۱- دول عضو کلیه اقدامات مقتضی را به عمل خواهند آورد تا هر گونه تبعیض علیه زنان در اشتغال از میان برود و براساس اصل برابری زنان و مردان، حقوق مشابه برای آنها تضمین شود، بویژه در موارد زیر:

هـ حق استفاده از بیمه های اجتماعی به ویژه در دوران پیری و در دیگر موارد از کار افتادگی و نیز حق استفاده از مرخصی استحقاقی.

و- حق حفظ سلامتی و رعایت ایمنی در محیط کار، از جمله حمایت از وظیفه تولید مثل<sup>۲</sup>

کنوانسیون حقوق کودک به اقدامات خاص مربوط به سلامتی کودکان اشاره می کند. این کنوانسیون در ماده ۲۴ خود اعلام می کند:

"مراقبتهای بهداشتی :

۱ (حکومتها، حق کودک برای داشتن سلامتی و استفاده از همه ی امکانات برای سلامت ماندن، بهبودی و درمان بیماری را به رسمیت می شناسند و تضمین می کنند که هیچ کودکی از این حق محروم نخواهد ماند .

2- ماده 5 کنوانسیون منع کلیه اشکال تبعیض نژادی 1965  
3- ماده 11 کنوانسیون رفع هر گونه تبعیض علیه زنان 1979

۲ (حکومتها برای تامین این حق کودک، اقدامهای مناسب را انجام میدهند :

الف) تعداد مرگ و میر نوزادان و کودکان را کاهش میدهند .

ب) خدمات درمانی سراسری برای کودکان را سازمان می دهند و از تامین نیازهای اولیه بهداشتی، اطمینان حاصل می کنند. حکومتها به سلامتی مادر پیش و پس از زایمان توجه کرده و با بیماری ها و کمبود یا بدی تغذیه مبارزه می کنند و در این رابطه امکان تهیه مواد غذایی و آب آشامیدنی سالم را با رعایت حفظ محیط زیست، فراهم می نمایند .

ج) به امر آموزش همه مردم و به ویژه کودکان و والدین توجه نموده و تلاش می کنند تا اهالی اصول اولیه بهداشتی و بهزیستی را فرگیرند. آنها مثلا با فواید شیر مادر، بهداشت شخصی و تمیز نگهداشتن محیط زیست و چگونگی پیشگیری از سوانح آشنا می شوند و در عمل هم از پشتیبانی حکومتها برخوردارند.

د) مراکز مشاوره برای والدین و روشنگری در زمینه تنظیم خانواده را سازماندهی میکنند.

۳- (حکومتها جهت مبارزه با خرافات و عاداتهایی که برای سلامتی کودک زیان بخش هستند، اقدامات لازم و مناسب را انجام می دهند.

۴- حکومتها خود را موظف می دانند که از همکاری های بین المللی پشتیبانی نموده و آن را تقویت نمایند تا مفاد این ماده بدون کم و کاست جامه عمل بخود بپوشاند و در این باره باید به نیازهای کشورهای در حال رشد توجه ویژه نمود.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - ماده 24 کنوانسیون حقوق کودک 1989



علاوه بر اسناد مختلف که به طور مستقیم و غیر مستقیم به حق سلامتی اشاره کرده اند، در صحن سازمان ملل متحد نیز قطعنامه های متعددی با موضوع حق بر سلامتی تصویب شده است. کمیسیون حقوق بشر و پس از آن شورای حقوق بشر اسناد متعددی را به حق بر سلامتی و حقوق مرتبط با آن اختصاص داده اند. از جمله این اسناد می توان به قطعنامه دسترسی به دارو (۲۰۰۲/۳۲) و قطعنامه حقوق معلولین (۲۰۰۲/۶۱) به حق سلامتی اختصاص داده شده است. شورای حقوق بشر در سال های اخیر به طور تخصصی تر موضوع حق بر سلامتی را مورد بررسی قرار داده است و قطعنامه های متعددی در این مورد صادر کرده است.

در اسناد پایانی کنفرانس های متعددی در سازمان ملل متحد چشم اندازهای قابل دسترسی در مورد حق بر سلامتی ذکر شده است. این کنفرانس ها که به تبع مشکلات جهانی را در راس برنامه های سازمان های بین المللی قرار داده اند، به مشکلات مربوط به حق سلامتی مانند اچ آی وی به طور ویژه توجه کرده اند. این اسناد پایانی بر تصمیم گیری های بین المللی و ملی در حوزه حق سلامتی تاثیر گذار بوده اند. بسیاری از آن ها حق بر سلامتی، حقوق مربوط به آن و مشکلات سلامتی توجه داشته اند.

## گفتار سوم- جایگاه حق سلامتی در اسناد منطقه ای

بسیاری از اسناد منطقه ای مربوط به حقوق بشر به حق سلامتی پرداخته اند. ما در زیر به مهم ترین آن ها

اشاره می کنیم

منشور اجتماعی اروپا

"به منظور اطمینان به اجرای موثر حمایت از حقوق بشر، دولت های عضو متعهد می شوند که به

طور مستقیم یا با همکاری سازمان های عمومی و خصوصی اقدامات مناسب به شرح زیر را انجام دهند: تا

حد ممکن عوامل ایجاد کننده نارسایی سلامتی را حذف کنند، سرویس های مشاوره و آموزش را برای

پیشبرد سلامتی و مراقبت ها بهداشتی ارائه دهند و توسعه حس مسئولیت فردی نسبت به حق سلامتی و تا

حد ممکن در مورد بیماری های واگیردار و بومی پیشگیری کنند.<sup>۱</sup>"

ماده ۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردمان<sup>۲</sup> اعلام می کند:

"هر انسانی حق دارد از بهترین وضعیت سلامتی جسمی و روانی قابل دسترس برخوردار شود. کشور های

عضو این منشور متعهد می شوند که با بهره گیری از ابزار مناسب سلامت مردم خود را تامین و کمک های

پزشکی را برای آن ها فراهم کنند."

---

<sup>۱</sup>- رجوع شود به ماده یازده "حق حمایت از سلامتی". قابل ذکر می باشد که چندین ماده دیگر سند مذکور نیز به حق سلامتی و حقوق

مرتبط با آن پرداخته اند که از آن جمله می توان به ماده ۱۲ "حق تامین اجتماعی"، ماده ۱۳ "حق کمک های دارویی"، پزشکی و ماده ۱۴

"حق استفاده از خدمات اجتماعی" اشاره کرد.

<sup>۲</sup>- Adoptée le 27 juin 1981

در قاره آمریکا پروتکل سان السالوادر بیان می کند که "هر شخصی حق دارد که از بهترین وضعیت سلامتی فیزیکی، روانی و اجتماعی برخوردار شود". این پروتکل از اقداماتی هم که کشورها باید انجام دهند سخن می گوید.<sup>۱</sup>

علاوه بر اسناد ذکر شده، حق سلامتی در ماده ۱۴ منشور آفریقایی حقوق بشر و رفاه کودکان نیز آمده است. هم چنین ماده ۱۰ پروتکل الحاقی به کنوانسیون آمریکایی مربوط به حقوق بشر نیز از این حق نام می برد.

دیگر اسناد بین المللی به طور آشکار از حق سلامتی سخن نمی گویند اما با استفاده از دیگر حقوق وابسته به حق بر سلامتی به طور غیر مستقیم به آن اشاره می کنند. از جمله ی این اسناد می توان به موارد زیر اشاره کرد: اعلامیه آمریکایی حقوق و تکالیف بشر، کنوانسیون آمریکایی مربوط به حقوق بشر، کنوانسیون بین آمریکایی مربوط به پیش گیری، مجازات و حذف خشونت علیه زنان، منشور حقوق بنیادین اتحادیه اروپا مصوب سال ۲۰۰۰.

ساز و کارهای منطقه ای حمایت از حقوق بشر در موضوع حق بر سلامتی نیز اعمال می شود. یک تصمیم شاخص در این مورد توسط کمیسیون آفریقایی حقوق بشر و مردمان گرفته شد که در آن دولت نیجریه را به خاطر نقض حق بر سلامتی محکوم کرد. در این رای آمده است که دولت نیجریه حق مردم به بهترین حالت سلامتی جسمی و روانی قابل دسترس را نقض کرده است و سلامتی مردم اوگوننی (Ogoni) را به خاطر فعالیت های شرکت های نفتی در دلتای نیجریه به خطر انداخته است.<sup>۲</sup>

1- رجوع شود به ماده 10 پروتکل الحاقی کنوانسیون آمریکایی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و یا پروتکل سان السالوادر که در 17 نوامبر 1988 در سان السالوادر تصویب و در پایان سال 1999 به اجرا درآمد.  
2- Communication 155/96, SERAC and CESR v. Nigeria, Fifteenth Annual Activity Report of ACHPR, 2001-2002, annexe V.

در پرونده های دیگر مکانیسم های منطقه ای در مورد نقض حقوق وابسته به حق بر سلامتی اعمال شده است. به عنوان مثال در پرونده لوپز استراوا علیه دولت اسپانیا<sup>۱</sup>، دادگاه اروپایی حقوق بشر استدلال کرد که "صدمات وارده به سلامتی انسان از طریق تخریب محیط زیست می تواند نقض حق کانون خانواده و زندگی خانوادگی و شخصی محسوب شود"<sup>۲</sup>. در پرونده آی سی جی علیه دولت پرتغال نیز کمیته اروپایی حقوق اجتماعی ادعاهای مربوط به کار کودکان در پرتغال را مورد بررسی قرار داد. کمیته با توجه به این که مواردی از نقض مواد منشور اجتماعی اروپایی را مشاهده کرد، با احتیاط اعلام کرد تعدادی از این کودکان در بخش هایی مشغول به کار هستند که "تاثیرات منفی دراز مدتی بر سلامتی آن ها می گذارد."<sup>۳</sup>

کمیسیون بین آمریکایی حقوق بشر در مورد قابلیت پذیرش پرونده جورج اودیر میراندا کورتز و کونسرتس<sup>۴</sup> علیه دولت السالوادور این گونه استدلال کرد که "هر چند کمیسیون صلاحیت ندارد تعیین کند ماده ۱۰ (حق بر سلامتی) پروتکل السالوادور نقض شده است، با این وجود، کمیسیون مواد مربوط به حق سلامتی را در بررسی محتوای مواد ۲۶ و ۲۹ کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر لحاظ خواهد کرد."<sup>۵</sup>

---

<sup>1</sup> -Lopez Ostra

<sup>2</sup> -*López Ostra v. Spain*, ECtHR, 1994.

<sup>3</sup> -Complaint 1/1998, *ICJ v. Portugal*, ECSR, 1999.

<sup>4</sup> -*Jorge Miranda Cortez et Consorts*

<sup>5</sup> - *Jorge Odir Miranda Cortez et al. v. El Salvador*, IACHR, 2001, para. 47.

## گفتار چهارم - جایگاه حق سلامتی در منابع داخلی

سازمان جهانی بهداشت از کمیسیون بین المللی حقوق دانان درخواست کرد فهرستی از کشورهای که در قانون اساسی خود اصولی را به حق سلامتی یا حقوق مربوط به آن اختصاص داده اند را ارائه کند.<sup>1</sup> بر اساس مشاهدات اولیه کمیسیون بیش از شصت کشور به طور مستقیم به حق بر سلامتی یا مراقبت های بهداشتی اشاره کرده اند و چهل کشور دیگر نیز به طور غیر مستقیم به حقوق وابسته به حق بر سلامتی اشاره کردند. علاوه بر آن، قانون اساسی در کشورهای مختلف تعهدات دولت در حوزه حق بر سلامتی را بر شمرده اند. به عنوان مثال برقراری خدمات بهداشتی و سلامتی را یکی از تعهدات دولت دانسته اند.

اصول قانون اساسی مربوط به حق سلامتی در بعضی از دادگاه ها موضوع رویه های قضایی مهمی شده است. از مهم ترین آن ها می توان به رای دادگاه قانون اساسی آفریقای جنوبی در پرونده وزیر بهداشت علیه کمپین فعالیت برای درمان<sup>2</sup> اشاره کرد.

در این پرونده دیوان استدلال کرد که قانون اساسی از دولت می خواهد "یک برنامه فراگیر و هماهنگ را به منظور حمایت از زنان باردار و نوزادان به مرحله ی اجرا در آورد. به منظور این که این افراد به خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشند و در نتیجه در برابر خطرات انتقال ویروس اچ آی وی از مادر به نوزادان مصون باشند"<sup>3</sup>. این پرونده و چنین احکام و تصمیمها در سطوح بین المللی، منطقه ای و ملی رویه قضایی منابع حق بر سلامتی را تشکیل داده اند.

<sup>1</sup> - ICJ, *Right to Health Database, Preliminary Proposal*, 2002.

<sup>2</sup> - *Affaire le ministre de la santé c. campagne d'action pour le traitement*.

<sup>3</sup> - *Constitutional Court of South Africa, Case CCT 8/02, para. 135 (2) (a)*.

## مبحث دوم: حق سلامتی و رابطه آن با دیگر حقوق بشر

"حقوق بشر وابسته به هم و تقسیم ناپذیر هستند."<sup>1</sup> به این معنی که نقض حق بر سلامتی ممکن است بر تمتع دیگر حقوق بشر مانند حق تحصیل، کار یا بر عکس لطمه وارد کند. این لازم و ملزوم بودن را به آسانی می توانیم در بافت یک جامعه فقیر مشاهده کنیم. برای افرادی که در فقر به سر می برند، سلامتی تنها دارایی است که می توانند برای تمتع دیگر حقوق مانند حق کار، تحصیل و یا غیره بر آن تکیه کنند. سلامتی فیزیکی و ذهنی بزرگسالان را قادر به کار کردن می کند و به کودکان توانایی درس آموختن می دهد در حالی که نداشتن سلامتی هم مایه دردسر خود فرد مریض و هم موجب نگرانی افراد و نزدیکانی می شود که برای فرد مریض اهمیت قائل هستند. در نتیجه حق بر سلامتی افراد نمی تواند محقق شود مگر این که دیگر حقوق او تحقق یافته باشد. سلامت وسیله عمده ای برای پیشرفت اقتصادی، اجتماعی و ایجاد نظم نوین اجتماعی است. مفهوم سلامتی در طی قرن‌ها از یک مفهوم انفرادی به صورت یک هدف اجتماعی جهانی و شامل کلیت کیفیت زندگی در آمده است. سلامت تنها یک پدیده زیست پزشکی نیست بلکه موضوعی است که می تواند تحت تاثیر عوامل اجتماعی، روان شناختی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی مردم قرار گیرد. بر اساس فلسفه ای نوین، سلامتی، حق انسان است، بخش همگن با توسعه و پیشرفت است، در بطن مفهوم کیفیت زندگی قرار دارد، مسئولیتی فردی، کشوری و بین المللی و یک سرمایه گذاری عمده اجتماعی است. از طرف دیگر سلامتی یک موضوع چند بعدی است و دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است و از نظر اجتماعی شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از خانواده و جامعه بزرگتر است. در سال‌های اخیر نیز سازمان بهداشت جهانی به سلامتی از دیدگاه بهزیستی توجه نموده است و در این راستا ایجاد سلامتی مطلوب، متضمن

<sup>1</sup> -See *Vienna Declaration and Programme of Action (A/CONF.157/23)*, adopted by the World Conference on Human Rights, held in Vienna, 14-25 June 1993

برخورداری از سطح زندگی لازم (آموزش، اشتغال، شرایط کار، مسکن، تامین اجتماعی، پوشاک، تفریحات، حقوق بشر و...) و نیز کیفیت زندگی، شادی، رضایت، افتخار، خلاقیت، احساس مالکیت و ... دانسته شده است و دقیقاً به همین دلیل است که توسعه سلامت محور در دستور کار تمامی ملل و دولت ها قرار گرفته است و لذا با پیشرفت علوم و فن آوری و توسعه یافتگی کشور ها، موضوع سلامتی هم به لحاظ مفهومی و هم از جهت اهمیت، جایگاه خویش را در کلیه شئون اقتصادی و اجتماعی زندگی بشر بخوبی پیدا نموده است.

همان طور که کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر کلی شماره ۱۴ خود در مورد حق بر سلامتی بیان می کند: حق بر سلامتی مثل دیگر حق "کاملاً وابسته به دیگر حقوق بشر و به تحقق آن ها بستگی دارد: بحث بر سر حقوق ذکر شده در منشور بین المللی حقوق بشر است<sup>۱</sup> یعنی حق بر تغذیه مناسب، حق مسکن، حق کار، حق آموزش، حق کرامت ذاتی انسان ها، حق زندگی، حق عدم تبعیض و برابری، حق احترام به زندگی خصوصی، حق عدم قرار گرفتن در معرض شکنجه، حق دسترسی به اطلاعات، حق برپایی تجمعات و راهپیمایی است. این حقوق و آزادی ها به طور خاص اجزاء سازنده حق بر سلامتی هستند."<sup>۲</sup>

بنابراین تحقق حق بر سلامتی بستگی به عوامل متعددی دارد که بسیاری از آن ها در حوزه حق سلامتی قرار ندارند، بلکه بستگی به تحقق حقوق دیگری دارند که از آن جمله می توان به حقوق سیاسی و مدنی اشاره کرد مانند مشارکت در گرفتن تصمیم ها و حق انجمن ها و سندیکاها که به عنوان مثال می تواند در اجرا و اعمال یک نظام سلامتی کارآمد و بدون تبعیض بسیار موثر باشد.

---

1- منشور بین المللی حقوق بشر شامل اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق حقوق مدنی و سیاسی و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است.

2- تفسیر شماره چهارده کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

در این بخش ما با توجه به اهمیت دیگر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تحقق حق سلامتی به بررسی ارتباط حق بر سلامتی و این حقوق می پردازیم.

### گفتار نخست: رابطه میان حق سلامتی با حق تغذیه

حق بر سلامتی پیش از هر چیز بستگی به تغذیه مناسب و متعادل دارد. امروزه افراد زیادی در جهان از گرسنگی و تغذیه نامناسب رنج می برند و از دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهداشتی محروم هستند و در نتیجه سلامتی آن ها در معرض خطر است. کمبود تغذیه مناسب به خصوص روی کودکان تاثیر گذار است. طبق آمار یونسف در حدود صد و پنجاه میلیون کودک از تغذیه نامناسب رنج می برند و با مشکلات سلامتی روبرو هستند.<sup>۱</sup>

"پیامدهای ناگوار تغذیه نامناسب بر روی سلامتی افراد غیر قابل تردید است. فقدان یا کمبود بعضی عناصر حاضر در مواد غذایی مثل موادمعدنی و یا ویتامین ها می تواند بر روی استعداد های افراد در فکر کردن، کار کردن و زنده ماندن تاثیر بگذارد و در نتیجه حق افراد به داشتن سلامتی به عنوان یک حق بنیادین را محدود کند."<sup>۲</sup>

با توجه به این شرایط خیال باطلی خواهد بود اگر فکر کنیم فردی که از دسترسی به مواد غذایی مناسب و آب آشامیدنی سالم محروم است، می تواند تندرست باشد. افزون بر آن کمبود مواد غذایی و آب آشامیدنی و هم چنین تخریب محیط زیست عامل بیماری های متعددی است. با این وجود، حق بر تغذیه

<sup>1</sup> - Unicef, State Of the World Children Report, 2002

<sup>2</sup> - Enriching lives, vitamins and minerals deficiencies, Mondiale 1994



که به طور طبیعی حق بر آب آشامیدنی سالم و بهداشتی را در خود دارد، یکی از حقوق بنیادین بشر است و تلاش خاص کشورها و جامعه بین المللی را در این زمینه می طلبد.<sup>۱</sup>

هر چند کد بین المللی برای تجارت جایگزین های شیر مادر که در سال ۱۹۸۱ در صحن سازمان جهانی بهداشت تصویب شد، هر گونه ارتقا جایگزین های شیر مادر را ممنوع می کند، با این وجود، بعضی شرکت های چند ملیتی مثل نستله و ویث نه تنها اقدام به این کار می کنند، بلکه بر روی سازمان جهانی بهداشت و دولت ها نیز فشار وارد می کنند تا از اعمال این کد جلوگیری کنند.<sup>۲</sup> در مطالعه ای که آی بی اف ای ان IBFAN<sup>۳</sup> در طول هفت سال انجام داد،<sup>۴</sup> مشخص شد که چگونه شرکت های چند ملیتی اقدام به تغییر کیفیت شیر مادر می نمایند، بلکه برای جلوگیری از اعمال قوانین مربوطه نیز مبارزه می کنند.<sup>۵</sup>

<sup>1</sup> - Voir le brochure intitulée *Le droit à l'alimentation*, Genève, septembre 2005.

<sup>2</sup> - Cf. Communiqué de presse d'IBFAN du 21 janvier 2004,  
<http://www.ibfan.org/french/news/press/press21jan04-fr.html>

<sup>3</sup> - WWW.IBFAN.ORG

<sup>2</sup> - شبکه بین المللی گروه های عمل برای تغذیه کودکان در سال 1979 تاسیس شد. این نهاد از جوامع مدنی تشکیل شده است که تقریباً در سراسر جهان فعالیت های خود را گسترده اند و تلاش می کنند مرگ و میر کودکان و نوزادان را کاهش دهند. هدف این نهاد بهبود وضعیت سلامتی نوزادان و کودکان، مادران، خانواده های آن ها با استفاده از ترویج و گسترش استفاده از شیر مادر و رویه های مناسب و خوش بینانه ی غذایی می باشد. علاوه بر این، نهاد به مبارزه برای اجرای کامل کد بین المللی تجارت جایگزین های شیر مادر و قطعنامه های مجمع عمومی می پردازد.

<sup>5</sup> - Cf. Rapport d'IBFAN intitulé "Using international tools to stop corporate malpractice - does it work? Checks and balances in the global economy", janvier 2004,  
<http://www.ibfan.org/english/pdfs/casestudies04.pdf>

## گفتار دوم: رابطه میان حق سلامتی و حق مسکن

حق سلامتی رابطه تنگاتنگی با حق داشتن یک مسکن سالم و امن و مجهز به آب آشامیدنی بهداشتی دارد چرا که مسکن بدون آب آشامیدنی غیر قابل زیست خواهد بود. محروم بودن از مسکن مناسب نه تنها موجب نقض بسیاری از حقوق بشر مثل حق آموزش، حق کار، حقوق مدنی و سیاسی مثل حق داشتن زندگی شخصی خواهد شد، بلکه به بسیاری از بیماری‌ها نیز دامن خواهد زد.

با این وجود در اغلب کشورها سیاست دولت با حق مسکن هم خوانی ندارد. در حقیقت سمت و سوی کمک‌های بلاعوض دولتی اغلب به جای آن‌هایی که واقعا در مضیقه قرار دارند و از نداشتن مسکن مناسب رنج می‌برند، پول دارهای مرفه را نشانه می‌گیرد. علاوه بر آن به بهانه "توسعه اقتصادی" و "امنیت ملی" دولت‌های زیادی اقدام به جا به جایی‌های اجباری می‌کنند و به این ترتیب میلیون‌ها نفر را بی‌خانمان می‌کنند بدون آن‌که ترتیبی داده شود تا دوباره در جایی ساکن شوند.<sup>1</sup> از مطالعات انجام شده در این مورد می‌شود نتیجه گرفت که:

الف: بین مریض شدن و بیماری‌های مختلف و به ویژه عفونتها رابطه قوی موجود است؛

ب: شرایط غیر بهداشتی مسکن (فضا، نور ناکافی، آلودگی و ... اثر سوء بر رشد جسمی و تکامل روحی کودکان دارد؛

ج: در خانواده‌هایی که ۶-۲ نفر در یک اتاق سکونت دارند تعداد نوزادان غیر طبیعی بیشتر دیده شده است؛

د: بزه کاری در کودکان و مسکن ناسالم با هم رابطه دارد؛

<sup>1</sup> - Cf. Rapport annuel du Rapporteur spécial de la CDH sur le droit au logement, E/CN.4/2002/59

ر: میان مسکن نامناسب و بالا بودن مرگ و میر و ابتلا به بیماریهایی که توسط بندپایان، مگس و پشه منتقل میشوند ارتباط وجود دارد؛

## گفتار سوم: رابطه بین حق سلامتی و حق دسترسی به اطلاعات

حق دسترسی به اطلاعات، به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشر در اسناد حقوقی ملی و بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته است. هر شهروند حق دارد با استفاده از مطبوعات و تکنیک‌های جدید نشر عقاید و افکار به درست‌ترین اخبار و اطلاعات داخلی و خارجی و تحولات جهان دسترسی داشته باشد. این دسترسی به خصوص در مورد اطلاعات سلامتی صدق می‌کند. انسان برای سلامتی خود و نزدیکان خود اهمیت بسیاری قائل است و در صورتی که به اطلاعات صحیح دسترسی داشته باشد و بداند چه خطری زندگی او را تهدید می‌کند، مسلماً در برابر آن بیکار نخواهد نشست و با آن مبارزه خواهد کرد. اگر شهروند با راه‌های پیشگیری بیماری‌ها آشنا شود و بداند بیماری چه تاثیری بر او و نزدیکانش می‌گذارد، در گام نخست خود او مراقبت خواهد کرد.

دسترسی به اطلاعات نه تنها برای سالم بودن ضروری است، که در مورد بیماری‌های واگیردار می‌تواند برای زنده ماندن حیاتی باشد. هم‌چنین دسترسی به اطلاعات می‌تواند باعث پیش‌گیری از بسیاری از بیماری‌های مرگبار شود که این روزها به مدد پیشرفت علم بشر قابل درمان است. علاوه بر آن دسترسی داشتن به اطلاعات در جلوگیری از حوادث نیز حیاتی می‌باشد.

این چهارچوب لازم است تا اطلاعات را به صورت عمومی درآوریم تا همه مردم از آن استفاده کنند. هر چند عمومی کردن اطلاعات نباید شامل دروغ‌ها یا ضد اطلاعات باشد.

در این اوضاع و احوال بهتر است از ترکتازی های بی رویه بخش خصوصی جلوگیری کرد که به نام آزادی تجارت، بازار را با تبلیغات رنگارنگ و حتی دروغین پر می کنند تا بهتر بتوانند کالاهای خود را به فروش برسانند. کالاهایی که می توانند برای سلامتی انسان ها زیان بار باشند. در بسیاری از اوقات بخش خصوصی بر دولت ها و سازمان های بین المللی فشار وارد می آورد تا از تصویب قوانینی که فعالیت های این بخش را سازماندهی می نماید، خودداری کند. در بعضی موارد دیده شده است که کارخانه های بزرگ داروسازی اقدام به خلق بیماری می کنند تا بتوانند بازارها را وحشت زده کنند و داروها و کالاهای خود را به فروش برسانند.<sup>۱</sup>

مقامات سیاسی نیز اغلب در هنگام وقوع فاجعه اقدام به بهره برداری شخصی می کنند. به عنوان مثال بسیاری از کشورهایی که در فاجعه چرنوبیل آسیب دیدند، اقدام به پخش اطلاعات غلط کردند به جای آن که اطلاعات درست در مورد حادثه را به مردم خود منتقل کنند. کشورهایی مانند روسیه و بلاروس که به طور مستقیم در معرض فاجعه قرار گرفتند، از سال ۱۹۸۶ اقدام به کوچک شمردن پیامد های ناگوار این حادثه کردند و حتی در بعضی مواقع افرادی که آمار و ارقام مربوط به این فاجعه را منتشر می کردند را به زندان می انداختند.<sup>۲</sup> هر چند بسیاری از اوقات مقامات بهانه می آورند که برای جلوگیری از ترس و وحشت عمومی اطلاعات درست را پخش نمی کنند، اما خودشان نیز اقدامات مناسب را برای حمایت از مردم انجام نمی دهند.

متأسفانه تنها دولت ها نیستند که اطلاعات مربوط به سلامتی و خطراتی که انسان ها را تهدید می کند را به درستی منتقل نمی نمایند. سازمان های بین المللی نیز گاهی اقدام به پخش اطلاعات غلط می کنند و یا از منتشر کردن اطلاعات صحیح سرباز می زنند. به عنوان مثال می توان از اقدام آن ها در بیستمین

<sup>۱</sup> -Voir l'article intitulé « Pour vendre des médicaments, inventons des maladies », *Le Monde Diplomatique*, mai 2006.

<sup>۲</sup> - voir l'article de Philippe de Rougemont, publié dans *Le Courrier* du 28 avril 2006

سالگرد حادثه هسته ای چرنوبیل یاد کرد. در حقیقت سازمان بین المللی انرژی اتمی هنوز اثرات این حادثه فجیع را خفیف جلوه می دهد.<sup>۱</sup> علاوه بر آن مدیر سابق سازمان جهانی بهداشت آقای ام. ماکوتا ناکیزاما اخیراً اعلام کرد که "تمامی آژانس های تخصصی سازمان ملل متحد از لحاظ سلسله مراتبی با هم برابر هستند اما در مورد امور اتمی سازمان انرژی اتمی به طور مستقیم زیر نفوذ شورای امنیت اوضاع را در دست می گیرد".<sup>۲</sup> جمله آقای رئیس به این معنی خواهد بود که تحقیقات سازمان جهانی بهداشت در مورد رادیواکتیوته ابتدا باید از فیلتر سازمان انرژی اتمی بگذرد تا به صورت عمومی منتشر شود.<sup>۳</sup>

## گفتار چهارم: رابطه میان حق بر سلامتی و حق کار

برای بزرگسالان داشتن کار به معنی درآمد مناسب برای برآورده کردن نیازهای خود و خانواده ی خود و به دست آوردن آبرو و احترام در جامعه است. تحقق این حق باعث می شود که تحقق حقوق دیگر مانند حق تغذیه، حق مسکن، حق بر سلامتی و ... آسان شود. حق بر کار تنها یک حق بشری نیست ( ماده ۶ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ) بلکه به فرد اجازه می دهد در برابر جامعه ای که در آن زندگی می کند تکلیف خود را ادا کند و در آن رشد کند. در کشورهای روبه رشد بهداشت و سلامت خانواده کاملاً به سلامت و مولد بودن اعضای شاغل خانواده وابسته است، از این رو بسیاری از افراد اجتماع به سلامت نیروی کار وابسته اند. در مواردی که حفاظت اجتماعی سازماندهی شده ای وجود نداشته باشد، از دست رفتن سلامت، زندگی یا ظرفیت کاری فرد شاغل یک خانوار، به مفهوم وارد آمدن فشارهای

<sup>۱</sup> - cf. Rapport *The Tchernobyl Forum : 2003-2005, second revised version*, <http://www.iaea.org/Publications/Booklets/Chernobyl/chernobyl.pdf>

<sup>۲</sup> -Cf. Reportage de la Télévision suisse italienne intitulée « Mensonges nucléaires », cité par *Le Courrier* du 28 avril 2006

<sup>۳</sup> همان-

شدیدی بر کل خانواده خواهد بود و باعث بروز تاثیرات غیرمستقیمی در بهداشت، رفاه و اقتصاد اجتماع در مقایسه وسیع تر و حتی نسل های آینده می شود.

با این وجود، خود کار نیز می تواند گاهی بر سلامتی زیان بار باشد. به عنوان مثال چندین نمونه کار خطرناک وجود دارد (به عنوان مثال در بخش های صنعتی) که در آن به منظور صرفه جویی در هزینه های تولید، حمایت از کارکنان گاهی کاملاً به فراموشی سپرده می شود. زمانی که کار همراه با مخاطرات بهداشتی باشد می تواند باعث بروز بیماری های شغلی و یا تشدید بیماری های غیرشغلی شود و یا یکی از علل چند گانه دیگر بیماری ها باشد. در کشور های در حال توسعه که کارها بطور روز افزون در حال مکانیزه شدن است، تعدادی از مراحل کار به گونه ای ایجاد شده و توسعه یافتند که با کارگران به عنوان ابزار تولید رفتار شده و زندگی و سلامتی آنها در معرض خطر عوامل گوناگون دارد. برای کودکان کارگر خطرات سلامتی تنها محدود به خطرات کار نمی شود بلکه بسیاری خطرهای جانبی نیز ممکن است کودک را تهدید کند.<sup>1</sup>

محیطی که در آن کار انجام می شود نیز می تواند بر روی سلامتی کارکنان تاثیر گذار باشد و چنانچه در آن به مقوله های بهداشتی، سلامتی توجه نشده باشد و استاندارد های لازم رعایت نشده باشد، سلامتی فرد کارگر را به خطر می اندازد. برای بسیاری از بزرگسالان، محیط های کاری در مقایسه با دیگر محیط ها بیشترین فشارهای کاری و فشار های روان شناختی، فیزیکی و را سبب می شود. اصل مطرح در بیانیه "ریو" در خصوص وجود یک زندگی مولد و سالم، بویژه در محیط های کاری داشته و برقراری و کاربرد اصول سلامت شغلی را می طلبد. محیط های عمومی و اکوسیستم بطور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت نیروی کار در مشاغل مختلف مانند امور کشاورزی، معدن، ماهیگیری و امور تولیدی اثرگذار

<sup>1</sup> - Cf. Christophe Dejour *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, paris, éditions du Seuil, 2000.

هستند. میان سلامت شغلی و ایمنی از یک سو و سلامت شغلی و توسعه سالم محیطی از سوی دیگر، ارتباطی دو طرفه وجود دارد.

## مبحث سوم: حق سلامتی و محیط زیست و دیدگاه ها و اقدامات دولت

توجه به مقوله محیط زیست و اهمیت آن در زندگی امروز نسل بشر امری است که نمی توان از آن به سادگی گذشت. طبیعت و محیط زیست، موهبتی خداوندی است که از مجموعه موجودات، منابع و عوامل و شرایط هماهنگی که اطراف هر موجود زنده وجود دارد و ادامه حیات به آن وابسته است به وجود می آید.

آلودگی محیط زیست بر کیفیت و چرخه طبیعی اثر می گذارد و پی آمدهای زیان باری برای زندگی انسان، حیوان، گیاه و بناها دارد. در جهان امروز، مسئله آلودگی، یکی از مهم ترین و حادثترین مشکل تمدن انسانی است و نقش انسان در آلودگی محیط زیست بسیار چشم گیر است. طبیعت، برای بقای نسل بشر آفریده شده است و پیوندی ناگسستی میان انسان و طبیعت وجود دارد.

زمین تنها میزبان حیات شناخته شده در محسوب می شود ولی تجربیات چهار سده اخیر پس از انقلاب صنعتی و آثار و نتایج آن نشان می دهد که انسان به عنوان یکی از موجودات ساکن نسبت به این میزبان سخاوتمند بسیار بی رحم بوده است.

انسان در دوران سلطه اش بر این کره خاکی به استفاده بی رویه و بدون برنامه ریزی از منابع طبیعی، ایجاد آلودگی های خطرناک در خاک، آب و هوا و از میان بردن محیط زیست آن پرداخته است. تنها چند دهه است که بشر به فکر اندیشیدن درباره خطرات زیست محیطی ناشی از دخالت های بی رویه

و نادرستش در طبیعت افتاده است.

از زمان های قدیم انسان علاقه به تسخیر محیط زیست خود داشته است. هر چند این کنترل برای بقا و راحتی او ضروری بوده است، اما به شدت بر محیط زیست و حیات روی آن تاثیر گذاشته است.

طبق تحقیقات سازمان جهانی بهداشت در حدود یک سوم بیماری ها در اثر خرابی محیط زیست به وجود آمده است.<sup>۱</sup> همین رقم کافی است که به اهمیت محیط زیست سالم پی ببریم که خود یکی از انواع حقوق بشر است<sup>۲</sup> و برای حفظ آن بکوشیم.

اگر چه حق محیط زیست سالم به طور آشکار در اسناد میان المللی حقوق بشر ذکر نشده است، گرایش عمومی در "جهت شناسایی رابطه ی میان حفظ محیط زیست و استیفای حقوق بشر بوده است"<sup>۳</sup>. در حقیقت کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفاسیر کلی شماره های ۱۴ و ۱۵ خود به تعهدات دولت در ارتباط با محیط زیست اشاره و به خصوص تعهدات دولت ها را در مقابله با آلودگی منابع آب یادآوری کرده است.<sup>۴</sup> هم چنین می توان به چندین کنوانسیون میان المللی در ارتباط با حفاظت از محیط زیست اشاره کرد که علی رغم نقص آن ها کارایی دارند.<sup>۵</sup>

<sup>1</sup>-Cf. Communiqué de l'OMS du 9 mai 2002..

<sup>2</sup>- حق محیط زیست در اکثر قانون گذاری های ملی و منطقه ای به رسمیت شناخته شده است.

<sup>3</sup>-Cf. Rapport du Secrétaire général sur *Les droits de l'homme et l'environnement en tant qu'éléments du développement durable*, soumise à la 61ème session de la Commission des droits de l'homme, E/CN.4/2005/96

<sup>4</sup>-Cf. § 44 a) de l'Observation générale n° 15 du CODESC, adoptée en novembre 2002, HRI/GEN/1/Rev.7, pp. 116 à 136.

<sup>5</sup>-به عنوان نمونه می توان به کنوانسیون استکهلم در مورد آلودگی های ارگانیک، کنوانسیون روتردام در مورد تولیدات شیمیایی و آفت کش های خطرناک، کنوانسیون بال در مورد کنترل نقل و انتقال زباله های سمی و نابود سازی آن ها، کنوانسیون ریو در مورد گونه های بیولوژیکی، پروتکل کارناگنا در مورد خطرات بیوتکنیک، پروتکل کیوتو و کنوانسیون های که در چهارچوب سازمان ملل در مورد تغییرات آب و هوایی تصویب شده است



تخریب محیط زیست اغلب ناشی از انواع آلودگی ها، فعالیت های صنعتی، زباله های سمی، مخاصمات مسلحانه و هم چنین بلایای طبیعی است که هر کدام به نوبه ی خود بر تخریب محیط زیست تاثیر می گذارند.

## گفتار نخست - آلودگی محیط زیست

هر روزه رسانه ها درباره آلودگی و تاثیرات آن بر سلامتی انسان خبرهای زیادی را منتشر می کنند. عوامل متعددی هستند که باعث آلودگی محیط زیست می شوند. با پیشرفت تمدن بشری و توسعه فن آوری و ازدیاد روز افزون جمعیت، در حال حاضر دنیا با مشکلی به نام آلودگی در هوا و زمین روبرو شده است که زندگی ساکنان کره زمین را تهدید می کند. در میان این عوامل به خصوص می توان به استفاده بی رویه از مواد شیمیایی و منابع انرژی مانند نفت، گاز و انرژی هسته ای اشاره کرد که به مراتب تاثیرات آن بر زمین، دریا و محل زندگی انسان بسیار خطرناک تر است.

به عنوان مثال برنامه سازمان ملل متحد برای محیط زیست از جامعه میان المللی می خواهد تا نسبت به آلودگی منابع آبی توجه بیشتری نشان دهند:

"آب یکی از مهمترین و بنیادی ترین عامل حیات موجودات زنده است از این نظر، جلوگیری از آلودگی آب نیز به همان نسبت مهم و مورد توجه می باشد. عوامل آلوده کننده آب بسیار گوناگون اند و می توانند هم منابع آبهای زیرزمینی و هم آبهای سطحی را آلوده کنند. کمبود منابع آب به خاطر افزایش آسیب های زیست محیطی در ده تا پانزده سال آینده فاجعه بار خواهد بود. پدیده های مختلف، آلاینده های صنعتی، فاضلاب های خانگی، حشره کشها، سموم دفع آفات نباتی و کودهای شیمیایی و ضایعات رادیواکتیوی باعث نابودی گونه های آبی، افزایش میزان نمک موجود در مصب ها، طوفان های عظیم،

گرم شدن کره زمین و ... سبب شده است که نگرانی های زیادی در مورد کمبود منابع آبی در سال های آینده به وجود آید"<sup>۱</sup>

طبق نظر صد و پنجاه نفر از کارشناسان برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد پیامد های این پدیده ها و تاثیر آن بر فعالیت های انسانی فاجعه آمیز خواهد بود:

"از دست رفتن زمین های کشاورزی، ناامنی مواد غذایی و خسارات وارده به مناطق ماهیگیری به طرز نامطلوبی افزایش یافته است، در حالی که تغذیه نامناسب و انواع بیماری ها نیز همزمان با آن افزایش یافته است."<sup>۲</sup>

انفجار کارخانه پتروشیمی جیلین (Jilin) در چین در تاریخ سیزده نوامبر سال ۲۰۰۵ که با فرآورده های سرطان زا آب رودخانه ی سونگهوا را آلوده کرد، دغدغه های ذهنی برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد را تایید کرد.<sup>۳</sup> علاوه بر آن برنامه محیط زیست سازمان ملل در چندین مورد آلودگی وخیم از خود واکنش نشان داد که از آن جمله می توان به نشست نفت در دریای آنتیل، خلیج نیجریه و جریان بنگولا در آفریقای جنوبی اشاره کرد.

<sup>1</sup> - Cf. Communiqué du PNUE du 20 mars 2006 concernant son « Rapport sur les ressources mondiales en eau », <http://www.unep.org/Documents.Multilingual/default.asp?DocumentID=71&ArticleID=5234&l=fr>

<sup>2</sup> - همان

<sup>3</sup> - Pour rappel, une quantité de benzène et de nitrobenzène (des produits hautement cancérigènes), estimée à une centaine de tonnes, s'est déversée dans la rivière Songhua. La nappe de polluants, d'une longueur initiale de 80 km, a dérivé sur la Songhua puis sur l'Amour et a touché de nombreuses villes dont Songyuan (430 000 habitants), Harbin (5 000 000 d'habitants), Jiamusi (600 000 habitants), Khabarovsk (600 000 habitants) et Komsomolsk-sur-l'Amour (200 000 habitants). Voir: [http://fr.wikipedia.org/wiki/Catastrophe\\_de\\_l'usine\\_p%C3%A9trochimique\\_%C3%A0\\_Jilin,\\_Chine,\\_le\\_13\\_novembre\\_2005](http://fr.wikipedia.org/wiki/Catastrophe_de_l'usine_p%C3%A9trochimique_%C3%A0_Jilin,_Chine,_le_13_novembre_2005).

## گفتار دوم - فعالیت های صنعتی و کشاورزی مدرن

فعالیت های صنعتی و کشاورزی مدرن و پیشرفته که تا حد زیادی بر پایه مواد شیمیایی و نفتی استوار است، یکی از منابع اصلی آلودگی محیط زیست به شمار می آید. بدون شک این فعالیت ها در چند دهه ی اخیر پیشرفت های زیادی برای بشریت به همراه آورده است و زندگی انسان را بر روی کره زمین را آسان تر کرده است. ولی در عین حال، این فن آوری پیشرفته موجب تخریب محیط زیست شده است و در نتیجه به تدریج موجب نابودی زندگی انسانی خواهد شد.

همان گونه که در بالا گفته شد، استفاده بی رویه از این مواد در حوزه های مختلف ( تولید ابزارآلات و محصولات خانگی، محصولات غذایی و دارویی، ساخت ماشین آلات و توسعه وسایل نقلیه عمومی، آفت کش، علف کش، بارور کننده و ...) - موادی که به طور گسترده در محصولات و ابزار خانگی و هم چنین مواد غذایی یافت می شود- نه تنها برای سلامتی انسان زیانبار است، بلکه هم چنین موجب تحلیل منابع غیر قابل تجدید خواهد شد.

امروزه تولید جهانی محصولات شیمیایی بالغ بر ۴۰۰ میلیون تن رسیده است که تنها صد هزار نوع مختلف این مواد در اتحادیه اروپایی ثبت شده است<sup>۱</sup>. با این وجود، بر حسب گزارش سازمان جهانی بهداشت "قرار گرفتن دراز مدت در معرض این گونه مواد حتی در میزان کم می تواند موجب تخریب سیستم عصبی انسان شود و هم چنین سامانه ای ایمنی بدن انسان را نابود کند و موجب اختلال در سیستم تولید مثل و توسعه بدن انسان شود و انواع سرطان هارا در پی داشته باشد"<sup>۲</sup>. هم چنین بر نظر سازمان

<sup>۱</sup> - Cf. Rapport du Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme sur les *Conséquences néfastes des mouvements et déversements illicites de produits et déchets toxiques et nocifs pour la jouissance des droits de l'homme*, E/CN.4/2006/42.

<sup>۲</sup> -Ibid

جهانی بهداشت "در حدود چهل هفت هزار نفر سالانه بر اثر مسمومیت محصولات شیمیایی مانند آفت کش ها می میرند."<sup>۱</sup>

علاوه بر آن پیامدهای حوادث فعالیت های صنعتی می تواند بسیار خطرناک باشد. به عنوان مثال انفجار کارخانه تولید آفت کش در اتحادیه کاریب در بویال (هند) در سال ۱۹۸۴ موجب مرگ فوری چندین هزار نفر شد و هم چنان بر زندگی اهالی آن منطقه تاثیر بسیار زیادی گذاشت.<sup>۲</sup>

این قضیه هم چنین در مورد انتقال این گونه تولیدات و زباله های سمی نیز صدق می کند مانند پیاده کردن کشتی های آلوده به این گونه مواد و یا "فرستادن زباله های الکترونیکی به سوی کشورهایی که اقتصاد ضعیفی دارند و یا گروه هایی که قدرت تصمیم گیری برای خود ندارند."<sup>۳</sup>

در این اوضاع و احوال، انبار سازی زباله های سمی و خطرناک می تواند حتی بعد از چندین سال مسئله آفرین باشد. به عنوان مثال

"سونامی زباله های سمی که در ابتدای سال ۱۹۹۰ در کناره های هوویو نورد (Hoboyo Nord) در وارشیک، جنوب بندیر (شمال سومالی) قرار داده شده بود را به هم زد و مشکلات سلامتی فراوانی را به همراه آورد که از آن جمله می توان به ضایعات تنفسی، زخم های دهانی و آسیب های پوستی اشاره کرد."

---

۱- همان-

۲ - Voir notre brochure *Sociétés transnationales et droits humains*, Genève, novembre 2005.

۳ - Camu, Albert, *la chute*, paris, 1946

## گفتار سوم- ضایعات رادیواکتیو

به کارگیری مواد شیمیایی و زباله های سمی خطرانی زیادی را برای کارکنان بخش های صنعتی و هم چنین کشاورزی صنعتی به همراه دارد، و البته خطرانی را نیز برای سلامتی عمومی به همراه می آورد. اما زباله های هسته ای از دایره طبیعت خارج نمی شوند و یک خطر دائمی را برای بشریت با خود دارند که بسیار خطرناک است و تاثیر آن ها بر نسل های آینده نیز وجود دارد.

آزمایش سلاح های اتمی، حمل و نقل مواد رادیواکتیو خطرناک و سوانح و حوادث کشتی های حامل این مواد در دریاها، حمل و نقل مواد رادیواکتیو خطرناک و سوانح و حوادث کشتی های حامل این مواد در دریاها، باران رادیواکتیوی اتمسفر راه های ورود این مواد به آنها هستند این مواد از عمری طولانی برخوردار بوده و در دراز مدت تاثیر می گذارد. شناسایی و تعیین اثر زیست محیطی مواد رادیواکتیو در دریا مشکل است زیرا صدمه حاصله بر روی موجودات زنده مدتی پس از تماس با تشعشعات بروز می کند و صدمات ژنتیکی کشنده تا نسل های بعدی قابل ردیابی نمی باشد. به هر حال صدمه به برخی از افراد مستعد و ایجاد اختلالات ژنتیکی از عواقب غیرقابل اجتناب هر سطح تماس یا تشعشع است چه این منبع طبیعی باشد یا ساخته دست انسان. معلولیت و انحرافات در نوزاد ماهیان، تجمع در زنجیره های غذایی و ایجاد خطر برای سلامت بشر نمونه هایی از این گونه اند.

به عنوان مثال فاجعه چرنوبیل که در تاریخ بیست و شش آوریل ۱۹۸۶ در یک مرکز هسته ای در اکرین روی داد، هم چنان بر محیط زیست این منطقه تاثیر گذار است.

این فاجعه تا حالا در حدود بیست و پنج هزار قربانی و دویست هزار معلول گرفته است و برای جمعیت در معرض آلودگی طبق یک جمع بندی کلی در حدود چهل هزار تا پانصد و شصت هزار بر اثر سرطان ناشی از این حادثه جان باخته اند و این فاجعه هم چنان قربانی می گیرد.

### گفتار چهارم - تسلیحات نظامی و مخاصمات مسلحانه

بدون شک صنعت ساخت تسلیحات نظامی که هم چنان به ساخت هیولاهای جدید ادامه می دهد و سلاح های جدید شیمیایی، بیولوژیکی و هسته ای خطرناک و خارج از کنوانسیون های میان المللی را روانه بازار می کند، بسیار خطرناک است، نه تنها برای سلامتی انسان بلکه حق زندگی انسان ها را نیز به خطر می اندازد، با توجه به این که در کل هدف این سلاح ها گرفتن جان انسان ها و تخریب محیط زیست است.

"امروزه بر همگان آشکار شده است که استفاده از سلاح های پیشرفته ی عصر مدرن چه تاثیرات مخربی بر زندگی انسان های حال و آینده می گذارد و محیط زیست را در سطح گسترده نابود می کند".  
امروزه مشاهده می کنیم که بسیاری از این سلاح ها توسط ناتو در افغانستان و عراق به کار گرفته شده است.<sup>۱</sup>

حفظ محیط زیست و توجه به مسائل زیست محیطی به خصوص در دوران جنگ یکی از موضوع های مهم جهانی و دغدغه برانگیز بشر معاصر و مدافعان حقوق بشر است؛ زیرا بهره برداری از طبیعت، حفظ کرامت انسانی و تحقق امنیت و عدالت، توسعه و رشد نسلهای آینده رابطه بسیار نزدیک با حفظ

<sup>1</sup> - (cf. entre autres la declaration conjointe du CETIM présentée à la 56ème Session de la CDH, E/CN.4/2000/NGO/136)

محیط زیست و مسائل زیست محیطی دارد، و هر گونه آسیب و تخریب طبیعت بر زندگی سالم انسانی اثر گذار است. چنان که امروز همه شاهدند که افت شدید مسائل زیست محیطی ابعاد گوناگون زندگی بشر را به خطر انداخته است. این خطر زمانی شدت بیشتری یافت که دو جنگ ویرانگر جهانی در زندگی بشر معاصر رخ داد و استفاده از انواع سلاحهای مدرن با قدرت تخریبی بسیار بالا با شیوه ها و تاکتیکهای غیر بشری، حیات طبیعی انسانها را به مخاطره افکند.

امروزه همه اذعان دارند که آثار سوء جنگ ها بر طبیعت و محیط زیست از هر عامل دیگر خطرناک تر است؛ زیرا در جنگ ها حس ضربه زدن و پیروزی یک طرف منازعه بر طرف دیگر و تمایل شدید به انتقام جویی با استفاده از سلاحهای ویرانگر، به تدریج به وجود می آید و با دادن تلفات و ضایعات، این حس روز به روز شدت بیشتری می یابد تا جایی که دو طرف منازعه هر گونه پایبندی به اصول انسانی و بشری را فراموش می کنند، و بی رحمانه تر از حیوانات درنده به جان یکدیگر حمله می برند؛ حتی زندگی و حیات طرفهای به دور از منازعه را به خطر می اندازند و موجب زیان عظیم بر محیط زیست می شوند؛ تا جایی که خسارت جنگها بر زندگی انسان و محیط زیست، بشر را به تدریج وادار کرد تدبیری بسنجد و راهکاری بجوید، تا شاید بتواند جنگها را تا حدودی مهار کند و استفاده از سلاح های کشتار جمعی و تاکتیک های غیر انسانی را محدود کرده و طرفهای درگیر را ملزم به مراعات حال زنان، کودکان، سالخوردهگان، اسیران، مجروحان و غیر نظامیان کند و مانع تخریب محیط زیست بشود. از این رو، بحث حمایت از محیط زیست در جنگها جزو مسائل و موضوع های حقوق میان الملل و حقوق بشر قرار گرفت، و در این زمینه، فعالیتها و همکاریهای میان المللی به وجود می آمد

جنگ ها و مخاصمات مسلحانه نه تنها مرگ ها و مجروحان زیادی را به دنبال دارد، هم چنین محیط طبیعی ( اردوگاه ها، منازل، احشام، مواد غذایی، کار، تحصیل، اطلاعات و ...) میلیون ها انسان را

نابود می کند. این جنگ ها هم چنین می تواند اپیدمی ها و بیماری های مختلفی را به دنبال داشته باشند به دلیل آن که نیازهای اساسی انسان مانند آب، مواد غذایی و ... تامین نمی شوند و یا دسترسی به آن ها غیر قابل ممکن می شود. هم چنین طبق مطالعاتی که انجام شده است علی رغم کنوانسیون های ژنو و کنوانسیون های مربوط به وضعیت پناهندگان این جمعیت غیر نظامی است که بیشترین خسارت را پرداخت می کند.

قابل یادآوری است که دولت ها از زمان اعلامیه آلماتا چندان تغییری در وضعیت سیاسی خود نداده اند:

"بشریت می تواند تا سال ۲۰۰۰ به سطح قابل قبولی از سلامتی دست یابد اگر به طریق موثرتر و کامل تر از منابع طبیعی استفاده کند که اینک بخش قابل توجهی از آن صرف تولید سلاح ها و مخاصمات مسلحانه می شود. یک سیاست معتبر مستقل، مبتنی بر صلح و خلع سلاح می تواند در استفاده صلح آمیز از این منابع موثر باشد و از تخریب محیط زیست جلوگیری کند. و به طور خاص در پیشبرد توسعه ی اقتصادی و اجتماعی ملت ها و ارتقا نظام سلامت عمومی موثر باشد"<sup>۱</sup>

### گفتار پنجم - اقدامات و دیدگاه های دولت ها

رشد روزافزون آلودگی و تخریب محیط زیست و بروز بحران های پی در پی زیست محیطی باعث شد دولت ها از حدود چهار دهه پیش به طور جدی به تکاپو افتاده تا چاره ای بیاندیشند. به این ترتیب تاکنون حدود ۲۸۰ معاهده و موافقت نامه میان المللی و منطقه ای در زمینه حفاظت محیط زیست و مسائل مرتبط با آن منعقد شده است که از این میان حدود ۷۰ کنوانسیون و پروتکل جنبه جهانی داشته و مابقی

<sup>۱</sup> - Cf. § 10 de la *Déclaration d'Alma-Ata*, adoptée le 12 septembre 1978 lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, organisée par l'OMS



منطقه یی است. از مهم ترین این کنوانسیون ها می توان به کنوانسیون استکهلم، کنوانسیون روتردام در مورد تولیدات شیمیایی، آفت کش های خطرناک، کنوانسیون بل در مورد زباله های خطرناک و نابودی آن ها و ... عزم جهانی برای حفاظت محیط زیست با تشکیل نخستین کنفرانس جهانی سازمان ملل متحد درباره انسان و محیط زیست معروف به «کنوانسیون استکهلم» در سال ۱۹۷۲ در سوئد جنبه عینی پیدا کرد، به طوری که حق برخورداری انسان از محیط زیست سالم هم طراز با حقوق بشر شناخته شد. در این میان ایران نیز به تعدادی از کنوانسیون ها و پروتکل ها پیوست و سازمان حفاظت محیط زیست به عنوان مرجع ملی داخلی، اجرای اکثر آنها را بر عهده دارد. هر چند این کنوانسیون ها اغلب با شکست روبرو شده اند و کسی به آن ها احترام نگذاشته است. و تلاش های مختصری هم که در این مورد انجام شده است در مواجهه با کشفیات اخیر ناکافی بوده است. این بیشتر به خاطر شیوه زندگی جدید (جامعه مصرفی) است که در دهه های اخیر جریان یافته است و اقتصاد را به هر چیز دیگر ترجیح می دهند.

به عنوان مثال در پی تاسیس برنامه استوک پیل آفریقا در سال ۲۰۰۰ مشخص شد در حدود پنجاه هزار تن آفت کش در سطح قاره آفریقا انبار شده است که لازم است از سطح قاره جمع آوری شود.<sup>۱</sup>

این مورد هم چنین در سیستم ریچ (REACH) وجود دارد که اخیرا توسط شورای وزیران اتحادیه اروپایی تصویب شده است که در آن بر پی گیری جریان عرضه محصولات به بازار تاکید شده است:

"محصولات سرطان زا، محصولاتی که برای تولید مثل زیان بار هستند و موادی که در کارکرد هورمون ها اختلال ایجاد می کنند مانند بیسفنول ای، در حالی که مواد جایگزینی هستند که خطراتی کمتری برای سلامتی انسان ایجاد می کنند."<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> -Voir le Rapport du Rapporteur spécial de la CDH sur les déchets toxiques, E/CN.4/2006/42.

<sup>۲</sup> همان.

پروتکل کیوتو در مورد تغییرات آب و هوایی، که یک چهارچوب زمانی برای کاهش گازهای گلخانه ای پیش بینی می کند، کاملاً از هدف اولیه خود فاصله گرفته است. در حقیقت "به شرکت های آلوده کننده اجازه می دهد که حق تولید گاز دی اکسید کربن شرکت هایی که گاز کمتری تولید می کنند را بخرند. یک بورس اروپایی خرید کربن ایجاد شد. این بازار در پی پایان دادن به رایگان بودن انتشار گازهای گلخانه ای است و قصد قاعده مند کردن آن را دارد که در آن اجازه آلوده کردن داده می شود که طبق قوانین عرضه و تقاضای بازار خرید و فروش می شود."<sup>۱</sup>

در این اوضاع و احوال باید گفته شود که انتخاب بعضی انرژی ها خطرهایی برای کشاورزی و محیط زیست به دنبال دارد و در نتیجه حق تغذیه و سلامتی انسان ها را به خطر می اندازد.

یک روزنامه سویسی فاش کرد که سرمایه گذاران که در سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۴ در حدود ۴/۴ میلیارد دلار در بخش های انرژی سرمایه گذاری کرده اند و "بیشتر این سرمایه گذاری ها متعلق به انرژی های قابل تجدید بوده است"<sup>۲</sup>. طبق نظر ژان مارک ژونکوچی "بایستی سه یا چهار برابر زمین های کشاورزی حال حاضر فرانسه را افزایش داد تا پنجاه میلیون تن محصولات نباتی تولید شود"<sup>۳</sup>. می توان به آسانی صدمات وارده به محیط زیست و در نتیجه سلامتی انسان را ارزیابی کرد. علاوه بر آن بیوکربونات که امروزه به عنوان افزودنی حداقل در محصولات پتورشیمی استفاده می شود و هم چنین در محصولات غیرنفتی هم مورد استفاده قرار می گیرد خطرات زیادی برای سلامتی ایجاد می کند.<sup>۴</sup>

با این وجود رهنمود های کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در این مورد برای دولت ها روشن است:

<sup>۱</sup> -Cf. *Le Monde* du 16 février 2006.

<sup>۲</sup> -Cf. *Le Temps* du 8 février 2006

<sup>۳</sup> -Cf. [http://www.manicore.com/documentation/carb\\_agri.html](http://www.manicore.com/documentation/carb_agri.html)

<sup>۴</sup> همان-

"دولت ها بایستی از آلوده کردن هوا، آب و خاک بپرهیزند و از ریختن زباله های صنعتی غیر قابل بازیافت در محیط های طبیعی، از به کارگیری سلاح های هسته ای، بیولوژیکی و شیمیایی خودداری کنند و دسترسی به خدمات مربوط به سلامتی را برای همه آسان کنند و در هنگام حوادث و بلایا از کمک های انسان دوستانه دریغ نورزند"<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> - تفسیر کلی شماره 14 کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

## مبحث چهارم: حق بر سلامتی افراد و گروه های خاص

### گفتار نخست: زنان و حق بر سلامتی

با نظری گذرا در می یابیم که بیش از نصف جوامع بشری را زنان تشکیل می دهند. نظام آفرینش و اقتضای خلقت چنان است که دوام و استمرار و بقای نوع انسان وابسته به وجود توأم «مرد و زن» می باشد و کمال وجودی هر یک از این دو به وسیله دیگری کامل می گردد، کفه های ترازوی تفوق و برتری هر یک از این دو بر دیگری در سیر تکاملی تاریخ، فراز و نشیب هایی طی نموده و شاهد نوسانات فراوانی بوده است.

سلامت زنان تحت تأثیر عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، فرهنگی و محیط زیست قرار می گیرد و نتیجه پدیده ای است که از دوران جنینی شروع شده، سپس هر مرحله از آن (شیرخوارگی و کودکی، نوجوانی، جوانی، سال های باروری و کهولت) بر روی مرحله قبلی بنا می شود.

"زنان در انجام مسئولیت جهت تأمین بهداشت و سلامت جامعه نقش مهم تر و مؤثرتری از مردان عهده دار هستند، زیرا آنان نه تنها مسئول سلامت خود می باشند بلکه بیشترین مراقبت ها را برای سلامت و بهداشت خانواده خود انجام می دهند، بنابراین چنانچه مشکلات اعم از سوء تغذیه، کار طاقت فرسا، زایمان های مکرر و دیگر مسائل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر سلامت آنها نادیده انگاشته شود، سلامتی خانواده آنان در کنار سلامتی خودشان دچار آسیب خواهد شد."<sup>1</sup>

<sup>1</sup> --OMS. *Removing Obstacles to Healthy Development: Report on Infectious Diseases*. Organisation mondiale de la Santé, 1999, WHO/CDS/99.1.

توجه به سلامت زنان افزون بر این دلیل که تقریباً نیمی از جمعیت جهان را تشکیل می دهند ناشی از این است که بر اساس تحقیقات سه دهه اخیر، وضعیت سلامت زنان تأثیر بسزایی بر سلامت فرزندان، خانواده، جامعه و محیط پیرامون آن دارد.

به رغم اینکه دخترها با نوعی برتری زیستی نسبت به پسرها به دنیا می آیند که آنها را در برابر عفونت ها و سوء تغذیه مقاوم می کند، این امتیاز طبیعی اغلب به دلیل رفتارهای تغذیه ای متفاوت، فشارهای بیش از حد ناشی از کار، نبود آموزش کافی و رسمی و بارداری های زودرس و متعدد، از میان می رود.<sup>۱</sup>

سلامت خود زن و بخصوص وضعیت تغذیه وی، نقش تعیین کننده و کلیدی در ارتباط با بقای کودکش به ویژه در دوران نوزادی و در تمام طول مدت شیردهی دارد. موقعیت زن در خانواده که خود بستگی به درآمد، تحصیلات و سلامت او دارد، بر نحوه تقسیم غذا در خانواده و تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت های بهداشتی، تأثیر فوق العاده زیادی می گذارد.<sup>۲</sup>

اکثریت زنان از سلامتی، این حق بنیادین بشری و عنصر موثر در توسعه پایدار محروم مانده اند. هر چند در بیشتر جوامع زنان طول عمر بیشتری نسبت به مردان دارند (به دلایل زیستی)، ولی سهم زنان از بیماری ها و معلولیت ها بیشتر از مردان است. نابرابری های در مسائل مربوط به سلامتی میان زنان و مردان هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه وجود دارد، اما این نابرابری ها در کشورهای در حال توسعه بسیار بیشتر است. سالانه در حدود نیم میلیون زن به دلیل پیچیدگی های زایمان و بارداری می میرند. بسیاری از مرگ و میرها به سادگی با استفاده از فن آوری های ساده قابل اجتناب می

<sup>1</sup> - Smyke, P Women & Health, London, Zed book, 1991

<sup>2</sup> - Preventing maternal deaths, Edited by Royston E., Armstrong, Who, Geneva, 1989

باشد. طبق آمار بانک جهانی نسبت مرگ و میر مادری ( مرگ مادر در هر صد هزار زایمان ) در کشورهای در حال توسعه به طور متوسط تا سی برابر بیشتر است.<sup>۱</sup>

به دلیل تبعیض های مشهود ، وابستگی ها و دست کم گرفتن ها که زنان اغلب در طول زندگی خود با آن روبرو هستند، زنان بیشتر در برابر فقر، سوء تغذیه، بیماری های اجتناب ناپذیر، بارداری های کنترل نشده، مرگ های پیش از موعد، خشونت، معلولیت، از خود بیگانگی، بیوه گی و تنهایی آسیب پذیر هستند. کیفیت زندگی زنان به واسطه تحصیلات ناکافی، شرایط بد مسکن و بهداشت، ساعات طولانی کار در شرایط فیزیکی دشوار و اغلب خطرناک، ناتوانی در دسترسی به خدمات بهداشتی و سلامتی بسیار پایین است.

سیل دویت در سال ۱۹۹۴ شرایط بد زنان و دختران را این گونه تشریح می کند:

"عرف ها و رویه های خطرناک که زنان و دختران را مورد هدف قرار می دهند... شامل ازدواج کودکان و بارداری زود رس، تغذیه اجباری پیش از ازدواج، تابوهای مربوط به تغذیه به خصوص در دوران بارداری، بعضی عرف های مربوط زایمان، ختنه کردن دختران، کمبود تغذیه، سواد و مراقبت های بهداشتی برای دختران و... می باشد. در نتیجه در این جوامع زنان و دختران اغلب از وضعیت سلامتی مناسبی برخوردار نیستند. نکته مشترک در مورد این جوامع این است که آن ها اغلب فرزند پسر را به دختر ترجیح می دهند."<sup>۲</sup>

نابرابری های جنسیتی و ترجیح دادن جنس پسر بعضی اوقات حتی پیش از تولد آغاز می شود. تکنیک های پیشرفته امروزی به والدین اجازه می دهد پیش از تولد از جنسیت نوزاد خود آگاهی داشته

<sup>۱</sup> - <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/0,,contentMDK>

<sup>۲</sup> --OMS. *La tuberculose dans la Région OMS du Pacifique occidental*, Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, 1999.

باشند. به این ترتیب در بعضی مناطق دنیا ( به عنوان مثال چین، کره و هند ) سقط جنین اختیاری دختران به شدت رواج دارد.<sup>۱</sup>

## الف - سلامتی دختران کودک و نوجوانان

کودکی و نوجوانی دوره هایی هستند که برای سلامتی زنان در سال های آینده حیاتی هستند. دختران کوچکی که از سوء تغذیه رنج می برند و به خدمات بهداشتی و امکانات آموزشی دسترسی ندارند و از استقلال اقتصادی نیز بی بهره هستند، اغلب در سال های آینده زندگی خود از تاثیرات این تضعیف روحیه رنج خواهند برد. بیماری ها، محرومیت ها و سوء تغذیه در دوره کودکی می تواند بر توسعه فکری و ذهنی دختران نیز تاثیر بگذارد و به مشکلاتی مانند کم خونی، اختلال در یادگیری، مشکلات بینایی و ... دچار شوند. بیماری های استوایی و هم چنین ایدز می توانند عواقب ناگواری بر روی سلامتی دختران جوان داشته باشند. تحمل کارهای سنگین در محیط های آلوده و غیر بهداشتی در دوران کودکی نیز می تواند تا سال ها بر سلامت دختران تاثیر بگذارد و حتی سلامتی کودکان آن ها را نیز به خطر اندازد.

## ب - سلامتی زنان مسن

جنبه های سلامتی زنان در هنگام بارداری و زایمان بسیار مورد بررسی قرار گرفته است، اما به بقیه ی دوران زندگی زنان چندان توجهی نشده است و خیلی کم در مورد سلامتی و زندگی زنان بالای چهل و پنج سال صحبت می شود. هر چند زنان در اغلب جوامع عمری طولانی تر از مردان دارند، اما زندگی آن ها لزوماً از کیفیت بهتری برخوردار نیست. بسیاری از زنان مسن از سوء تغذیه، اختلال ارگان ها، خشونت، از خود بیگانگی، تنهایی، بیماری های مرتبط با سبک زندگی، بیماری های قلبی و ... رنج می برند. رفاه

<sup>1</sup> - Health implications of sex Discrimination in childhood, Who/UNICEF/FHE 80.2 Geneva 1986.

جمعیت مسن که تعداد آن ها هم در حال افزایش است، بر روی سلامتی زنان نسل های آینده تاثیر می گذارد. به طور سنتی این زنان مسن هستند که به واسطه پیری و ناتوانی به مراقبت نیاز دارند. هر چه تعداد این جمعیت افزایش یابد، نیاز به وضع سیستمی برای حمایت از آن ها هم بیشتر می شود. در صورتی که دولت در این مورد سیاستی اتخاذ نکند، مراقبت از زن ها ی مسن اغلب بر دوش دختران جوان قرار می گیرد تا پسران و این تعهد سنگینی است که خود می تواند خطراتی برای سلامتی دختران در پی داشته باشد.

## پ- زنان و مصرف دخانیات

مصرف دخانیات یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است و سالانه جان بسیاری از زنان و مردان را در سراسر جهان می گیرد. مصرف دخانیات عمدتاً با سرطان ریه، بیماری های قلبی و مشکلات سلامتی دیگر همراه است. داده ها هم چنین بر این نکته تاکید می کنند که مصرف دخانیات در دوره ی بارداری خطرات زیادی برای نوزاد و جنین به همراه دارد که از آن جمله می توان به سقط جنین و زایمان زود رس اشاره کرد و سرانجام افرادی که در خانواده یا محل کار به صورت ثانوی در معرض دود سیگار قرار می گیرند، از اثرات زیان بار مصرف دخانیات رنج خواهند برد.

هر چند آمار مربوط به زنان سیگاری در کشورهای در حال توسعه ( میان دو تا ده درصد ) از زنان سیگاری در کشورهای صنعتی ( میان بیست تا سی و پنج درصد ) کمتر است، اما تحقیقات اخیر نشان می دهد که این داده ها در حال افزایش است.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - UN the World,s Women, trends and Statistics, 1970 \_ 1990 \_ Newyourk 1991.



بعضی ها بر این باورند که صنعت تولید دخانیات زنان کشورهای در حال توسعه را هدف قرار داده است و به طور سیستماتیک و هماهنگ با تبلیغات گوناگون سعی در رواج مصرف دخانیات دارد. این گونه بر آورده می شود که مصرف دخانیات در سال های آینده در این کشورها با رشد زیادی همراه خواهد بود.

## ح- تاثیر جنگ بر روی سلامتی زنان

تاثیرات مخرب جنگ بر روی سلامتی زنان و مردان در قاره های آسیا و آفریقا و کشورهایمانند کامبوج، لائوس، ویتنام و ... کاملاً مشهود است. کامبوج یکی از کشورهای دنیا است که تراکم مین های زمینی در آن جا بسیار زیاد است. بمب ها و مین های رها شده در مزارع و روستاها هم چنان در حال گرفتن جان انسان ها و معلول کردن آن هاست. اغلب این زن ها هستند که باید از این قربانی ها نگهداری کنند و یا برای خانواده های بی پدر خود سرپرستی کنند و هم چنین با پیامدهای ناگوار اجتماعی و زیست محیطی روبرو شوند.

علاوه بر آن نباید تاثیرات روانی جنگ ها بر زن ها غافل شد. در طول دو دهه ی اخیر زنانی که شاهد اعدام شوهران خود بودند یا خانواده ی خود را در معرض گرسنگی کشیدن دیدند یا مورد تجاوز قرار گرفتند و شکنجه شده اند، به مراتب افزایش یافته اند. این تجربیات وحشتناک زخم های روانی مهلکی بر روحیه زنان باقی گذاشته اند و آن ها را در معرض افسردگی، کمبود اعتماد به نفس و ... قرار داده است.

از سوی دیگر باید تاثیرات منفی مهاجرت اجباری در نتیجه جنگ را بر سلامتی زنان بررسی کرد. بر آوردهای کنونی از شمار پناهندگان، مهاجران و اشخاص جا به جا شده رقمی در حدود چهل تا صد میلیون نفر را نشان می دهند. این اشخاص که در محیطی آلوده به سر می برند در معرض بیماری های مختلف قرار می گیرند. علاوه بر آن فشار زیاد، افسردگی، بیکاری، کمبود تحصیلات و ... منجر به افزایش

مصرف مواد مخدر، سوء استفاده جنسی، خشونت فیزیکی و ... می شود و طبق آمار کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان تجاوز مکرر و اغلب خشن در میان تمام زنان پناهنده رایج است.

### ج - خشونت علیه زنان

خشونت علیه زنان یکی از مشکلات عمده ی سلامت عمومی محسوب می شود که هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای توسعه یافته وجود دارد. خشونت خانگی و تجاوز یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است. تحقیقات سال های اخیر نشان می دهد که در حدود یک چهارم زنان دنیا قربانی خشونت های خانگی قرار می گیرند و سالانه بر تعداد این زنان نیز افزوده می شود. خشونت علیه زنان منبع ضربه های روحی روانی، افسردگی، گرایش به مواد مخدر، ابتلا به ایدز و اقدام به خودکشی است.

### خ - آموزش و سلامتی زنان

در اکثر کشورهای در حال توسعه زنان از تحصیلات کمتری نسبت به مردان برخوردار هستند. بر اساس گزارش کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه که از تاریخ پنجم تا سیزدهم سپتامبر ۱۹۹۴ در قاهره برگزار شد در حدود بیش از نهمصد و شصت میلیون نفر بی سواد در سراسر جهان وجود دارد که در حدود دو سوم آن ها را زنان تشکیل می دهند. بیشتر از یک سوم بزرگسالان جهان، اغلب زنان، دسترسی به فن آوری های جدید آموزشی ندارند. طبق این آمار در حدود صد و سی میلیون کودک در مدارس ابتدایی ثبت نام نشده اند که در حدود هفتاد درصد آن ها را دانش آموزان دختر تشکیل می دهند<sup>۱</sup>.

<sup>1</sup>-Rapport de la quatrieme conference mondiale sur les femmes. Caire, 4-15 septembre 1994. Nations unies, new york, NY.paragraphe 89. ([www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/caire.full.consulte](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/caire.full.consulte))

محدودیت دسترسی به امکانات آموزشی و اطلاعات باعث شده است که زنان اغلب در مورد سلامتی و کارکرد بدن خود بی اطلاع باشد و به این ترتیب در برابر انواع بیماری ها آسیب پذیر باشند. آن ها در مورد نشانه های بیماریها اطلاعی ندارند و اغلب متوسل به خود درمانی و یا درمان از راه های خطرناک، غیر علمی و غیر بهداشتی می شوند.

بهبود وضعیت آموزشی زنان و دسترسی آسان آن ها به اطلاعات باعث خواهد شد تا بهتر بتوانند فرزندان خود را تربیت کنند و فرزندان سالم تری داشته باشند. تحصیلات به زنان این توانایی را خواهد داد تا بهتر بتوانند اطلاعات مربوط به سلامتی را درک کنند و از خدمات بهداشتی بهره ببرند.<sup>2</sup>

علاوه بر آن زنانی که از سواد بیشتری برخوردارند (رسمی یا غیر رسمی) در خانواده قدرت تصمیم گیری بیشتری در مورد مسائل مربوط به سلامتی اعضای خانواده دارند. طبق تحقیقی که در یکی از روستاهای جنوب هند انجام شد، زنانی که سواد کمی داشتند، بیشتر از شوهران یا دیگر اعضای خانواده خود می خواستند تا از بچه های بیمار آن ها مراقبت کنند و از خدمات بهداشتی هم بیشتر استفاده می کردند. این مادران هم چنین توصیه های بهداشتی پزشکان را با جدیت بیشتری دنبال می کردند.<sup>1</sup>

طبق تحقیقات انجام شده، شانس پیدا کردن یک شغل مناسب و آبرومند با درآمدی متوسط با افزایش میزان تحصیلات زنان بالا می رود.

---

2-document information prepare pour le resau femmes et equite entre sexes de la commission de l.OMS sur les determinants sociaux de la sante,

2007([www.doctissimo.fr/html/sante/.../examens\\_femmes\\_niv2.htm](http://www.doctissimo.fr/html/sante/.../examens_femmes_niv2.htm))

<sup>1</sup>-idim.p.48

در بعضی جوامع جهان سوم والدین علاقه چندانی ندارند تا فرزندان دختر خود را به مدرسه بفرستند. این گونه تبعیض ها به شدت آینده دختران به خطر می اندازد. در این گونه جوامع باید سعی شود ابتدا به والدین آموزش داده شود تا بعضی از رویه های غلط فرهنگی حذف شود.<sup>۱</sup>

رابطه میان آموزش و بهبود سلامتی به سطح درآمد نیز می تواند بستگی داشته باشد. در واقع درآمد بالا یک عامل اساسی محسوب می شود. خانواده های مرفه به آینده ی فرزندان خود توجه بیشتری دارند و در نتیجه امکانات آموزشی بیشتری را برای آن ها فراهم می کنند. اما در خانواده های فقیر، به دلیل نیاز خانواده، خیلی زود بچه های خود را از تحصیل کردن باز می دارند و آن ها را به کار می فرستند. این موضوع به خصوص در مورد دختران جوان صدق می کند و آن ها اغلب قربانی نیازهای مالی خانواده می شوند و مجبورند از سنین کودکی به کارهای سخت و مشقت بار در محیط های آلوده بپردازند.

سازمان جهانی بهداشت در این مورد یادآور می شود "اگر قصد ارتقای سلامتی را داریم، باید سیاستی اتخاذ کنیم که میزان سواد آموزی در جهان افزایش یابد و به خصوص دختران حالا و مادران آینده با علوم مختلف آشنایی پیدا کنند. باید امکانات آموزشی بیشتری در مناطق روستایی ایجاد شود و خانواده ها ترغیب شوند تا کودکان خود را و به خصوص دختران خود را به مدرسه بفرستند."<sup>۲</sup>

### ج- نقش وضعیت اقتصادی و اجتماعی

سهم بزرگی از مسئولیت تولید در جهان چه در خانواده و چه در جامعه به زنان تعلق دارد، زنان مدت زیادی صرف کاشت، داشت و برداشت محصول، جمع آوری آب و سوخت می نمایند و همین

<sup>۱</sup> -[http://www.who.int/topics/womens\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/womens_health/fr/)

<sup>۲</sup> - World Health Organization, Women,s Health: Across age and frontier, Geneva. ۱۹۹۲ ,

مقدار وقت هم صرف مراحل مختلف آماده کردن مواد غذایی می کنند. در آفریقا زنان ۶۰ تا ۹۰ درصد بار کشاورزی را به دوش می کشند و در بنگلادش ۹۰ درصد زنان به امر کشاورزی اشتغال دارند. در چین، کره جنوبی، مالزی و بسیاری دیگر از کشورهای آسیای جنوب شرقی، علی رغم کمی دستمزد، زنان ستون فقرات بسیاری از صنایع جدید به حساب می آیند.<sup>۱</sup>

۱۸ تا ۳۰ درصد خانواده ها در سطح جهان منحصرأ توسط زنان اداره می شوند و در خانواده های بی شماری، کمک مالی مادر سهم عمده ای را به خود اختصاص می دهد. متأسفانه این تلاش ها و کمک های اساسی غالباً فراموش شده و به حساب نمی آید. از طرف دیگر، هر چند که زنان ۳۱ درصد نیروی انسانی رسمی کار را تشکیل می دهند ولی عملاً ۳۲ درصد کل ساعات کار به عهده آنان است و متأسفانه فقط ۱۰ درصد درآمدهای دنیا به آنان اختصاص یافته و مالک کمتر از یک درصد اموال در سطح جهان هستند.

اگر چه وضعیت اجتماعی زنان در مقایسه با دهه های قبل پیشرفت قابل توجهی داشته اما فعالیت در نقش های کلیدی هنوز به سطح آرمانی نرسیده است. با این وصف مشاغل مدیریتی زنان در کلیه نقاط جهان رو به افزایش است.

به طور متوسط در سطح جهان ۵۰ درصد معلمان در سطح ابتدایی، ۳۱ درصد در سطح متوسطه و ۲۶ درصد مدرسان در سطوح آموزشی بالاتر، زن هستند.

یکی از جنبه های سلامت اجتماعی زنان، سرپرستی خانواده ها توسط آنان است. تعداد خانواده های تحت سرپرستی زنان و خانواده هایی که تنها از وجود یکی از والدین بهره مند هستند، رو به فزونی است. این

<sup>1</sup> - UN the World,s Women, trends and Statistics, 1970 \_ 1990 \_ Newyourk 1991.

خانواده ها از وضع نامطلوب اقتصادی رنج برده و افزایش تعداد آنها شرایط فقر را در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته وخیم تر می کند. در کشوری مانند بوتسوانا حدود ۴۵ درصد، مالاوی ۲۹ درصد، مراکش ۱۶ درصد، لهستان ۲۷ درصد، سودان ۲۳ درصد، انگلستان ۲۶ درصد و آمریکا ۳۳ درصد گزارش شده است<sup>۱</sup>

## ر- اصلاح وضع سلامت زنان و کودکان

اصلاح وضع سلامت کودکان و زنان بدون توجه کافی به وضع اجتماعی - اقتصادی، وضعیت سلامت و فشار کار و فعالیت های روزانه آنان توفیقی نخواهد داشت. دو عامل بسیار اساسی مراقبت های بهداشتی اولیه یعنی مشارکت مردم و همکاری های میان بخش، حیاتی است.

در حالی که شرایط و وضعیت زنان بسیار متفاوت است، بیشتر "برنامه های مراقبت های بهداشتی اولیه باید ابعاد زیر را شامل گردند:

۱- تلاش برای اصلاح وضعیت تغذیه زنان و دختران

۲- تنظیم خانواده برای تأخیر در نخستین حاملگی، برای فاصله گذاری میان حاملگی ها، محدود کردن شمار

حاملگی ها و جلوگیری از حاملگی های ناخواسته و در سن بالا

۳- اقدامات لازم برای جلوگیری از خشونت و سایر اشکال آزار جسمی

<sup>1</sup> - Women. Health and Development, Progress report by the Director General, EB ,۸۷۱۲۲ December 1990. Who, Geneva

علاوه بر تقویت و حمایت از برنامه های مناسب، خدمات بهداشتی باید بیشتر در جهت نیازهای زنان باشد، و بیشتر از زنان جهت ارائه خدمات بهداشتی استفاده شود.<sup>۱</sup>

همکاری میان بخش جهت افزایش نام نویسی دختران در مدارس، افزایش آموزش زنان بالغ و افزایش امکان اشتغال زنان ضروری است. برای این که زنان بتوانند از کودکان خویش بهتر مراقبت کنند و قادر باشند از خدمات بهداشتی ارائه شده جهت خانواده بیشتر استفاده کنند، باید از فشار کارهای آنها در منزل کاسته شود و از وقت زیادی که صرف تهیه مواد غذایی، آب و سوخت می کنند نجات یابند، تنظیم خانواده را هم به دو جهت، یکی به واسطه اثرات جسمی آن و دیگری به خاطر اینکه زنان فرصت تحصیل و پرداختن به مشاغل خود را داشته باشند، باید امکان پذیر ساخت.<sup>۲</sup>

## گفتار دوم: حق بر سلامتی مهاجران

بانک جهانی در سال ۱۹۹۵ برآورد کرد که در حدود ۱۲۵ میلیون نفر در جهان در خارج از کشورهای محل تولد خود زندگی می کنند.<sup>۳</sup> طبق این آمار هر ساله در حدود یک میلیون نفر کشور خود را ترک می کنند تا در کشور دیگری زندگی کنند.

هیچ گونه تعریف رسمی از مهاجر وجود ندارد. تحقیقات متفاوتی در مورد این مفهوم انجام شده است. مهاجران را می توان با توجه به وضعیت حقوقی یا تعلق قومی آن ها تعریف کرد، اما هم چنین می توان مهاجران را با توجه به بعضی عوامل مثل مدت زمان، انگیزه و فاصله متمایز کرد. اگر افرادی مثل توریست ها را متمایز کنیم، گروه های اصلی مهاجرین عبارتند از: مهاجرت کارگران، مهاجرت پناهندگان،

<sup>1</sup> - World Health Organization, Women,s Health: Across age and frontier, Geneva. ۱۹۹۲ ,

<sup>2</sup> - Sivard, R,L. Women, ... aWorld Survey, Washington D.c 1985.

<sup>3</sup> -Banque mondiale. Workers in an Integrating World: World Development Report 1995. Oxford. Oxford University Press, 1995

پناه جویان، مهاجرت برای دوباره مستقر شدن، مهاجرت داخلی و مهاجرت های روزانه.<sup>1</sup> لوری و ال Lurie et al رویکرد دیگری پیش گرفته اند اکثر مطالعات افراد را به دو گروه طبقه بندی می کنند: مهاجرین و غیر مهاجرین. هر چند در واقعیت وضعیت بسیار پیچیده تر است. در حقیقت گونه های متفاوت مهاجرت وجود دارد به طوری که گاهی وضعیت افراد مهاجر در طول زندگی آن ها ممکن است بارها تغییر کند.<sup>2</sup>

در حقیقت، بسیاری از کشورها در هنگام تعیین وضعیت مهاجرین و مسافریین از تعاریف مخصوص خود استفاده می کنند. حقوق بین الملل بین تابعین یک کشور و غیر تابعین کشور تمایز قائل شده است و گروه هایی مثل پناهندهگان، کارگران مهاجر و ... را تعریف کرده است.

به نظر می رسد واژه مهاجر به جا به جایی فرد یا گروهی از افراد خواه بین چند کشور خواه درون مرزهای یک کشور اطلاق می شود. مفهوم مهاجرت تمام گونه های جا به جایی را شامل می شود به هر دلیلی که باشد، یا هر ترکیبی که داشته باشند و هر دوره زمانی که طول کشیده باشد.<sup>3</sup>

مهاجرین خود به گونه های مختلفی طبقه بندی می شوند. از کارگران مهاجر و خانواده آن ها گرفته است تا مهاجرت های کوتاه مدت و بلند مدت، مهاجرین داخلی، دانش جویان بین المللی، پناه جویان و ... نسبت بزرگی از مهاجرین از راه های قانونی اقدام به مهاجرت می کنند که ظاهراً نباید تاثیری منفی بر سلامتی آن ها داشته باشد. هر چند بعضی از همین مهاجرین هم با مشکلاتی برای دسترسی به خدمات سلامتی روبرو می شوند. خود فرآیند مهاجرت نیز می تواند پیامدهای منفی برای سلامتی مهاجرین به همراه داشته باشد. به خصوص روی بعضی زیر گروه های آسیب پذیر، مهاجرین مخفی، پناه جویان

<sup>1</sup> -Decosas J. et Adrien A. **Migration and HIV. AIDS**, 1997 (suppl. A). p.577-584.

<sup>2</sup> -Lurie M., Garnett G., Abdool Karim S., Sturm W., Wilkinson D. et Williams B. **Research Protocol. Migration and the Spread of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases in South Africa**, Interlocking Urban and Rural Cohort Studies. Janvier 1998

<sup>3</sup> - **Glossaire de la migration, Série Droit international de la migration, Organisation internationale pour les Migrations**, 2007.p341.



جابجایی جمعیت و مهاجرت فرایند ایستایی نیست. بلکه طبق نظر سازمان بین المللی مهاجرت فرایندی است که از مراحل مختلفی تشکیل شده است که عبارتند از:

- (خاستگاه) محلی که افراد از آن جا می آیند، دلایلی که به خاطر آن مهاجرت می کنند.

- (ترانزیت) مکان هایی که مهاجران از آن رد می شوند، شیوه هایی که مهاجرت می کنند و نوع زندگی

آن ها در هنگام جابجایی

- (مقصد) محلی که مهاجران وارد آن می شوند، رفتاری که با آن روبرو می شوند و هم چنین شرایط

زندگی و کار آن ها در محل جدید

- (بازگشت) جوامعی که مهاجران به آن باز می گردند، خانواده، قوم ...

بنا به دلایل مختلفی مهاجرت در سال های گذشته افزایش یافته است که از آن جمله می توان به موارد زیر

اشاره کرد:

-دسترسی آسان به سامانه های حمل و نقل عمومی سریع و نسبتاً ارزان

-بازگشایی مرزهایی که قبلاً بسته بودند به طور خاص در کشورهای اروپای شرقی، آفریقای جنوبی، مناطق

بازار آزاد در چین و ...

-توسعه تجارت و مبادلات بین المللی و ارتقای بازار آزاد جهانی و منطقه ای

-توجه بیش از پیش مردم به وضعیت بد اقتصادی و مشکلاتی که با آن مواجه هستند به خصوص در

کشورهای فقیر و تلاش برای رهایی از آن<sup>1</sup>

<sup>1</sup> -ONUSIDA. *Actualisation sur les migrations et le VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2000.

سازمان بین المللی کار در سال ۱۹۹۹ این گونه برآورد کرد که در حدود نود میلیون نفر ( کارگران مهاجر و خانواده های آن ها ) در خارج از کشور محل تولد خود زندگی می کنند.<sup>۱</sup> قابل ذکر است که این رقم که از برآورد بانک جهانی در سال ۱۹۹۵ یعنی ۱۲۵ میلیون نفر کمتر است، شامل افرادی نمی شود که به طور رسمی تابعیت خود را تغییر داده اند.<sup>۲</sup>

درصد بزرگی از جمعیت بعضی از کشورها را مهاجرین تشکیل می دهند و بعضی دیگر مهاجر فرست هستند. در بعضی از کشورها هم بین کسانی که از کشور خارج می شوند و بین کسانی که وارد می شوند تناسب وجود دارد. بر حسب آمارهای سازمان بین المللی کار در بیش از صد کشور این تناسب وجود دارد، شصت و هشت کشور مهاجر فرست پنجاه و شش کشور مهاجر پذیر و بیست و چهار کشور فرستنده و پذیرنده هستند.<sup>۳</sup> کشورهای غربی، ژاپن، مالزی و ونزوئلا به عنوان بزرگ ترین کشورهای پذیرنده شناخته می شوند در حالی که بنگلادش، مصر، هند و اندونزی کشورهای مهم فرستنده هستند.

علی رغم تصور عمومی که گفته می شود مهاجرین مرد هستند، مطالعات سازمان بین المللی کار در سال ۱۹۹۹ نشان داد که در حدود نصف جمعیت مهاجرین را زن ها تشکیل می دهند.<sup>۴</sup>

اکثر کشورها در مواجهه با غیر اتباع خود اعلام می کنند که تعهدات آن ها در حوزه سلامتی مهاجرین فراتر از کمک های اولیه و یا کمک در هنگام وضعیت های اورژانسی نمی رود. حتی در برخورد با کارگران مهاجر نیز کمتر به توافق نامه های خاص توجه می شود که بر دسترسی یکسان مهاجرین با اتباع کشور تاکید می شود.

<sup>1</sup> -OIT. *Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants, 87<sup>eme</sup> Session de la Conférence internationale du travail, Rapport III (Partie 1B)*. Genève, 1999.

<sup>2</sup> - این برآورد پایین نشان می دهد که سازمان بین المللی کار افرادی را که تابعیت خود را تغییر داده اند را در برآورد خود نگنجانده است.

<sup>3</sup> -OIT. *Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants, 1999, op. cit., p.4.*

<sup>4</sup> -Ibid, p.105.

مطالعات متعددی مساله دسترسی محدود مهاجرین به خدمات بهداشتی و پیامد های آن را در سراسر جهان بررسی کرده اند.<sup>۱</sup> بولینی و سیم Bollini et Siem مطرح می کنند که تاثیر بهداشتی مشاهده شده با ناکافی بودن حقوق اجتماعی در کشور پذیرنده به طور مستقیم ارتباط دارد. نه تنها مهاجرین در شرایط کاری و زندگی پایینی قرار دارند که فی نفسه بر سلامتی تاثیر می گذارند، بلکه به خدمات سلامتی هم به دلایل متعدد سیاسی، اداری و یا فرهنگی دسترسی محدودی دارند.<sup>۲</sup>

به طور کلی دسترسی محدود به خدمات سلامتی برای مهاجرین در برخورد با مهاجرین تازه وارد یا گروه های غیر محبوب بیشتر مشاهده می شود. ( به عنوان مثال بنگلادشی ها در انگلیس و اندونزی ها در مالزی ). تن Tan<sup>۳</sup> از عبارت "فاصله قومی" برای توصیف عوامل متفاوت فرهنگی و خطرات جدانشدنی در تمام جابه جایی ها از کشوری به کشور دیگر استفاده می کند. تن با استفاده از مثال دو تبعه ی فلیپینی که برای کار به هنگ کنگ می روند، عبارت فاصله قومی را توضیح می دهد. این مفهوم در نزد جوان فلیپینی که در روستای کوچکی بزرگ شده و در خانه ای در هنگ کنگ کار می کند بیشتر است تا در نزد جوان فلیپینی که در یک شرکت چند ملیتی در هنگ کنگ کار می کند. وقتی که شکاف بزرگی بین ارزش های فرهنگی بین کشور پذیرنده و فرستنده وجود دارد این مفهوم روشن تر می شود.

علاوه بر آن کارگران مهاجری که با مشکلات سلامتی روبرو می شوند، به دلایل مختلفی مثل شرایط بد اقتصادی، نداشتن اجازه اقامت و وضعیت سلامتی به کشور خود بر می گردند. آمارهای زیادی وجود دارد حاکی از این که این مهاجرین پس از بازگشت به کشور خود به دلایل مختلف مرده اند.

<sup>1</sup> -Voir par exemple, Projet Européen Sida et Mobilité: *AIDS & STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europe*, de Putter J. (dir. publ.), juin 1998. Haour-Knipe M. et Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. Londres, Taylor & Francis, 1996. OIT. *Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants, 87<sup>ème</sup> session de la Conférence internationale du travail, Rapport III (Partie 1B)*. Genève, 1999. Mishra S.I., Conner R.F. et Magana J.R. (dir. publ.). *AIDS. Crossing Borders: The Spread of HIV Among Migrant Latinos*. Colorado, Westview Press, 1996.

<sup>2</sup> -Bollini P. et Siem H. **No Real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the Year 2000**, *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, N° 6, p.819-828, 1995.

<sup>3</sup> -Tan M. « Migration and Risk », *AIDS action*, N° 40, juillet-septembre 1998, p.2.

در این زمینه مشاهده می شود که آمارهای ملی مرگ و میر مهاجرین، مرگ کارگران مهاجر غیر متخصص یا کم تخصص را کم برآورد می کند. به عنوان مثال اگر و ال Egger et al اعلام می کنند که آمارهای ملی در سوئیس شمار متعددی از مهاجرین را که در نتیجه عدم مهارت در هنگام کار دچار آسیب شده اند کمتر از رقم واقعی اعلام کرده اند. این افراد وقتی که دیگر توان بدنی آن ها اجازه ندهد مجبور به ترک سوئیس و بازگشت به کشور خودشان هستند در حالی که از وضعیت مناسب سلامتی برخوردار نیستند.<sup>۱</sup>

یکی دیگر از جنبه های مهم سلامتی مهاجرین که اغلب نادیده گرفته می شود، وضعیت روحی و روانی آن ها است. همان گونه که کاربالو و سیم Siem et Karbalo عنوان می کنند شوک فرهنگی که مهاجرین در تماس با یک سیستم جدید فرهنگی اجتماعی دریافت می کنند، می تواند مشکلات متعدد برای سلامت روانی مهاجرین ایجاد کند. به طوری که تنها محدود به سرباز زدن از مراجعه به خدمات سلامتی کشور جدید نخواهد شد. جذب و ادغام اجتماعی فرایند مشکلی است که انتقال زبانی، فرهنگی، اجتماعی و ... را می طلبد که ممکن است مهاجرین را از تمام چیزهایی که به آن عادت کرده اند و هویت آن ها را شکل می داده است محروم کند. مهاجرت جامعه های روستایی، اغلب بسیار سنتی، به شهرهای صنعتی و پرجمعیت می تواند اختلافات فرهنگی، شیوه زندگی و ... را دامن بزند. این فرایندی است که مشکلات روحی روانی با خود به همراه می آورد که اغلب نسبت به مشکلات جسمی مهاجرین کمتر به آن توجه می شود.<sup>۲</sup>

یکی از ابعاد مهم دیگر مربوط به خطرات بهداشتی مهاجرین و تاثیر آن بر روی سلامت عمومی کشور پذیرنده می باشد. مهاجرین پروفیل های اپیدمیولوژیک را با خود منتقل می کنند، سطح تاثیر گذاری

<sup>1</sup> - Egger M. Minder C.E. et Smith G.D. **Health inequalities and migrant workers in Switzerland**, *Lancet* 816, 29 septembre 1990

<sup>2</sup> - Organisation mondiale de la santé. Discours du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, ICPD+5, La Haye, 8-12 février 1999, p.6.

خود در برابر عوامل عفونی، عوامل و خطرات ژنتیکی وابسته به شیوه زندگی، تفکرات آن ها در مورد سلامتی یا تاثیر پذیری آن ها در برابر بیماری های مختلف را همراه خود به کشور جدید می آورند. مهاجرین هم چنین ناقل آسیب پذیری خود در برابر بیماری های مربوط به محل تولد خود هستند. اگر به عنوان مثال میزان پوشش واکسیناسیون در کشور مبدا پایین باشد، مهاجرین در کشور مقصد با میزان پوشش واکسیناسیون بالا با مشکل روبرو خواهند شد. به همین ترتیب، اگر میزان انتقال یک نوع بیماری واگیردار در کشور مبدا بالا باشد، خطر این که مهاجرین به این بیماری مبتلا شوند و یا آن را به خارج از مرزها منتقل کنند بالا می باشد. به همین ترتیب، ممکن است مهاجرین به بیماری های واگیردار در کشور مقصد مبتلا شوند و در برگشت به کشور خود موجب انتقال آن گردند. هم چنین این گونه به نظرمی رسد که بعضی از بیماری های غیر قابل انتقال به عنوان مثال فشارخون بالا، بیماری های قلبی، دیابت و سرطان بر مهاجرین بیشتر اثر می گذارد و بار سنگینی بر دوش نظام سلامت کشور مقصد می گذارد.

بعضی از کشورها برای صادر کردن مجوز مهاجرت ارزیابی های خاص سلامتی برای کاندیدهای مهاجرت در دستور کار دارند به گونه ای که در بعضی موارد اجازه ی مهاجرت به افراد خاصی داده نمی شود.

مهاجرین که در برابر خطرات جابجایی قرار می گیرند، بیشتر در برابر بیماری های روحی روانی، اعتیاد به مواد مخدر و خشونت قرار می گیرند. علاوه بر آن به دلیل دسترسی محدود مهاجرین به خدمات سلامتی در اولین مراحل ورود آن ها به کشور مقصد بار سنگین تری بر دوش آن ها می گذارد.

## الف : شیوع بین المللی بیماری

پاسخ گفتن به بیماری های عفونی با تدابیر محدود کننده نگرشی است که از قرن نوزدهم و به خصوص پس تاسیس سازمان جهانی بهداشت تشویق نمی شود.<sup>۱</sup> قوانین بهداشتی بین المللی کشورها را متعهد می کند که از اجرای این تدابیر در مورد بیماری های که در این قوانین نیامده اند، خودداری کنند. بیماری ایدز در این فهرست قرار ندارد.

این گونه به نظر می رسد که قوانین بهداشتی بین المللی یک اصول راهنما جهانی است که روش های مقابله با بیماری های را در تمام کشورها استاندارد می کند.

بعد حمایت و حفظ نظم در قوانین قدیمی - که بر قرنطینه کردن بیماران و افراد در تماس با آن ها تاکید می کرد- امروزه جای خود را به تدابیر سلامت عمومی عاقلانه تری داده است. اصلاحاتی که در قوانین بهداشتی بین المللی انجام شد نشان داد که بهترین راه مبارزه با شیوع بیماری در سطح بین المللی هشیار بودن و شناسایی هر چه سریعتر کانون های عفونت است.<sup>۲</sup>

هجوم بیماری ایدز و ظهور ( یا ظهور دوباره ) بعضی بیماری های عفونی دیگر بازنگری کامل ابزاری هایی مثل قوانین سلامتی بین المللی و هم چنین شیوه تصویب و اعمال آن ها را می طلبد.

به عنوان مثال فیدلر Fidler عنوان می کند : بحران ایدز به وضوح ضعف اسفناک آیین نامه های بین المللی را نشان داد. چون بیماری ایدز در فهرست بیماری های مشمول آیین نامه قرار نداشت، کشورها هیچ تعهدی برای ابلاغ و اخطار در مورد این بیماری حس نمی کردند. این حالت هم چنان وجود دارد.

<sup>1</sup> - Allin N. E. *The AIDS Pandemic: international travel and immigration restrictions and the World Health Organization's Response*, Virginia J. of Int. Law, 1988, 28, p.1043-1063.

<sup>2</sup> - Wahdan M. H. *Shortcomings in the Current Version of the International Health Regulations and Difficulties in their Implementation*, Consultation informelle de l'OMS pour examiner la réponse internationale aux épidémies et l'application du Règlement sanitaire international, décembre 1995, EMC/IHR/GEN/95.4.

علاوه بر آن با اطلاع از این که بیماری ایدز در سطح جهانی شیوع پیدا کرده است، کشورهای زیادی تا باین منحصراً به فردی را اتخاذ کرده اند که از دید آگاهان آیین نامه بهداشتی را نقص می کنند. اکنون مشخص شده است در برابر یکی از بحرانی ترین وضعیت های سلامتی قرن قوانین های سلامتی بین المللی کاملاً ناسازگار هستند و قوانین سازگاری نیز که وجود دارند به شدت نقص می شوند.<sup>۱</sup>

فیدلر عنوان می کند که در رابطه با شیوع عفونت ها، سازمان جهانی بهداشت توصیه می کند که یک رویکرد حقوقی بین المللی با اصلاح قوانین های سلامتی بین المللی در پیش گرفته شود. این سازمان می گوید که لزوم یک توافق حقوقی بین المللی برای مقابله با بیماری های عفونی احساس می شود. از جهات مختلف تهدیدی که این عفونت ها برای جهان ایجاد می کند نیازمند مطالعه عمیق حقوق بین المللی در مورد حقوق سلامتی می شود.<sup>۲</sup>

## ب: تاثیر جهانی شدن

جهانی شدن جوامع انسانی ضرورت بررسی دوباره مفهوم حاکمیت مطلق دولت ها را در درون مرزهای آن ها می طلبد. بدون شک نقص های گسترده حقوق بشر مثل نسل کشی همواره توجه دیگران را در کشورهای دیگر جلب کرده است اما امروزه بیشتر از پیش پذیرفته شده است که آن چه که امروز در نزدیک شما اتفاق افتاد فرداً ممکن است برای خود شما اتفاق بیفتد.

دهکده جهانی چیزی فراتر از بازار بین المللی است. در دهکده جهانی تنها یک سلامت عمومی جهانی وجود دارد.

<sup>1</sup> - Fidler D. P. *Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases*, *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 2, N° 2, avril-juin 1996.

<sup>2</sup> - Ibid, p.80.

در نتیجه هر چه در مبارزه با بیماری های عفونی مثل ایدز، سل و ... در کشورهای فقیر و در حال توسعه کوتاهی شود، تاثیر آن بر سلامت عمومی تمامی کشورهای جهان وخیم خواهد بود.

همان گونه که نوترو ووازر ننگلوبال عنوان می کند اصل حاکمیت تنها در رابطه میان کشورها قابل اعمال است. در جهان امروزی مفاهیمی مثل عدم وابستگی، استقلال، مداخله، اصل سرزمینی بودن تا حد زیادی مفهوم سنتی خود را از دست داده اند. ملت ها باید طبق این نگرش عمل کنند که در برابر مشکلات جهانی باید به صورت گروهی عمل نمایند.

اصل حاکمیت و عدم مداخله باید به گونه ای تدوین شود که بر ضرورت برقراری تعادل بین حقوق دولت ها و حقوق ملت ها و بین مصلحت ملت ها و مصلحت جامعه بین المللی تعادل ایجاد کند.<sup>۱</sup>

قبلا سیاست دولت ها در مورد مهاجرت مبتنی بر این نگرانی بود که مهاجرین بار اضافی برای خدمات اجتماعی و بهداشتی دولت های مقصد به همراه نیاورند. به این دلیل بود که در بدو ورود مهاجران به کشور دولت ها اقدام به انجام یک سری آزمایش های پزشکی می کردند و سپس اجازه اقامت صادر می کردند.<sup>۲</sup> این وضعیت هم در کشورهایی که مورد های عفونی زیادی در بین مهاجران دیده شده بود اعمال می شد و هم در کشورهایی که این مورد های بیماری به ندرت گزارش شده بود.<sup>۳</sup> قابل ذکر است که خود این محدودیت ها نیز می تواند اعتماد به نفس مهاجران را پایین بیاورد و در نتیجه آن ها را در برابر ایدز و دیگر بیماری های عفونی آسیب پذیر تر کند و هم چنین میزان دشمنی مردم بومی را نسبت به تازه واردها

1 - "Our Global Neighbourhood". *Notre Voisinage Global*, op. cit., p. 337.

2 - Duckett M. et Orkin A. J. *HIV/AIDS-related migration and travel policies and restrictions: a global study*. *AIDS*, 1989, 3 (suppl. 1), p.S231-2

3 - De nombreux pays ont adopté une double approche : des mesures et pratiques empreintes de compassion à l'égard de leurs ressortissants, mais une approche pouvant aller jusqu'à la mort économique à l'égard des migrants.



افزایش دهد به گونه ای که مهاجران حتی در صورت بیماری از رجوع به مراکز درمانی و پشتیبانی سرباز زنند.<sup>۱</sup>

در عمل این گونه محدودیت ها هیچ گونه نفعی برای کشورهای می کنند به همراه نمی آورند. همان گونه که گیلومر اشاره می کند: بیش از ۶۰ کشور جهان ورود بیگانگان مبتلا به ایدز را به کشورهای خود ممنوع کرده اند. اغلب این تدبیر تلاش نابهنگامی برای مقابله با انتقال بیماری ایدز و تحمیل بار اضافی بر نظام سلامتی کشور تعبیر می شود.....<sup>۲</sup>

با توجه به این مطلب که اکثر مهاجران در عنفوان جوانی خود و در ابتدای کار حرفه ای و زندگی زناشویی خود به سر می برند، ایدز می تواند پیامدهای عمیق اجتماعی و اقتصادی در پی داشته باشد اگر بخش عمده ای از این جمعیت کارایی و نقش خود را در جامعه از دست بدهند. این حالتی است که در اکثر کشورهای آفریقایی روی داده است و در بسیاری از مناطق دیگر جهان به واسطه جابجایی روزافزون مردم همین مساله پیش بینی می شود.

## ج: سلامتی مهاجران و ایدز

مهاجرت، جابجایی و ایدز پدیده های مهم هزاره جدید محسوب می شوند. از ابتدای شیوع بیماری ایدز یکی از نگرانی های عمده ی کشورها این بود که تا چه اندازه جابجایی مردم در ورای مرزها می تواند بر گسترش ایدز تاثیر داشته باشد. امروزه پذیرفته شده است که ممکن است مهاجرین و کسانی که از کشوری به کشور دیگر می روند بیشتر در برابر ایدز آسیب پذیر باشند تا کسانی که اقدام به مهاجرت نمی کنند. ممکن است مهاجرین در هنگام جابجایی با ویروس اچ آی وی تماس پیدا کنند و در هنگام بازگشت

<sup>1</sup> - ONUSIDA. *Actualisation sur les migrations et le VIH/SIDA*, op. cit

<sup>2</sup> - Gilmore N. *Human Rights Issues and Migration, intervention devant la 12<sup>eme</sup> Conférence internationale sur le SIDA*, Genève, Suisse, juillet 1998

به کشور خود این ویروس را همراه خود بیاورند بدون آن که از وجود ویروس در بدن خود باخبر باشند. این افراد هم چنین ممکن است در صورت ابتلا به ویروس اچ آی وی/ایدز با موانع زیادی برای دسترسی به خدمات سلامتی هم روبرو شوند.

با توجه به این که امروزه میلیون ها مهاجر در سراسر جهان وجود دارد، ضروری است راه حل های فوری اندیشیده شود تا از آسیب پذیری آن ها در برابر ایدز کاسته شود. این گونه راه حل ها می تواند مکمل برنامه های ملی مبارزه با ایدز در کشور باشد.

مطالعات متعددی در مورد رابطه ی بین تحرک پذیری انسان و افزایش خطر ابتلا به ویروس اچ آی وی انجام شده است. به عنوان مثال، طبق یافته های شاردن chardin در حالی که مهاجران تنها شش درصد جمعیت فرانسه را تشکیل می دهند، چهارده درصد موردهای ایدز اخیر مربوط به مهاجران بوده است.<sup>۱</sup> با این وجود همان گونه که دکاکس و ادرین Decosas et Adrien عنوان می کنند مطالعات متعدد اپیدمیولوژیک اغلب خود مشکل ایجاد می کنند چرا که تنها بر مهاجران تاکید می کنند تا بر عواملی که خطر ابتلا به این ویروس را افزایش می دهند.<sup>۲</sup>

وضعیت مهاجرین فی نفسه یک خطر محسوب نمی شود. بلکه فعالیت های خطرپذیری که مهاجران انجام می دهند، احتمال ابتلا به این ویروس را افزایش می دهند.

افراد به دلایل متعددی از جایی به جای دیگر مهاجرت می کنند که از جمله آن ها می توان به دلایل کاری، تفریحی، ترس از تحت تعقیب قرار گرفتن، جستجوی زندگی بهتر برای خود و خانواده اشاره کرد. لازم نیست این جابجایی ها شامل گذشتن از مرز کشوری به کشور دیگر باشد. به عنوان مثال، در

<sup>1</sup> -Chardin C. Access to new treatments for migrants living with HIV and AIDS: The Policy Maker's Point of View – the Political and Juridical Situation in France in *Access to New Treatments for Migrants living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS & Mobility*. Clarke K. et Bröring G. (dir. publ.), octobre 1999, p.15.

<sup>2</sup> -Decosas et Adrien, *Les intrudition a la mortalite des jeuns*. Les franscois basted,1997, p.578.

چین تعداد صد میلیون نفر از مناطق روستایی به مناطق شهری و از مناطق شهری به مناطق شهری دیگری مهاجرت می کنند.

گاهی مهاجرین موفق می شوند خانواده های خود را نیز همراه خود ببرند. هر چند در اکثر وضعیت های مهاجرت کارگران این مهم برای آن ها ممکن نمی شود. در آسیا گروه عظیمی از مهاجران را زنان تشکیل می دهند که خانه ی خود را ترک می کنند تا اغلب به عنوان خدمتکار در خانه ها به کار مشغول شوند.

مهاجران که به مکان جدیدی می روند، از خانواده و همسر خود جدا می مانند و در مسکن جدیدی زندگی و با مشکلات و گرفتاری های فرایند مهاجرت دست و پنجه نرم می کنند و با عادات، رسوم و فرهنگ جدید و اغلب نا آشنایی برخورد می کنند که بعضا با فرهنگ آن ها در تضاد است. برای بعضی از مهاجرین مساله پول حیاتی می شود. بعضی از مهاجرین با مشکل کم پولی شدید مواجه می گردند و برای تامین نیازهای اولیه خود با مشکل روبرو می شوند. بعضی دیگر از مهاجرین نمی توانند کاری برای خود پیدا کنند. به همین میزان تنهایی، محرومیت، دلسردی، دسترسی معمولاً آسان به مواد مخدر با توجه به محل زندگی مهاجرین ممکن است باعث شود آن ها به سمت مصرف مواد مخدر کشیده شوند. صرف نظر از این که ممکن است فروشندگان مواد مخدر به آسانی از آن ها سوء استفاده کنند.

گاهی اوقات مهاجرین به دلایل متعدد مجبور به روی آوردن به کارهای خلاف و غیرقانونی می شوند و یا دست به کارهایی می زنند که در کشور اصلی آن ها شرم آور تلقی می شود. به عنوان مثال، کارم آزی اعلام می کند که "هزاران زن ویتنامی فقیر به کامبوج مهاجرت می کنند تا در برابر روسپیگری

پول به دست بیاورند (...). در حدود یک سوم کسانی که در این مناطق به صورت حرفه ای به فحشا مشغول هستند ویتنامی هستند.<sup>۱</sup>

مطالعات انجام شده در آفریقا نشان می دهد که در حدود یک پنجم تا یک سوم مهاجرین جدا از همسر و شریک جنسی خود زندگی می کنند و در نتیجه برای ارضای نیازهای جنسی خود اغلب دست به رفتارهای پرخطر می زنند.<sup>۲</sup> در کشورهای مختلف مناطقی که از بیشترین نرخ مهاجران فصلی و طولانی مدت برخوردار هستند، بیشترین میزان ابتلا به ویروس را نشان می دهند. این موضوع هم چنین برای مناطق ترانزیتی مرزی و مناطقی که بر سر شاهراه های نقل و انتقال مهاجرین قرار دارند، صدق می کند.<sup>۳</sup>

این مطالعات نشان می دهد که جابجایی و مهاجرت خطر ابتلا به ایدز را هم برای آن هایی که مهاجرت می کنند و هم برای شریکان جنسی آن ها که در خانه می مانند افزایش می دهد. با توجه به شمار فزاینده مهاجرین، این آسیب پذیری خطرات زیادی را با خود به همراه می آورد. با این وجود، دولت ها تلاش های کافی برای مبارزه علیه ایدز در بین مهاجرین نشان نکرده اند.

مهاجرت خود به خود عاملی برای خطر ابتلا به ایدز محسوب نمی شود بلکه بیشتر شرایط و موقعیت هایی که مهاجران با آن روبرو می شوند آسیب پذیری آن ها را در برابر ایدز افزایش می دهد.

مهاجران در کشور مقصد در هنگام ترانزیت ممکن است در حاشیه قرار گیرند و یا مورد سوء استفاده، تبعیض و آزار قرار گیرند در حالی که در کشور مقصد حمایت بسیار کم (بعضا هیچ) اجتماعی

<sup>1</sup> - *Coordination of Action Research on AIDS and Migration, op. cit., p.20.*

<sup>2</sup> - Cleland J. et Ferry B. Sexual behaviour and AIDS in the developing world. Londres, Taylor & Francis, 1996, cité dans Haour-Knipe M. et Aggleton P., *Social enquiry and HIV/AIDS*, Critical Public Health, Vol. 8, N° 4, 1998, p.261.

<sup>3</sup> - *Pour davantage de détails, voir International migration, 36/4, 1998*

یا حقوقی از آن‌ها صورت می‌گیرد. تمامی این مسائل آسیب‌پذیری مهاجرین در برابر ایدز را افزایش می‌

دهد<sup>۱</sup>

---

<sup>1</sup> -Pour un débat concernant les liens entre les populations marginalisées, la vulnérabilité et le VIH, consulter le Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/ SIDA, juin 2000, ONUSIDA, Genève.



**فصل دوم:**  
**تحقق و تضمین حق**  
**بر سلامتی**

علی رغم این که حق بر سلامتی در اکثر اسناد مهم حقوق بشری به عنوان یک از انواع حقوق بشر شناخته شده است، با این وجود کمتر به آن احترام گذاشته شده است. مشکلات مربوط به سلامتی به طور مستقیم از عواملی مانند کمبود مواد غذایی، آب آشامیدنی سالم و بهداشتی و نبود بهداشت ناشی می شود و یا این که به طور کلی فقر عامل اصلی آن است. به منظور این که وضعیت موجود را بهبود ببخشیم و حق بر سلامتی را برای همگان برقرار کنیم، لازم است که نظم جهانی موجود را تغییر دهیم. ما در این فصل به بررسی موانع و مشکلات پیش روی تحقق حق بر سلامتی خواهیم پرداخت و از میان آن ها مسئله فقر و سلامتی را به طور خلاصه بررسی خواهیم کرد. سپس راه کارها و پیشنهادهای مربوط به تحقق بهتر حق بر سلامتی را بررسی خواهیم کرد. در مبحث بعدی تعهد تابعان مختلف حقوق بین المللی نسبت به حق بر سلامتی را شرح خواهیم داد و سپس به راه کارهای نظارت بر تحقق حق بر سلامتی خواهیم پرداخت. نهایتاً حق بر سلامتی را در چند کشور مختلف و از جمله ایران بررسی خواهیم کرد.

## مبحث نخست: موانع تحقق حق بر سلامتی و راه کارها

حق سلامتی در اسناد حقوق بشری به رسمیت شناخته شده است. هم چنین پذیرفته شده است که تحقق حق بر سلامتی کاملاً وابسته به تحقق انواع دیگر حقوق بشر است و به طور خاص به تحقق حق بر غذا، آب آشامیدنی، مسکن، کار و حق آموزش بستگی دارد.<sup>1</sup> ظرفیت دولت ها در پاسخگویی به نیازهای بنیادی مردم به عوامل مختلف سیاسی و اقتصادی بستگی دارد.

تلاش های انجام شده از جانب نهادها و ساختارهای موجود برای تحقق حق بر سلامتی کافی نبوده است. این نقص ها اغلب ریشه در التزام هایی دارد که از جانب نظم بین المللی، سیاسی و اقتصادی تحمیل شده است. در دو دهه اخیر این نظم جهانی، قدرت را در دست چند کشور قدرتمند، سازمان های مالی بین

<sup>1</sup> - E/C.12/2000/4

المللی و جامعه های چند ملیتی متمرکز کرده است و نابرابری، فقر، استعمار، خشونت را افزایش داده که خود بیماری، حاشیه سازی و مرگ را به دنبال داشته است.

اگر نیازهای بنیادین انسان ها برآورده شود، می توان جلوی بسیاری از بیماری ها را گرفت. به عنوان مثال در حدود پنجاه تا هفتاد درصد عفونت های مجراهای تنفسی، بیماری های اسهالی، مالاریا و اروویون در کودکی ناشی از تغذیه نامناسب است.<sup>۱</sup> هشتاد و هشت درصد بیماری های اسهالی ناشی از آلودگی آب، نظام تصفیه و کمبود بهداشت است. ۹۹/۸ بیماری های ناشی از این عوامل در کشورهای در حال توسعه هم چنان قربانی می گیرند.<sup>۲</sup> عدم تغذیه مناسب به شدت به نظام ایمنی بدن آسیب وارد می کند و کودکان را در برابر انواع بیماری های آسیب پذیر تر می کند.<sup>۳</sup>

سازمان جهانی بهداشت دلایل متفاوتی را برای عدم تحقق حق بر سلامتی اعلام کرده است که در این جا به طور خلاصه بیان می کنیم این سازمان در اعلامیه ای<sup>۴</sup> که با همکاری "جنبش سلامت مردم"<sup>۵</sup> تهیه شده است سه جنبه مهم نظم جهانی موجود که از جمله موانع اصلی تحقق حق بر سلامتی هستند را این گونه بر می شمارد:

- سیاست اقتصاد کلان و به طور خاص موافقت نامه های اقتصادی، بار سنگین قرض ها و فشارهایی که از جانب سازمان های بین المللی مالی بر کشورهای در حال توسعه تحمیل می شود و باعث گسترش فقر و نابرابری در سطح جهان می شود.

<sup>۱</sup> - Cf. World Health Report: Reducing risks, promoting healthy lives (WHO 2002a, p. 53).

<sup>۲</sup> -Cf. World Health Report: Reducing risks, promoting healthy lives (WHO 2002a, p. 68).

<sup>۳</sup> - Healthy Environments for children (WHO 2002b., p. 22).

<sup>۴</sup> - Cote ONU: E/CN.4/2003/NGO/174

<sup>۵</sup> - "The People's Health Movement".



- سازمان هایی مانند صندوق بین المللی پول، بانک جهانی و سازمان تجارت جهانی بیشتر مبتنی بر سرمایه داری هستند و سازمان های چند ملیتی خصوصی را به مردم ترجیح می دهند. این سازمان ها در سطح ملی و جهانی تصمیماتی را می گیرند که بر زندگی مردم تاثیر می گذارد.

- رابطه های آشفته بین مجموعه های نظامی-اقتصادی و مراکز قدرت، تهدید مداومی برای صلح و امنیت جهانی بوده و در نهایت باعث می شود که زندگی مردم فقیر در کشورهای جهان سوم در معرض خطر قرار گیرد.

این فرآیند ها اکثریت مردم را در حالت ناتوانی و ضعف قرار می دهد و به جای به همراه آوردن دموکراسی و صلح که شرایط پیش فرض تحقق حق بر سلامتی به شمار می آیند، بیشتر مردم را در ورطه فقر، بدبختی و جنگ فرو می برند.

علاوه بر این سیاست، راهبرد و عمل بین المللی در حوزه حق بر سلامتی ( به طور خاص سازمان ملل متحد و آژانس های آن، بنیاد های خصوصی و حتی بعضی سازمان های غیر دولتی) به شدت تحت تاثیر سیاست ها اقتصادی نئو لیبرال قرار دارد.

کمک های پزشکی بین المللی و خدمات بهداشتی و دارویی که سازمان های غیر دولتی ارائه می دهند (برای اشخاص محروم)، به عنوان راه حل مشکلات سلامتی معرفی شدند و راه کارهای خروج از فقر را هم نشان می دهند. اما این رویکرد تنها نابرابری های ساختاری، ریشه های بنیادین فقر و پیامدهایی که بر افراد بیمار می گذارد را پنهان می کند.

بخش خصوصی نیز بر روی سلامتی انسان، محیط زیست، توسعه و حقوق بشر تاثیر می گذارد. این بخش هم چنین تاثیر بسزایی بر نهادهای سازمان ملل متحد دارد. سازمان ها و جنبش های شهروندی از

ماموریت ها و ارزش های سازمان ملل متحد حمایت می کنند اما بر این نکته تاکید می کنند که این اهداف نبایستی محدود به تجارت، سرمایه گذاری و قواعد تجارت باشند.

با این وجود، اعلامیه ی آلماتا در مورد مراقبت های اولیه بهداشتی سال ۱۹۷۸ به وضوح نابرابری های ساختاری و عوامل اقتصاد کلان که بر فقر تاثیر می گذارند را یادآور شده است و آن ها را بر سلامتی تاثیرگذار می دانند و بر ایجاد نظم نوین جهانی تاکید می کنند.

لازم به یادآوری است که پاراگراف چهار تفسیر کلی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی عنوان می کند که "حق بر سلامتی عوامل متعدد اقتصادی و اجتماعی را در بر می گیرد که ماهیت آن ها بهبود شرایطی است که در آن مردم بتوانند زندگی سالمی را داشته باشند و هم چنین بهبود عوامل بنیادی و تعیین کننده سلامتی مانند تغذیه مناسب، مسکن، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهداشتی، نظام تصفیه فاضلاب مناسب، شرایط کار مطمئن و محیط زیست را در پی داشته باشد"<sup>۱</sup>

### گفتار نخست : فقر

یکی از دلایل عمده ای که برای عدم تحقق حق بر سلامتی و به طور کلی حقوق بشر عنوان می شود، فقر است که گریبانگیر بسیاری از کشورهای جهان است و مانع می شود تا تلاش های ملی و بین المللی برای تحقق حق بر سلامتی به بار بنشیند. ما در این جا به طور خلاصه به مسئله حق بر سلامتی و ارتباط آن با فقر می پردازیم و سپس راه کارهای ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت برای تحقق حق بر سلامتی را ذکر می کنیم.

<sup>1</sup> - E/C.12/2000/4

سلامتی یکی از اصول اساسی توسعه جوامع در تمامی ابعاد انسانی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی می باشد. همواره یکی از دغدغه‌های اساسی کارشناسان مدیریت و اقتصاد بهداشت در جهان اثرات متقابل سلامت بر فقر و فقر بر سلامت بوده است. در ابتدا آنچه بیشتر مدنظر بود و مورد توجه قرار می گرفت اثر پدیده فقر بر سلامت بود یعنی اعتقاد بر این بود که اگر فردی دارای توان اقتصادی کافی نباشد، امکان تغذیه مناسب، کسب آموزش کافی در زمینه بهداشت و نهایتاً تامین سلامت خود و خانواده خود را نخواهد داشت؛ این اعتقاد زمینه‌ساز کمک‌های مالی کشورهای دارا به کشورهای نادر به منظور تامین کالری لازم برای نیازمندان در این کشورها شد. شکی نیست که ثروت سلامت را افزایش می دهد زیرا افراد ثروتمند دسترسی بیشتری به خدمات افزایش دهنده سلامتی دارند ولی آنچه نباید فراموش کنیم همانا اثر سلامت بر کاهش فقر و رشد اقتصادی هر کشور است؛ زیرا سرمایه فرد نیازمند همان بدن وی می باشد و از دست دادن سلامت فرد، منجر به فقر وی و در نتیجه افزایش فقر در جامعه و کاهش رشد اقتصادی کشور می گردد؛ این امر در گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت این گونه منعکس گردیده است: کشورهای که افرادی آموزش دیده و سالم دارند و دارای وضعیت سیاسی با ثباتی می باشند، از رشد اقتصادی مناسب تری برخوردار بوده اند.<sup>1</sup>

"مسلم است هر دو گزینه (فقر و سلامتی) بر هم اثر می گذارند و از هم تأثیر می پذیرند. در یک جامعه فقیر میزان سلامتی جامعه پائین است و از طرفی، جامعه بدون امکانات سلامتی، به سمت فقیرتر شدن حرکت می کند. به همین منظور می توان گفت یکی از آثار فقر و محرومیت، محرومیت در سلامت و

<sup>1</sup> - WHO.(2002), world health report

بهداشت جسمی و روحی می باشد و از طرفی می توان یکی از آثار سلامتی را شکوفایی و رشد اقتصادی جوامع و کاهش فقر در نظر گرفت.<sup>۱</sup>

آن چه مسلم است رابطه بین ثروت و سلامت رابطه ای دوسویه است که افزایش هر کدام بر دیگری مستقیماً تاثیرگذار است زیرا همان طور که قبلاً اشاره شد با بهبود وضعیت اقتصادی سطح سلامت افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش سطح سلامتی و توان جسمی و ذهنی، وضعیت سلامتی افراد نیز بهبود می یابد. در این میان نباید از تاثیر متغیرهای فرهنگی و سیاسی غافل شد زیرا هر کدام می توانند نقش کلیدی در بهبود وضعیت اقتصادی و سلامتی بازی کنند.

رهبران سیاسی جهان بارها تصمیم به کاهش یا حذف فقر از جهان گرفته اند که آخرین بار در اجلاس هزاره سازمان ملل متحد در سپتامبر ۲۰۰۰ مورد پذیرش قرار گرفت.

در این همایش کاهش چشمگیر میزان فقر و ارتقای قابل ملاحظه سلامت فقرا تا سال ۲۰۱۵ پیش بینی شده است.

سران برنامه هزاره توسعه از سال ۲۰۰۰ تا کنون تلاشهایشان را در نظام جامعه بین المللی و ملل متحد برای پایان بخشیدن به فقر متمرکز کرده اند. اهداف سران توسعه شامل بسیاری از اهداف موافق همایش بین المللی فقر و توسعه در سال ۱۹۹۴ است. که این اهداف عبارتند از سلامتی بهتر، افزایش امید به زندگی، جلوگیری از شیوع ایدز، آموزش های اولیه عمومی برای کاهش جمعیت و جلوگیری از مرگ و میر نوزادان.<sup>۲</sup>

<sup>1</sup> - Dupuy, R.J. **The Right to Health as a Human Right / Le droit à la santé en tant que droit de l'homme**, Workshop 1978 / Colloque 1978.

<sup>2</sup> -UNDP. 2003, world human development report

واضح است که این اهداف به خودی خود محقق نخواهد شد؛ ارتقای سطح سلامت فقرا و افزایش طول متوسط عمر آن‌ها همان گونه که بر شاخص‌های توسعه اقتصادی کشورها اثرگذار است، به شدت نیازمند بهبود همان شاخص‌هاست.

عموماً بار بیماری‌ها در هر کشور رابطه مستقیم و به مراتب قوی‌تر از آن چه پنداشته می‌شود با شاخص‌های اقتصادی دارد. انسان فقیر به دلیل نداشتن درآمد کافی توان به دست آوردن غذا، مسکن و شغل مناسب را نداشته و به همین دلیل بیشتر در دام بیماری‌ها و مرگ اسیر می‌شوند و از طرف دیگر نیز دسترسی کمتری به خدمات سلامتی دارند و در نتیجه درآمد وی نیز کاهش می‌یابد و این چرخه ادامه می‌یابد. این امر با بررسی اجمالی وضعیت سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه ثابت می‌گردد.<sup>۱</sup>

جدول ۱: میزان امید به زندگی و مرگ و میر بر حسب میزان توسعه یافتگی کشورها (سال ۲۰۰۰)

میزان توسعه یافتگی	جمعیت ( 1999 ) به میلیون نفر	میانگین درآمد سالانه ( به دلار آمریکا)	میزان امید به زندگی در بدو تولد ( به سال )
کشورهای کمتر توسعه یافته	643	296	51
کشورهای در حال توسعه کم درآمد	1777	538	59
کشورهای توسعه یافته پردرآمد	891	25730	78

<sup>1</sup> --OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, 1999 – Pour un réel changement*. Organisation mondiale de la Santé, 1999

نکته دیگری که شایان توجه می باشد همانا نحوه توزیع درآمد بین اقشار جامعه است؛ در بسیاری از کشورها همچون چین، هند، ایران و غیره مردم از درآمد سرانه متوسطی برخوردارند ولی این توزیع درآمد چندان یکنواخت نیست.

جدول ۲: مقایسه تطبیقی امید به زندگی و شاخص های اقتصاد کلان در چند کشور منتخب

شاخص کشور	امید به زندگی در بدو تولد (سال 2001)	هزینه های صرف شده از سوی منابع عمومی در امر سلامت (درصد از تولید ناخالص داخلی)	هزینه های صرف شده برای سلامت (سرانه برابری قدرت خرید دلار آمریکا در سال 2000)
مصر	68/3	1/8	143
اردن	70/6	4/3	341
کویت	76/3	2/7	538
عربستان سعودی	71/9	3/5	641
مالزی	72/8	1/8	310

71	0/9	63/3	هلند
76	0/9	72/8	پاکستان
-	-	64/4	کشورهای در حال توسعه
356	2/7	69/8	ایران

ماخذ: گزارش سلامت جهانی 2002، سازمان جهانی بهداشت

در اکثر کشورهای کمتر توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه با انجام اقداماتی مثل کنترل بیماری های واگیردار، ارتقای سلامت مادر و کودک و کاهش آثار معلولیت های جسمی و ذهنی می توان تاثیر قابل توجهی بر شاخص های اقتصادی گذاشت.

بدین صورت خانواده های فقیر نه تنها می توانند از یک زندگی طولانی تر، سالم تر و با بهره وری بیشتر برخوردار شوند، بلکه می توانند تعداد فرزندان کمتری داشته باشند؛ زیرا آسوده خاطر هستند که فرزندان آنها زنده می مانند و در نتیجه می توانند سرمایه گذاری بیشتری برای آموزش و سلامت آن ها انجام دهند. متأسفانه فقر بر روی عادت های فرهنگی نظیر استعمال دخانیات و الکل در کشورهای کمتر توسعه یافته نیز اثر می گذارند و افراد فقیرتر معمولاً بیشتر به استعمال دخانیات، مواد مخدر و الکل می پردازند که عمدتاً ناشی از عدم آگاهی آن ها نسبت به اثرات این مواد است.<sup>1</sup> این عمل باعث هزینه زیادتر و از طرف دیگر باعث فقیرتر شدن آن ها می شود. ضمناً با اثر گذاشتن بر سلامتی، متوسط عمر و در نتیجه

<sup>1</sup>-Improving Health Outcome for The poor , 2001

متوسط زمان تولید درآمد آن‌ها را نیز کاهش می‌دهد؛ این‌گونه افراد به سرعت دچار ناتوانی، بیماری و فوت می‌شوند و فشار اقتصادی شدیدی بر خانواده و جامعه خویش تحمیل می‌نمایند.<sup>۱</sup>

امکان رسیدن به اهداف همایش هزاره سازمان ملل متحد در زمینه ارتقای سطح سلامت کشورهای فقیر دارای پیچیدگی‌های زیادی است که از آن جمله می‌توان به دو نمونه اشاره کرد.

الف: نخست آن‌که توسعه اقتصادی به خودی خود نمی‌تواند شاخص‌های سلامتی را بهبود ببخشد زیرا توسعه اقتصادی خود زائیده افزایش سطح سلامت جامعه است.

ب: دوم آن‌که رشد اقتصادی اگر چه مهم است ولی کافی نیست زیرا دیده می‌شود کشورهای توسعه یافته نیز دارای سطح سلامتی متفاوتی هستند.<sup>۲</sup>

در این میان نباید مشکلاتی هم چون فساد، سوء مدیریت و ضعف بخش دولتی در کشورهای کمتر توسعه یافته را از یاد برد.

بنابراین به نظر می‌رسد سازمان‌های بین‌المللی و کشورهای توسعه یافته باید به کشورهای کم‌توسعه یافته کمک کنند تا این کشورها بتوانند منابع مالی بیشتری را به امر سلامتی اختصاص دهند، و هم چنین شفافیت بیشتری ایجاد کنند و کمک کنند که جامعه‌ی این کشورها اطمینان حاصل نماید که نظام‌های سلامت با تامین مالی کافی و به صورت اثر بخش کار می‌کنند و به مسائل اصلی سلامت جامعه پردازند.

در این راستا شناسایی صحیح فقرا در این‌گونه کشورها، توزیع مناسب خدمات می‌تواند کمک زیادی به بهبود سلامت فقرا بنماید.

<sup>1</sup>-OMS. *World Health Opportunity: Developing Health, Reducing Poverty. Document de séance*, mai 1999.

2-idim. P. 48



مسئله دیگری که در این کشورها باید مورد بررسی قرار گیرد همانا بسترسازی فرهنگی برای ارتقای سطح سلامتی در جامعه است که از اهمیت زیادی برخوردار است.

جمع بندی مطالب فوق الذکر ما را به این نتیجه می رساند که توجه به وضعیت سلامتی و اقتصادی مردم و به خصوص نیازمندان، یکی از راه های افزایش قدرت اقتصادی کشور است. در این راستا بهبود وضعیت سلامتی افراد خصوصاً قشر جوان و مولد جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار است.

## گفتار دوم: زنان، فقر و سلامتی

"۷۰ درصد از جمعیت ۳/۱ میلیارد نفر فقیر در جهان را زنان تشکیل می دهند و همین موضوع نشانگر زنانه شدن فقر است و به رغم پیشرفت زنان در بازار کار، خانواده های تحت سرپرستی مادر نسبت بالاتری از فقر را دارند. اما فقر تنها برطرف کردن نیازهای زیستی نیست، درست است که رفع گرسنگی یک نیاز زیستی است اما دسترسی به بهداشت و آموزش هم در ردیف نیازهای اولیه قرار می گیرد."<sup>۱</sup>

اکثریت جامعه فقیر جهان را زنان تشکیل می دهند. در اکثر موارد زنان نه توانایی و نه وضعیت اجتماعی مناسبی دارند تا به منابع اقتصادی دسترسی پیدا کنند. به دلیل وضعیت متفاوت آن ها در جامعه، زنان عمدتاً از مردان فقیرتر هستند و اکثراً از لحاظ اقتصادی به آن ها وابسته هستند.

"زنان در خانواده های فقیر با داشتن درآمد پایین دچار سوءتغذیه هستند و دلیل این امر نیز نحوه هزینه و تخصیص درآمد است؛ مادرانی که حاضرند خود گرسنه بمانند اما از سهم حداقل خوراک خود به کودکان شان بدهند و به این ترتیب توزیع درآمد حداقلی را به هم بزنند و دخترانی که به خاطر دختر بودن

<sup>1</sup>-OMS. World Health Opportunity: Developing Health, Reducing Poverty. Document de séance, mai 1999.

سهم کمتری از خانواده نصیب شان می شود در حالی که برادران شان غذای بهتری می خورند و به مدرسه می روند و خواسته یا ناخواسته سهم خواهران خود را مصرف می کنند.<sup>۱</sup>

سه چهارم گرسنگان جهان در مناطق روستایی هستند و اکثر آنها را زنان تشکیل می دهند. وضعیت زنان گرسنه در کشورهای توسعه یافته نیز به همین شکل است ولی در کشورهای توسعه یافته این زنان زیر پوشش نظام های تامین اجتماعی قرار می گیرند و به ازای هر فرزند خود کمک هایی دریافت می کنند هرچند این کمک ها برای بیرون کشاندن آنان از جمع فقرا کافی نیست. طبق آمار پنج درصد زنان از سوء تغذیه شدید رنج می برند و پنج درصد نوزادان به خاطر تغذیه نامناسب مادر در دوران بارداری دچار کمی وزن و کوتاهی قد هستند. این در حالی است که در جداول جهانی آمار دقیقی از تعداد افرادی که زیر خط فقر با تعریف جهانی آن زندگی می کنند، وجود ندارد.<sup>۲</sup>

غیر ممکن است از زنانگی کردن فقر صحبت کنیم و یادآور نشویم که شمار زنانی که سرپرست خانواده هستند و بایستی از چند بچه نگهداری کنند، روز به روز افزایش می یابد. دلایل متعددی برای این ادعا ذکر شده است که از آن جمله می توان به چند نمونه زیر اشاره کرد: مهاجرت ملی و بین المللی مردان برای یافتن کار، طلاق، بیوگی، جنگ، رهاکردن خانواده از سوی مردان...

طبق آمار سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۵ خانواده هایی که سرپرستی آن ها بر عهده یک زن بوده است در حدود یک چهارم کل خانواده ها را تشکیل می داده است. این خانواده ها از لحاظ اقتصادی آسیب پذیر تر هستند.<sup>۳</sup>

<sup>1</sup> -idim. P.23

<sup>2</sup> -idim. P27

<sup>3</sup> -Reduction de la pauvreté et droit. [secure.cihi.ca/cihiweb/products/CPHIImpactonPoverty\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/CPHIImpactonPoverty_f.pdf)

کمبود تحصیلات زنان و مشکلاتی که برای یافتن شغل مناسب با آن دست و پنجه نرم می کنند، باعث شده که درآمد خانواده هایی که سرپرست آن ها زن می باشد به مراتب کمتر است. به دلیل این که مادران اغلب از سطح تحصیلات بالایی برخوردار نیستند و قدرت سرمایه گذاری بالایی هم ندارند و بایستی هم در خانه و هم در بیرون خانه مشغول به کار باشند، خانواده هایی که سرپرست آن ها زن است، روز به روز بیشتر در ورطه فقر فرو می روند.

تاثیر منفی فقر بر روی سلامتی غیر قابل انکار است. فقر به این معنی است که پول کمتری برای خرید مایحتاج زندگی فراهم است و در نتیجه خطر بیماری افزایش می یابد. تغذیه بد وضعیت بیماری را وخیم تر می کند و بهبودی را به تاخیر می اندازد. وضعیت سلامتی پایین تر از عادی - اغلب در مسکن، بهداشت، سالم بودن آب آشامیدنی، سرویس های دفع زباله افراد را در برابر بیماری ها آسیب پذیرتر می کند. زنان فقیر اغلب نمی توانند به خدمات بهداشتی رسمی دسترسی داشته باشند و اغلب به خود درمانی روی می آورند و در خانه های خود و در شرایطی غیر بهداشتی زایمان می کنند.<sup>1</sup>

فقر در میان زنان به این معنی است که آن ها باید به هر شغلی تن در دهند تا نیاز خود و خانواده خود را تامین کنند. این کمبود انتخاب باعث می شود زنان اکثراً در محل کار خود را در معرض استثمار شدن ببینند و امنیت و سلامت آن ها را به خطر می اندازند. روسپیگری نیز یکی دیگر از راهبرد های مورد استفاده زنان جهان در مبارزه در فقر است. شرایط زندگی سخت می تواند به احساسات منفی و نفرت از خود دامن بزند که از عوامل روان شناسی مهم رفتار زنان در برابر سلامتی است. زنی که احترام کمی برای

---

<sup>1</sup> - Bélanger, Michel. **Introduction à un droit mondial de la santé, Editions des archives contemporaines**, Agence universitaire de la francophonie.2008

خود و زندگی خود قائل است و عزت نفسش را خدشه دار می بیند، کمتر به دنبال خدمات بهداشتی خواهد بود.<sup>۱</sup>

سیاست های اجرا شده برای بهبود وضعیت اقتصادی زنانی که در فقر به سر می برند منجر به بهبود وضعیت سلامتی زنان و افراد خانواده آن ها شده است. زنان معمولاً مازاد درآمد خود را صرف بهبود وضعیت سلامتی خود می کنند. در کشورهای در حال توسعه زنان اغلب درآمد خود را به تغذیه و سلامتی فرزندان خود اختصاص می دهند در حالی که مردان بیشتر تمایل به صرف درآمد خود برای خود دارند.

---

<sup>1</sup> - idim. P. 64

## مبحث دوم: توصیه ها و راه کارها برای رفع موانع

سازمان جهانی بهداشت برای تحقق بهتر حق بر سلامتی توصیه ها و راه کارهایی ارائه می کند که

در زیر به طور مختصر اشاره می کنیم:

۱- موانع ملی و بین المللی که باعث می شوند مردم از برآوردن نیازهای اولیه خود ناتوان باشند، باید مورد

شناسایی قرار گیرند به این منظور که اقدامات متناسب و مقتضی در این راستا انجام گیرد.

۲- اصلی که طبق آن دولت ها مسئول سیاست، کنترل و برآورده کردن نیازهای سلامتی و بهداشتی هستند

باید سرلوحه ی هر سیاست و برنامه ملی و بین المللی قرار گیرند.

۳- دولت ها، طبق تعهدات خود نسبت به شهروندان بایستی نیازهای آن ها به مواد غذایی و آب را فراهم

کنند. در این چهارچوب خصوصی سازی های افسار گسیخته که تحت فشار نهادهای مالی قدرتمند ملی و

بین المللی در بخش های مختلف مانند آب، کشاورزی، سلامتی و ... انجام می گیرد با تعهدات دولت ها در

رعایت حقوق بشر و به خصوص حق بر سلامتی در تناقض هستند.

۴- حق تغذیه و هم چنین حق دسترسی به آب همراه با مکانیسم های اعمال آن ها بایستی در قانون گذاری

های ملی گنجانده شوند.

۵- سیاست و عمل بین المللی در حوزه سلامتی بایستی اولویت خود را به هدف های اجتماعی، اقتصادی و

سیاسی مربوط به بیماری ها و مرگ های اجتناب پذیر اختصاص دهند. سازمان جهانی بهداشت بایستی

کمیسونی مربوط به سلامتی و فقر ایجاد کنند تا ریشه های آن را بررسی کنند و توصیه های لازم را ارائه

دهد.

۶- لغو فوری بدهی ها، کنترل سوداگری ها و فشارهای کمرشکنی که از سوی کشورهای توسعه یافته و سازمان های مالی بین المللی بر کشورهای کم در آمد وارد می شود.

۷- دسترسی فوری همه کشورها به داروهای ضروری هر چه سریعتر باید مهیا شود.

۸- سازمان جهانی بهداشت باید اقدام به تاسیس کمیسیون خاصی کند تا موانع و مشکلات دسترسی به داروها بررسی شود. این کمیسیون باید قوانین داخلی و بین المللی تجارت را بررسی و مشکلات قانونی تجارت دارو را بررسی کند تا هر چه زودتر دسترسی موثر همگان به داروهای ضروری میسر شود.

۹- تمامی توافق نامه های بین سازمان های مالی بین المللی، شرکت های چند ملیتی، دولت ها و سازمان های بین الدولی باید به قوانین حقوق بشری مربوط احترام بگذارند. در ضمن که حق حاکمیت دولت ها و حق خودمختاری مردم را نقض نکنند.

۱۰- مسئولیت بین المللی نهادهای مالی بین المللی و شرکت های چند ملیتی باید با قواعد حقوق الزام آور تضمین شود.

## **مبحث دوم: تعهدات تابعان مختلف حقوق بین الملل در مورد حق بر سلامتی**

تحقق حق بر سلامتی برداشتن موانع متعددی را می طلبد. از آن جمله می توان به فقر، کمبود امکانات در حوزه سلامتی، خصوصی سازی بخش های عمومی، کمبود منابع مالی و ... اشاره کرد. با این وجود در سطح بین المللی و منطقه ای راه کارهای نظارتی متعددی وجود دارد. در این بخش در ابتدا به اختصار به تعهدات تابعان مختلف حقوق بین الملل در برابر تحقق حق بر سلامتی خواهیم پرداخت و سپس

راه کارهای نظارتی اشاره خواهیم کرد و در نهایت هم به اجرای نظام های سلامتی در کشورهای مختلف خواهیم پرداخت.

حق بر سلامتی خود مشخص می کند تا چه اندازه جدا نشدنی و مستقل از دیگر حقوق بشر است و لزوم فعالیت متمرکز و همه جانبه را از سوی جامعه بین المللی می طلبد. هر چند دولت ها بازیگران اصلی صحنه ی بین الملل هستند اما فعالیت های سازمان ها و نهاد های بین المللی به مانند فعالیت های بخش خصوصی نقش مهمی در تحقق حق سلامتی ایفا می کند.

### گفتار نخست: تعهد دولت ها

علی رغم این که در دو دهه اخیر از قدرت دولت به عنوان تابع اصلی حقوق بین الملل کاسته شده است، با این وجود دولت هم چنان بازیگر اصلی در تحقق حقوق بشر محسوب می شود. به مانند دیگر حقوق بشر، دولت ها در قبال حق بر سلامتی سه گونه تعهد دارند: تعهد به رعایت، تعهد به حمایت و تعهد به اجرای آن<sup>۱</sup>

تعهد به حمایت می طلبد که دولت ها سیاست ها و اقدامات تبعیض آمیز به خصوص در مواجهه با آسیب پذیران را در پیش نگیرند. به عنوان مثال نباید جمعیت را از ابزار امرار معاش خود محروم کرد و یا آن ها را از مسکن اختیاری بیرون کرد و یا آن ها را از دسترسی به مراقبت های بهداشتی محروم کرد. به طور خلاصه دولت ها باید از اقدام به هر کاری بپرهیزند که به سلامتی انسان آسیب می رساند.

<sup>۱</sup>- رجوع شود به تفسیر کلی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

تعهد به حمایت می طلبد که دولت ها شخص ثالث را از آسیب زدن به حق بر سلامتی منع کنند. دولت ها باید قانون گذاری های مناسب برای ضمانت بهره مندی همه از حق سلامتی تدوین کنند. به عنوان مثال دولت ها باید دسترسی همگان به مراقبت های بهداشتی و خدمات اجتماعی را تضمین کنند.

تعهد به اجرا به این معنی است که دولت ها "تامین حق سلامتی را بر عهده دارند. به عنوان مثال آن ها بایستی برنامه واکسیناسیون عمومی علیه بیماری های واگیردار، تضمین دسترسی همگان به عناصر اولیه سلامتی مانند تغذیه مناسب و تامین آب آشامیدنی سالم، پاک سازی محیط زیست، زندگی و مسکن و فراهم کردن یک زندگی مناسب از آن جمله است."<sup>۱</sup>

به عنوان مثال دولت ها بایستی "یک نظام بیمه سلامتی (عمومی، خصوصی و یا اختلاطی از آن دو) را قابل دسترسی را برای همگان ارائه دهند."<sup>۲</sup>

## الف - کمبود امکانات و همکاری های بین المللی

کمیته ی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر شماره ۱۴ خود به "شناسایی موانع ساختاری بر سر راه تحقق حق سلامتی و شناسایی دیگر موانعی که خارج از کنترل دولت است"، "وجه تمایزی بین نخواستن و نتوانستن برقرار کرده است." طبق نظر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اگر بحث بر سر امکانات است، دولت مورد نظر باید نشان دهد از تمام تلاش های لازم برای بهره برداری از امکانات در دسترسش فرو گذاری نکرده است. این کمیته سپس عنوان می کند که وظیفه ی دولت هاست که شرایط همکاری های بین المللی را فراهم کنند به خصوص در حوزه اقتصادی و تکنیکی این مسئله بیشتر صدق می کند. و در این راه لازم است کشورهای در حال توسعه تعهدات بنیادین خود را ایفا کنند.

<sup>۱</sup> -Cf. § 36 de l'Observation générale n° 14 du CODESC.

<sup>۲</sup> -§ 36 de l'Observation générale n° 14 du CODESC.



## ب: عمل جمعی دولت ها به منظور تحقق حق بر سلامتی و ممنوع کردن تحریم ها

کمیته ی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر شماره ۱۴ خود کشورهای عضو این میثاق را مورد خطاب قرار می دهد و از آن ها می خواهد به "اعمال حق سلامتی در دیگر کشورها احترام بگذارند و هر عامل سومی را از دخالت در این کشورها باز دارند". افزون بر آن، کمیته از این دولت ها می خواهد "دسترسی به مراقبت های بهداشتی را در حد امکان تسهیل کنند و کمک های لازم را به آن ها ارائه دهند" و هم چنین می خواهد در هر شرایطی از تحمیل تحریم و یا هر گونه محدودیتی در مورد تهیه امکانات دارویی و بهداشتی خودداری کنند. تهیه کنندگان این گونه مواد هرگز نباید دستاویزی برای تحمیل فشارهای اقتصادی و سیاسی قرار گیرد.

## ج- کوتاهی دولت ها در ایفای تعهدات خود

کمیته ی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر شماره ۱۴ خود عناصر زیر را در صورتی که انجام گیرد، کوتاهی دولت ها در ایفای تعهدات آن ها می داند:

- امتناع از دسترسی به امکانات بهداشتی و دیگر امکانات و خدمات مرتبط با سلامتی که در نتیجه باعث می شود فرد یا گروهی قربانی نوعی تبعیض عملی و یا حقوقی قرار گیرد
- این حقیقت که دولت ها بر اساس تعهدات حقوقی خود طبق معاهدات دوجانبه، چند جانبه با دیگر کشورها و یا سازمان های بین المللی عمل نکنند
- دولت فعالیت افراد خاص، گروه های اجتماعی را قاعده مند نکرده است تا از ضرر و زیان به حق بر سلامتی دیگران ممانعت کند.

- دولت مصرف کنندگان و کارگران را در برابر رویه های زیان بار برای سلامتی حمایت نکرده است. به

عنوان مثال در برابر کارفرمایان و یا تولیدکننده گان مواد دارویی و غذایی

- دولت از زنان در برابر خشونت های هدایت شده علیه آن ها حمایت نکرده است و یا مانع خشونت

دیگران نشده است.

- دولت برای حق سلامتی بودجه خاصی را اختصاص نداده است و یا منابع عمومی را به گونه ای

سازماندهی کرده است که اعمال حق سلامتی برای افراد و گروه های خاص غیر ممکن شده است.

## گفتار دوم : سازمان ها و نهاد های بین المللی

سازمان ها و نهاد های مختلفی در سطح بین المللی و منطقه ای وجود دارند که هدف و وظیفه ی

اصلی آن ارتقاء سلامت مردم جهان می باشد. یکی از مهم ترین این نهادها سازمان جهانی بهداشت می

باشد که ما در این جا به اختصار به آن اشاره می کنیم.

سازمان جهانی بهداشت<sup>1</sup> که به اختصار WHO خوانده می شود یکی از آژانس های سازمان ملل متحد

است که مهم ترین هدف آن هماهنگی و ارتقاء وضعیت بهداشت عمومی در سطح جهان است.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۵ با تصویب مجمع عمومی سازمان ملل متحد تشکیل یافته

و در سال ۱۹۴۶ اساسنامه خود را تصویب کرد و از ۷ آوریل ۱۹۴۸ به اجرا گذاشته شد.

سازمان بهداشت جهانی مسئولیت هدایت و هماهنگی ارتقاء سلامت مردم جهان را در چارچوب

---

<sup>1</sup> - world health organization

سازمان ملل متحد به عهده دارد. کارشناسان این سازمان استانداردهای سلامت را تدوین کرده و کشورها را در برخورد با مشکلات خود یاری می‌رسانند

این سازمان که طبق اساسنامه خود در حوزه ی بهداشت و سلامتی فعالیت می کند، جایگاه منحصر به فردی را در میان دیگر سازمان ها و نهاد ها در حوزه ی حق سلامتی به خود اختصاص داده است و نقش انکار ناپذیری در تحقق و ترویج حق سلامتی برای همه ایفا می کند.

این سازمان که پس از جنگ جهانی دوم تاسیس شده است، هدفش حفظ و ارتقای سلامتی عمومی در سطح جهان با استفاده از همکاری های بین المللی است. همکاری های بین المللی با شروع سریع و گسترده بیماری های واگیردار مانند وبا، طاعون، تب زرد افزایش یافت که وابسته به روابط بین المللی و مبادلات اقتصادی بود<sup>۱</sup>. هم چنین این همکاری بر این اساس توجیه می شد که به مانند دیگر سازمان های تخصصی در سازمان ملل متحد، لزوم تاسیس چنین سازمانی بر مبنای نفع همگانی بدیهی قلمداد می شد. همکاری های مورد نظر به تغییر صلح آمیز روابط بین المللی و حفظ صلح می انجامید.<sup>۲</sup>

طبق اساس نامه WHO، هدف اصلی این سازمان "دستیابی عموم مردم به بهداشت و سلامت در بالاترین سطح ممکن"<sup>۳</sup> است.

اساسنامه سازمان جهانی بهداشت هم چنین در مقدمه خود عنوان می کند که "سلامتی تمام مردم جهان یک پیش شرط اساسی برای حفظ صلح و امنیت بین المللی می باشد."<sup>۴</sup>

<sup>1</sup> -Cf. « L'Organisation mondiale de la santé », édition Que sais-je ?, avril 1997.

<sup>2</sup> -Cf. « L'Organisation mondiale de la santé », édition Que sais-je ?, avril 1997.

<sup>2</sup>- ماده 1 اساسنامه سازمان جهانی بهداشت.

<sup>3</sup>- مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت.

امروزه تمامی کشورهای عضو سازمان ملل متحد در سازمان جهانی بهداشت هم عضویت دارند که خود برگ برنده ای برای همکاری ها و هماهنگی سازی های بین المللی محسوب می شود. این سازمان بیش از هشت هزار متخصص بهداشت عمومی در سطح جهان دارد. این متخصصان قواعد بهداشتی و سلامتی را پایه گذاری می کنند و به کشورها کمک می کنند تا با مشکلات بهداشت عمومی روبرو شوند.<sup>۱</sup> علاوه بر آن سازمان جهانی بهداشت از تحقیقات مربوط به سلامتی حمایت و آن را تشویق می کند. به واسطه میانجیگری این سازمان دولت ها می توانند به طور دسته جمعی مشکلات مربوط به سلامتی در جهان توجه کنند و برای سلامتی مردم سراسر زمین تلاش کنند<sup>۲</sup> سازمان جهانی بهداشت از زمان تاسیس خود فعالیت های زیادی انجام داده است. از جمله این فعالیت ها می توان به ریشه کن سازی آبله در سال ۱۹۹۷ و هم چنین تصویب کنوانسیون مبارزه علیه استعمال دخانیات در سال ۲۰۰۳ اشاره کرد.

یقیناً نقش مهم سازمان جهانی بهداشت غیر قابل انکار است اما باید در نظر داشت که امروزه در سازمان جهانی بهداشت عمیقاً ایدئولوژی نئولیبرال ریشه دوانده است.<sup>۳</sup>

از دیگر سازمان های بین المللی فعال در حوزه حق سلامتی می توان به یونیسف برای سلامتی کودکان نام برد. برنامه های این نهاد در راستای کمک به جوامع در حال توسعه برای پیشرفت سلامت و رفاه کودکان است. در حال حاضر یونیسف ۵ اولویت اساسی را دنبال می کند: بقاء و رشد کودکان، آموزش و تحصیلات پایه و برابری جنسی (شامل تحصیل برای دختران)، حفاظت از کودکان در برابر خشونت، سوء استفاده و تجاوز، HIV / ایدز و سیاست حمایت از مشارکت در حقوق کودکان. حوزه های عملکرد یونیسف شامل رشد در دوران کودکی، تحول و مشارکت در دوران جوانی و مهارت های زندگی بر اساس

<sup>1</sup> -Cf. Présentation de l'OMS : *Ouvrir pour la santé*, Genève, 2006.

<sup>2</sup> -Idem. P 35

<sup>3</sup> -Cf. Article d'Alison Katz, dans *ONU : droits pour tous ou loi du plus fort ?*, édition CETIM, janvier 2005.

آموزش و تحصیل می‌باشد. از جمله برنامه های شاخص یونیسف در مورد سلامتی کودکان می توان به مصون سازی مثبت و مبارزه با ایدز اشاره کرد که در زیر به طور خلاصه به آن پرداخته می شود. مصون سازی روش مستقیمی است که برای ارتقا سلامت بچه‌ها در ۲۰ سال اخیر در سراسر دنیا به کار گرفته شده است اما هر سال بیش از ۲ میلیون کودک در اثر بیماری هایی که با واکنش ارزان قیمتی قابل پیشگیری هستند جان خود را از دست می دهند. مقصود از مثبت در این روش مصون سازی مضاعفی است که می توان با واکسیناسیون همراه کرد. از آموزش مصرف مکمل های غذایی گرفته تا روشهای مبارزه با حشرات خطرناک که جملگی از روشهای تاثیرگذار برای حفظ سلامت کودکان هستند.<sup>۱</sup>

ایدز نیز به شدت سلامتی کودکان را در معرض خطر قرار داده است. به طوری که پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۱۰ فقط در نواحی صحرای آفریقا بیش از ۱۰ میلیون کودک در اثر ایدز والدین خود را از دست بدهند. نیمی از مردم آلوده به این عفونت های جدید مردم زیر ۲۵ سال هستند و البته دختران بیش از پسران در معرض خطر قرار دارند. تلاش برای حمایت از کودکان بی سرپرست سپردن بچه ها به دیگران و ارائه خدمات به جوانان حساس و پشتیبانی از محیط های خانوادگی اجتماعی و قانونی از جمله تلاش های یونیسف هستند. این نهاد برنامه های چندی راهم برای کنترل رفتارهای جنسی کودکان به صورت اینترنتی و غیراینترنتی در دست اجرا دارد.<sup>۲</sup>

از دیگر نهادهای مرتبط می توان به کمیساریای عالی سازمان ملل متحد برای پناهندگان، سازمان صلیب سرخ و هلال احمر و کمیته ی بین المللی صلیب سرخ نام برد که نقشی انکار نشدنی در حوزه حق سلامتی ایفا می کنند و بر اساس مفاد اساسنامه خود به اشخاص آسیب دیده، پناهندگان و یا اشخاص در معرض مخاصمه مسلحانه و یا آسیب دیده از بلایای طبیعی کمک می کند. هر چند این سازمان ها نیز گاهی

<sup>۱</sup> -<http://www.unicef.org/about/index.html>

<sup>۲</sup> -[www.unicef.org/aids](http://www.unicef.org/aids)

به واسطه کمبود منابع و امکانات و بعضاً ملاحظات سیاسی در انجام کار خود با مشکل مواجه می شوند. شایان ذکر است که صنعت داروسازی از سال ۱۹۸۰ بر سازمان جهانی بهداشت نفوذ داشته است و هم چنین یونیسف با جدیت به همکاری با شرکت های چند ملیتی بزرگ همانند مک دونالد و کوکاکولا پرداخته است<sup>۱</sup> و در نتیجه اعتبار جهانی خود را به خطر انداخته است. همان گونه که در سال های اخیر اکثر مکانیسم های سازمان ملل متحد از همکاری با شرکت های چند ملیتی روی گردان نبوده اند.<sup>۲</sup>

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر شماره ۱۴ در مورد سازمان های بین المللی مالی مانند بانک جهانی و صندوق بین المللی پول این گونه اعلام می کند "دولت های عضو میثاق که عضو نهادهای مالی بین المللی هستند، به طور خاص اعضای صندوق بین المللی پول، بانک جهانی و بانک های منطقه ای توسعه باید توجه بیشتری به حق سلامتی داشته باشند و سیاست های خود را در این جهت تنظیم کنند و در تنظیم توافق ها، معاهدات و هماهنگی های بین المللی این مهم را از نظر دور نسازند."

### گفتار سوم: بخش خصوصی

به نظر می رسد بخش خصوصی که بر اساس سود و بازار بدهی سازماندهی شده است، اینک به طور نامیمونی بر روی تحولات سیاست عمومی تاثیر می گذارد. در این مورد کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر خود از دولت ها می خواهد "توجه داشته باشند که خصوصی سازی بخش های مربوط به سلامتی، موجود بودن، در دسترس بودن، قابل قبول بودن و کیفیت تجهیزات، تولیدات و خدمات بهداشتی را تحت شائبه قرار ندهد. دولت ها باید بر تجارت مواد دارویی توسط شخص ثالث

<sup>1</sup> - Cf. *Les obstacles à la santé pour tous*, Editions Centre Tricontinental et Syllepse, août 2004.

<sup>2</sup> - Voir notre brochure *Sociétés transnationales et droits humains*, novembre 2005.

نظارت داشته باشند و مراقب باشند تولید کننده گان تجهیزات سلامتی و دارویی و دیگر مشاغل مربوط به سلامتی از تعهد، استعداد و دانش لازم برخوردار باشند و بر اساس قواعد استاندارد رفتار کنند<sup>۱</sup>

## گفتار چهارم : جامعه مدنی

وضعیت غم انگیز شرایط سلامتی و موانع متعدد بر سر راه مراقبت های بهداشتی در بسیاری از کشورها جامعه مدنی را بر آن می دارد که خود را در مبارزه اغلب با دولت داخلی و بعضا در مواجهه با بخش خصوصی خود را سازماندهی کنند.

به نظر می رسد که بسیج جامعه مدنی برای رسیدن به این مهم ضروری می باشد. به عنوان مثال جامعه مدنی در کشور السالوادر برای سد کردن فرآیند خصوصی سازی بخش سلامتی که از جانب بانک جهانی دیکته شده بود، اعتصابی نه ماهه را از اکتبر ۲۰۰۲ تا ژوئن ۲۰۰۳ در میان کارکنان بخش سلامتی سازماندهی کرد.<sup>۲</sup>

با این وجود این پیروزی قطعی نیست و هوشیاری کامل جامعه مدنی السالوادر و هم چنین جنبش های مدنی دیگر کشورها را می طلبد چرا که بانک جهانی بر دیدگاه های خود پافشاری می کند.

هم چنین به دنبال بسیج عمومی جامعه مدنی در سطح ملی و بین المللی بود که ۳۹ شرکت چند ملیتی شکایت خود را پس گرفتند. آن ها در ۵ مارس ۲۰۰۱ این شکایت را در پرتوریا علیه قانون آفریقای جنوبی در سال ۱۹۹۷ اقامه کردند که واردات محصولات دارویی عام تاثیر می گذاشت و هم چنین بر نظارت قیمت داروها در مبارزه با ایدز موثر بود.

۲۱- تفسیر شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

<sup>2</sup> -Cf. [http://www.agirici.org/HTML/PRESSE/ESPACE\\_DPRESSE\\_FICHE.php?IdCampagne=50&numero\\_fiche=3](http://www.agirici.org/HTML/PRESSE/ESPACE_DPRESSE_FICHE.php?IdCampagne=50&numero_fiche=3)

در اروگوئه به دنبال خصوصی سازی افراطی در بخش آب، جامعه مدنی موفق شد با تحمیل همه پرسی و به دست آوردن رای ۶۵ درصدی در قانون اساسی خود این اصل را بگنجانند که "دسترسی به آب سالم یک حق بنیادین محسوب می شود و شخص ثالث نمی تواند تحقق آن را تضمین کند".<sup>۱</sup>

در سطح بین المللی بخش های مختلفی هستند که در راه سلامتی و بهداشت جمعیت تلاش می کنند اما به نظر می رسد سازمانی که از بیشترین اقبال مردمی برخوردار بوده است، جنبش مردمی برای سلامتی بوده است. "با وجود این حقیقت که نابرابری، فقر، استعمار، خشونت و بی عدالتی پایه بیماری هستند و اولین عمل در مرگ فقیران و افراد حاشیه نشین محسوب می شوند"<sup>۲</sup>، "این سازمان در پایان سال ۲۰۰۵ یک جنبشی برای حق حمایت های بهداشتی راه اندازی کرد که در آن از نگاه ابزاری و کالایی به سلامتی انتقاد می شد و بر نقش بی بدیل دولت در نظام سلامت عمومی تاکید می کرد."<sup>۳</sup>

## مبحث سوم: راه کارهای نظارتی

مانند دیگر انواع حقوق بشر راه کارهای نظارتی خاصی برای کنترل و نظارت بر تحقق حق بر سلامتی وجود دارد. بعضی اوقات این مکانیسم ها محدود و کمتر به آن ها مراجعه می شود. با این وجود کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر شماره ۱۴ خود اعلام می کند: "تمام اشخاص یا گروه های قربانی بایستی امکان دسترسی موثر به دستگاه های قضایی در سطح داخلی و بین المللی داشته باشند.

<sup>1</sup> -Cf. *Bulletin d'information du CETIM N° 22*, <http://www.cetim.ch/fr/documents/bul22fra.pdf>

<sup>2</sup> -Cf. *Préambule de la Charte du PHM*, adoptée à Savar (Bangladesh) en décembre 2000.

<sup>3</sup> -Cf. Article de C. Schuftan et A. Shukla, à paraître dans le prochain livre du CETIM sur les déterminants politiques et économiques de la santé.



از تمامی قربانیان تعرض به حق سلامتی الزاما بایستی به طرق مناسب از جمله برگرداندن به وضع پیشین، پرداخت غرامت، جلب رضایت زیان دیده و یا تضمین عدم تکرار دل جوئی شود.<sup>۱</sup>

## گفتار نخست: راه کارهای نظارتی در سطح منطقه ای

الف: کمیته اروپایی حقوق اجتماعی

شکایت های جمعی می تواند در نزد کمیته حقوق اجتماعی مطرح شود.<sup>۲</sup> این شکایت های جمعی می تواند مربوط به حق سلامتی ماده ۱۱ منشور اجتماعی اروپایی، تامین اجتماعی ماده ۱۲، همکاری های اجتماعی دارویی ماده ۱۳ و هم چنین خدمات اجتماعی ماده ۱۴ است.

از زمان لازم الاجرا شدن نظام شکایت های اجتماعی تعداد ۳۲ شکایت در کمیته مطرح شده است.<sup>۳</sup> شمار زیادی از این شکایت ها مربوط به شرایط بهداشتی محیط کار، بازتاب های فعالیت های صنعتی بر روی سلامتی<sup>۴</sup>، حمایت اجتماعی، قضایی و اقتصادی کودکان و نوجوانان<sup>۵</sup> بوده است.

<sup>۱</sup> - Cf. § 59 de l'Observation générale n° 14 du CODESC.

<sup>۲</sup> - Chargé du respect de la Charte sociale européenne adoptée en 1961 et révisée en 1996.

<sup>۳</sup> - Selon la liste établie par le Comité au 25 avril 2006. cf.

[http://www.coe.int/t/f/droits\\_de\\_l%27homme/cse/4\\_r%27E9clamations\\_collectives/liste\\_des\\_r%27E9clamations/default.asp#P97\\_10508](http://www.coe.int/t/f/droits_de_l%27homme/cse/4_r%27E9clamations_collectives/liste_des_r%27E9clamations/default.asp#P97_10508)

<sup>۴</sup> - Voir entre autres les cas n° 22/2003 Confédération générale du travail (CGT) c. France et n°30/2005 Fondation Marangopoulos pour les Droits de l'Homme (FMDH) c. Grèce :

[http://www.coe.int/t/f/droits\\_de\\_l%27homme/cse/4\\_r%27E9clamations\\_collectives/liste\\_des\\_r%27E9clamations/default.asp#P47\\_3588](http://www.coe.int/t/f/droits_de_l%27homme/cse/4_r%27E9clamations_collectives/liste_des_r%27E9clamations/default.asp#P47_3588)

[http://www.coe.int/t/f/droits\\_de\\_l%27homme/cse/4\\_r%27E9clamations\\_collectives/liste\\_des\\_r%27E9clamations/default.asp#P97\\_10508](http://www.coe.int/t/f/droits_de_l%27homme/cse/4_r%27E9clamations_collectives/liste_des_r%27E9clamations/default.asp#P97_10508)

<sup>۵</sup> - Voir entre autres les cas n° 19/2003 Organisation mondiale contre la torture (OMCT) c. Italie et n° 18/2003 Organisation mondiale contre la torture (OMCT) c. Irlande,

[http://www.coe.int/t/f/droits\\_de\\_l%27homme/cse/4\\_r%27E9clamations\\_collectives/liste\\_des\\_r%27E9clamations/default.asp#P97\\_10508](http://www.coe.int/t/f/droits_de_l%27homme/cse/4_r%27E9clamations_collectives/liste_des_r%27E9clamations/default.asp#P97_10508)

## ب : کمیسیون بین آمریکایی حقوق بشر

این کمیسیون که مسئول نظارت بر اجرای کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر است (مانند دیوان بین آمریکایی حقوق بشر) بر خلاف نهاد مسئول حقوق مدنی و سیاسی حق دریافت شکایت های مربوط به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را ندارد.

اما کشورهای عضو پروتکل السالواد<sup>۱</sup> مربوط به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که حق بر سلامتی (ماده ۱۰) در آن آمده است، بایستی به طور ادواری به مجمع عمومی سازمان کشورهای آمریکایی در مورد نحوه اجرای مواد پروتکل گزارش دهند. (ماده ۱۹، پاراگراف ۱)

## ج : کمیسیون آفریقایی حقوق بشر و مردمان

علاوه بر گزارش های دوره ای که دولت های عضو منشور آفریقایی حقوق بشری باید به نهاد های مسئول ارائه دهند، کمیسیون آفریقایی حقوق بشر و خلق ها طبق ماده ۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر و مردمان و ماده ۱۳ و ۱۴ منشور آفریقایی حقوق بشر و رفاه کودکان می تواند شکایت های فردی و جمعی را در مورد حق بر سلامتی دریافت کند.

بر اساس پروتکل مربوط به منشور آفریقایی حقوق بشر و مردمان که تاسیس دیوان آفریقایی حقوق بشر را اعلام می کند، این دیوان نیز صلاحیت رسیدگی به این شکایات را دارا می باشد. این پروتکل در ژانویه ۲۰۰۴ لازم الاجرا شده است.

<sup>۱</sup> - Adopté en 1988 et entrée en vigueur en 1999.

## گفتار دوم: راه کارهای نظارتی در سطح بین المللی

کمیته هایی که در زیر معرفی می شوند، به استثنای کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نهاد هایی هستند که به موجب کنوانسیون های بین المللی مربوط تاسیس و توسط کشورهای مختلف تصویب شده است. این نهاد ها از تعداد اعضای مستقل و متغیری بین ۱۰ تا ۲۳ تشکیل شده اند که توسط دولت های عضو کنوانسیون برای یک دوره معین انتخاب می شوند.<sup>۱</sup>

### الف: کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

کمیته ی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نهاد سازمان ملل متحد ناظر بر اعمال میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است.<sup>۲</sup> کشورهای عضو میثاق موظفند گزارش های دوره ای در مورد اجرای مواد میثاق در کشورشان را به این کمیته ارائه دهند. بر عکس کمیته حقوق بشر امکان شکایت به این کمیته در صورت نقض مواد میثاق و از جمله حق بر سلامتی وجود ندارد چرا که هنوز پروتکلی در این باره به تصویب نرسیده است.

<sup>۱</sup> - Pour plus d'information, prière de se référer au site du Haut-Commissariat aux droits de l'homme, <http://www.ohchr.org/french/bodies/>

<sup>۲</sup> - Adopté en 1966 et entrée en vigueur en 1976.

ب : کمیته ی رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی

کمیته ی رفع تبعیض نژادی یکی از نهاد های سازمان ملل است که وظیفه ی اصلی آن نظارت بر اعمال کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی<sup>۱</sup> توسط دولت های عضو این کنوانسیون است. علاوه بر گزارش های دوره ای که کشورهای عضو بایستی در مواقع تعیین شده ارائه دهند، این کمیته طبق ماده ۱۴ کنوانسیون صلاحیت دریافت شکایت های فردی و جمعی را دارد. به عنوان مثال در صورت تبعیض در رعایت حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ذکر شده در ماده ۵ کنوانسیون "حق بر سلامتی، مراقبت های دارویی، تامین اجتماعی و خدمات اجتماعی" می تواند به کمیته اشاره کرد.

ج : کمیته رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان

این کمیته نهاد سازمان ملل متحد است که مسئول نظارت بر اعمال کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان می باشد.<sup>۲</sup> کمیته رفع اشکال تبعیض علیه زنان گزارش های دوره ای دولت های عضو را مورد بررسی قرار می دهد و می تواند از زمان لازم الاجرا شدن پروتکل اختیاری در سال ۲۰۰۰ شکایت های فردی و جمعی در مورد نقض مواد کنوانسیون و از جمله نقض ماده ۱۲ کنوانسیون را در مورد حق بر سلامتی دریافت می کند.

<sup>۱</sup> - Adoptée en 1965 et entrée en vigueur en 1969.

<sup>۲</sup> - Adoptée en 1979 et entrée en vigueur en 1981

## د : کمیته ی حقوق کودک

کمیته ی حقوق کودک یکی از نهاد های سازمان ملل متحد است که وظیفه ی آن نظارت بر اعمال کنوانسیون مربوط به حقوق کودک<sup>۱</sup> توسط دولت های تصویب کننده کنوانسیون می باشد. حق بر سلامتی ماده ۲۴ کنوانسیون است. این کمیته هم چنین بر اجرای دو پروتکل اختیاری کنوانسیون شامل پروتکل مربوط به درگیری کودکان در منازعات مسلحانه و دیگری پروتکل مربوط به فروش کودکان، روسپیگری کودکان و فحشا صحنه های مربوط به کودکان نظارت دارد. کمیته ی حقوق کودک گزارش های دوره ای کشورهای عضو در مورد نحوه ی اعمال مواد کنوانسیون در کشور خود را بررسی می کند و همچنین گزارش های کامل کشورهایی که به دو پروتکل پیوسته اند را نیز مورد مطالعه قرار می دهد.

## ح : کمیته کارگران مهاجر

کمیته کارگران مهاجر نهاد سازمان ملل متحد است که وظیفه ی آن نظارت بر اعمال کنوانسیون بین المللی حمایت از کارگران مهاجر و اعضای خانواده آن هاست که در سال ۲۰۰۲ لازم الاجرا شد.<sup>۲</sup> تمامی دولت های تصویب کننده موظفند به طور دوره ای پیشرفت های خود در مورد مواد کنوانسیون را به این کمیته گزارش دهد. کمیته هر گزارش را با دقت بررسی می کند و نگرانی ها و توصیه های خود را با عنوان "مشاهدات نهایی" بیان می کند. کمیته کارگران مهاجر هم چنین می تواند شکایت های دولت های عضو علیه یکدیگر (ماده ۷۶) و شکایت های فردی (ماده ۷۷) انحصاراً از سوی اتباع یکی از کشورهای متهم به

<sup>۱</sup> - Adoptée en 1989 et entrée en vigueur en 1991.

<sup>۲</sup> - Adoptée en 1999.

نقض مواد ذکر شده در کنوانسیون را دریافت کند، به محض این که ۱۰ کشور عضو کنوانسیون صلاحیت کمیته را در این زمینه به رسمیت بشناسند.<sup>۱</sup>

علاوه بر آن کمیته ی حقوق بشر که به حقوق مدنی و سیاسی می پردازد و کمیته ی لغو شکنجه نیز می تواند به نقض بعضی از جنبه های حق بر سلامتی رسیدگی کنند. از آن جمله می توان به حق حیات و یا تعهد به قرار ندادن افراد در معرض شکنجه، رفتار تحقیر آمیز و موهن اشاره کرد.

گزارشگر ویژه کمیسیون حقوق بشر در مورد حق بر سلامتی کمیسیون حقوق بشر در سال ۲۰۰۲ آقای پل هانت را به عنوان گزارش گر ویژه ی کمیسیون در مورد حق بر سلامتی انتخاب کرد. در اساسنامه آمده است آقای هانت "تحقق هر شخص به بهترین وضعیت سلامتی جسمی و روانی قابل دسترس در سطح جهان را بررسی می کند... و هم چنین تحول قانون گذاری ها، سیاست ها و رویه های عملی مربوط به تحقق این حق را مورد توجه قرار می دهد. آقای هانت وظیفه دارد موانعی را که بر سر راه عملی شدن این حق در سطح بین المللی و داخلی وجود دارد را مورد بررسی قرار دهد و اقدامات مناسب برای حمایت از این حق را انجام دهد"<sup>۲</sup>

مانند دیگر گزارش گران کمیسیون و شورای حقوق بشر، آقای هانت نیز هر ساله گزارش خود را در مورد حق بر سلامتی، پیشرفت، موانع، راه کارها و... ارائه می دهد و هم چنین برای بررسی حق بر سلامتی در کشورهای مختلف به ماموریت می رود.

قابل ذکر است که تمامی اساسنامه های کمیسیون حقوق بشر پس از حذف این نهاد در مارس ۲۰۰۶ به شورای حقوق بشر تازه تاسیس منتقل شده است.

<sup>1</sup> - Cf. <http://www.ohchr.org/french/bodies/cmw/index.htm>

<sup>2</sup> -cf. § 5 de la résolution E/CN.4/RES/2002/31.

## مبحث چهارم: بررسی تطبیقی حق بر سلامتی در چند کشور

در این مبحث با نگاهی مختصر به نظام سلامتی در چند کشور به بررسی حق بر سلامتی در سطح ملی خواهیم پرداخت.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی حداقل تعهدات بنیادین دولت های عضو در تحقق حق بر سلامتی را این گونه عنوان می کند<sup>1</sup>:

الف: تضمین حق دسترسی همگان به امکانات، تجهیزات و خدمات بهداشتی بدون هیچ گونه تبعیضی به خصوص نسبت به گروه هایی که آسیب پذیر تر هستند.

ب: تضمین دسترسی همگان به حداقل مواد غذایی که از لحاظ تغذیه شناسی کافی بوده و فرد را در برابر گرسنگی ایمن می کند.

ج: تضمین دسترسی به مسکن مناسب

د: فراهم کردن داروهای لازم، آن گونه که در چهارچوب عمل سازمان جهانی بهداشت برای داروهای لازم پیش بینی شده است.

ج: تضمین توزیع و تقسیم تجهیزات، تولیدات و خدمات بهداشتی

ح: تصویب و اجرای یک راهبرد ملی و برنامه عمل در حوزه سلامت عمومی که بر داده های ملی مربوط به پیش گیری بیماری ها استوار باشد و به نیازهای همه مردم در مورد سلامت ملی پاسخ گو باشد؛ این راهبرد و برنامه عمل باید به طور دوره ای در چارچوب یک فرآیند مشارکتی و شفاف مورد آزمایش قرار گیرد.

<sup>1</sup> - تفسیر شماره 14 کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

سلامت یک روند چند محوری است، از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارند و حاصل مشارکت تمام دستگاههای اجرایی یک جامعه است و از طرف دیگر، مقوله سلامت تأثیر قابل توجهی بر دیگر بخشهای جامعه دارد. به همین علت در برنامه‌های توسعه هزاره سوم سازمان ملل متحد نیز مقوله سلامت، به عنوان یکی از شاخص‌های اصلی توسعه‌یافتگی جوامع شمرده می‌شود. سازمان بهداشت جهانی نیز در سال ۲۰۰۷ به منظور جلب توجه جهانی به موضوع امنیت بین‌المللی سلامت، جلب نظر سطوح بالای سیاسی و ضرورت سرمایه‌گذاری و توجه بیشتر مردم و دولتها، شعار «سرمایه‌گذاری در سلامت» را مطرح نمود. در تمام کشورهای دنیا هزینه‌های سلامت را دولتها، بیمه‌ها و مردم پرداخت می‌کنند و سهم هر بخش متفاوت است. نظام سلامتی بسته به نظام سیاسی و ایدئولوژی قدرت از کشوری به کشور دیگر تفاوت می‌کند. در این جا به نظام سلامتی چند کشور مختلف اشاره می‌کنیم.



## الف - ایالات متحده آمریکا

طبق مطالعات انستیتو سلامت عمومی، آمریکا سالانه بخش مهمی از بودجه خود را به بخش سلامت اختصاص می دهد (در حدود پانزده درصد در سال ۲۰۰۲). آمریکا از این حیث در سطح جهان رکورددار است.<sup>۱</sup>

در آمریکا بیمه به صورت عمومی یا خصوصی است. در حدود شصت و هشت درصد جمعیت بالای شصت و پنج سال در سال ۲۰۰۵ از بیمه ی خصوصی استفاده می کردند.<sup>۲</sup> اکثر افرادی که از بیمه خصوصی استفاده می کنند، توسط کارفرمایان یا اعضای خانواده خود بیمه شده اند. در این صورت (طبق قرارداد میان کارفرما و کارمند) بخشی از هزینه بیمه بر عهده کارفرما و بخشی دیگر بر عهده کارمند می باشد. وقتی کارمند شغل خود را از دست می دهد بیمه او نیز قطع می شود. قابل یادآوری است که همه کارفرمایان هم اقدام به بیمه کارمندان خود نمی کنند. در این صورت، امکان دارد قرارداد بیمه انفرادی بسته شود که بسیار گران می باشد.

همچنین برنامه های فدرال وجود دارد که طبق مطالعات انجام شده در سال ۲۰۰۵ بالغ بر هفده درصد جمعیت بالای شصت و پنج سال آمریکا از آن استفاده می کنند.<sup>۳</sup> دو برنامه اصلی Medicare و Medicaid است. بیمه اول متعلق به افراد مسن (عموما بالای شصت و پنج سال) و بعضی از معلولان است و هزینه های بستری شدن در بیمارستان، ویزیت و تا حدودی داروهای بیمار را پوشش می دهد.<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> - Health, United States 2005. With Chartbook of Trends in the Health of Americans, National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland, 2005.

<sup>۲</sup> - Cohen, R. et Martinez, M., Health Insurance Coverage: Estimates from the National Health Interview Survey, January-September 2005, <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>

<sup>۳</sup> - Idem

<sup>۴</sup> - قابل یادآوری است دارو در آمریکا بسیار گران است. آمریکا معمولا برای تعادل بازار داروی خود از کانادا دارو وارد می کرد که در زمان دولت بوش این عمل غیر قانونی اعلام شد.

بیمه دوم مخصوص افرادی است که درآمد سالانه کمی دارند.<sup>۱</sup> این بیمه در هر ایالتی متفاوت است و مقامات نحوه ی استفاده از آن را طبق معیارهای متفاوتی مشخص می کنند. این معیارها می تواند شامل، سن، بارداری، معلولیت، درآمد و منابع دیگر می باشد.

علی رغم این امکانات بیمه، بخش کثیری از جمعیت ایالت متحده از بیمه بی بهره هستند. طبق مطالعات انجام شده<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۵ در حدود هجده درصد افراد بین هیجده تا شصت و چهار سال و هشت درصد افراد زیر هجده سال از خدمات بیمه بی بهره بودند. این عدد برای اشخاص مسن در حدود یک درصد می باشد. به طور کلی در میان سال های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۵ در حدود چهارده تا پانزده درصد مردم فاقد بیمه بودند که در حدود چهل و پنج میلیون نفر را تشکیل می دهند.

با نگاه کردن به این ارقام می توان شکاف های مختلف جامعه را نیز بررسی کرد: درصد افرادی که دارای اصلیت اسپانیایی هستند و فاقد بیمه می باشند در حدود سی درصد است، در حالی که این درصد برای سیاه پوستان هفده درصد و برای سفید پوستان ده درصد می باشد.<sup>۳</sup>

این نظام در سال های اخیر به شدت مورد انتقاد قرار گرفته است. طبق واشنگتن پست/ ای ب سی نیوز<sup>۴</sup> دو سوم آمریکایی یک نظام بیمه واحد را ترجیح می دهند به جای نظام کنونی که بر پایه داشتن شغل است. درصد عظیمی از جمعیت آمریکا از هزینه های نظام سلامتی ناراحت هستند. گفته می شود در حدود بیست و پنج درصد آمریکایی ها از درمان تجویز شده به واسطه هزینه ی بالای داروها سر باز می زنند. این رقم برای افراد بدون بیمه در حدود چهل و نه درصد است.

<sup>1</sup> - *Checkup on Health Insurance Choices*. AHCPR Publication No. 93-0018, December 1992. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD, <http://www.ahrq.gov/consumer/insuranc.htm>

<sup>2</sup> - Cohen, R. et Martinez, M., *Health Insurance Coverage: Estimates from the National Health Interview Survey*, January-September 2005, <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>

<sup>3</sup> -Idem

<sup>4</sup> - Langer, G., *Health Care Pains. Growing Health Care Concerns Fuel Cautious Support for Change*, ABCNEWS, 9 April 2006, [www.abcnews.go.com](http://www.abcnews.go.com)

در گزارش با عنوان "نظام سلامتی در آمریکا: بهترین نظام در دنیا" یا فقط گران ترین<sup>۱</sup> گفته شده است که این نظام گران ترین نظام در دنیا است. در این گزارش آمده است که "آمریکا تنها کشور توسعه یافته است بجز آفریقای جنوبی که خدمات بهداشتی برای تمام شهروندان خود ارائه نمی دهد."

## ب- کوبا<sup>۲</sup>

قانون اساسی کوبا بر برابری همه شهروندان کوبایی تاکید می کند و حقوق و تکالیف آن ها در جامعه را برابر می داند. یکی از این حقوق حق دسترسی به خدمات بهداشتی سلامتی است (اصل ۴۳) که به طور مشخص در اصل پنجاهم قانون اساسی کوبا این گونه تعریف می شود

"همه مردم حق استفاده از خدمات بهداشتی/ سلامتی و حفاظت از سلامتی خود را دارند. دولت از این حق حمایت می کند با: تضمین رایگان بودن هزینه های دارویی و بیمارستانی در مراکز درمانی روستایی، درمان گاه ها، بیمارستان ها، مراکز پیش گیری و مراکز درمانی ویژه؛ با تضمین رایگان بودن هزینه درمان های دندان پزشکی، چاپ و نشر اطلاعات مربوط به سلامتی، پیش گیری و درمان، انجام واکسیناسیون در سطح کشور و اعمال دیگر روش های ضروری برای پیش گیری از بیماری ها. تمامی مردم کشور از طریق سازمان های مردمی و اجتماعی در این طرح ها و فعالیت ها مشارکت می کنند."<sup>۳</sup>

از زمان انقلاب کوبا در سال ۱۹۵۹ سیاست سلامتی کوبا حول پنج محور می چرخد: الف) دسترسی به خدمات بهداشتی/ سلامتی حق هر فرد کوبایی است. به منظور تحقق این هدف بایستی هزینه های دارویی رایگان بوده و امکانات و خدمات بهداشتی در سراسر کوبا پخش شود. ب) خدمات سلامتی بایستی کلی

<sup>1</sup> - *The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most Expensive?* Bureau of Labor Education, University of Maine, Orono, Summer 2001.

<sup>۲</sup>- قابل یادآوری است که سازمان ملل متحد کوبا را جزء کشورهای توسعه یافته می داند.

3-- [www.who.org](http://www.who.org)

باشد به این معنی که اطلاعات، پیش گیری ها و درمان بیماری ها باید یک واحد کلی را تشکیل دهند. پ )  
مردم و سازمان های مردمی در تهیه و طرز کار نظام سلامت عمومی مشارکت می کنند. ج ) فعالیت های  
مربوط به خدمات بهداشتی / سلامتی همیشه بخشی از توسعه اجتماعی - اقتصادی محسوب می شود.

در طی سال ها ساختار سازمانی ضروری برای تحقق این اصول به طور مداوم تغییر کرده است -  
نیازهای بسیار مهم و فوری راهبرد بقا را شکل می دهند.

هزینه های درمان در کوبا معمولاً پایین است و دولت به افراد بیمار یارانه پرداخت می کند. بعضی  
از افرادی که از درآمد پایین تری برخوردار هستند از سوی دولت کمک های نقدی و جنسی شامل دارو  
دریافت می کنند.

بخش های مختلفی برای نظام سلامتی در کوبا ارائه می شود<sup>۱</sup> که از آن جمله به طور خلاصه می  
توان به کمک به اشخاص مسن و معلولین، کنترل بهداشت، پیشگیری بیماری های واگیردار، توسعه بخش  
های خدماتی و فنی، گستردگی رشته های پزشکی و انواع تخصص ها، بیمه مناسب، تهیه و توزیع مناسب  
انواع داروها و تجهیزات لازم پزشکی و ... اشاره کرد.

گفته می شود نظام سلامتی در کوبا از کیفیت مناسبی برخوردار است؛ نزدیک به یازده میلیون کوبایی به  
طور کلی در وضعیت سلامتی مناسبی به سر می برند. سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۸<sup>۲</sup> به این کشور  
جایزه سلامتی اعطا کرد.<sup>۳</sup> کوبا با امید به زندگی بالا و نرخ مرگ و میر پایین خود را در میان دیگر  
کشورهای فقیر متمایز کرده است. "گفته می شود کوبایی ها مانند فقرا زندگی می کنند و مانند ثروتمندان

<sup>۱</sup> - *Componentes del Sistema Nacional de Salud*, www.cubagob.cu

<sup>۲</sup> - communiqué de l'OMS, WHA/5 du 14 mai 1998

<sup>۱۲</sup> - رئیس جمهور کوبا تنها رئیس دولتی است که موفق به کسب جایزه سلامتی برای همه شده است. به دلیل این که از سال  
1983 تا 1998 در راستای اهداف اعلام شده سازمان جهانی بهداشت تلاش نموده و موفق به تحقق اکثر این اهداف شده است.

می‌میرند، چرا که دلایل اصلی مرگ و میر همان‌هایی هستند که در کشورهای توسعه یافته بر آن‌ها چیره شده‌اند. چه بیماری‌های قلبی باشد، چه سرطان"<sup>۱</sup>

### ج- فنلاند

حق سلامتی در قانون اساسی فنلاند اصل نوزدهم آمده است ( حقوق تامین اجتماعی )

" هر کسی که حق دارد از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی برخوردار شود.

قانون برای هر کسی حق دسترسی به این خدمات و مراقبت‌ها را تضمین می‌کند در صورت: بیکاری، بیماری، ناتوانی و معلولیت، پیری و هم‌چنین در صورت تولد نوزاد یا از دست دادن مراقبت‌های خانوادگی.

دولت موظف است که بر حسب شیوه زندگی هر کسی دسترسی به مراقبت‌های لازم بهداشتی را تضمین کند"<sup>۲</sup>

در فنلاند نظام سلامت عمومی با قانون بیمه بیماری‌ها تعیین می‌شود.<sup>۳</sup> نهاد سلامت عمومی مسئول اجرا و نظارت بر قانون مذکور است و بر پرداخت غرامت برای فنلاندی‌ها خسارت دیده نظارت می‌کند. بیمه ویزیت پزشک، خدمات دندان پزشکی، داروهای تجویز شده و هزینه‌ها جابجایی را پوشش می‌دهد و هم‌چنین هزینه‌های لازم هنگام اقامت در خارج را هم بر عهده دارد. یکی از شروط لازم این است که پزشک یا دندان‌پزشک معتبری میزان هزینه را تایید کنند. معمولاً تا شصت درصد هزینه‌های ویزیت پزشک را بیمه پرداخت می‌کند. هزینه آزمایش‌های ضروری هم تا هفتاد و پنج درصد پرداخت می‌شود. در مورد جابجایی‌ها بیمه بسته به شیوه حمل و نقل هشتاد تا صد درصد هزینه را پرداخت می‌کند.

<sup>1</sup> - Grégoire, C., *La bonne santé des Cubains*, Alternatives, 25 avril 2005, www.alternatives.ca

<sup>2</sup> - <http://www.finlex.fi/pdf/saadkaan/R9990731.PDF>

<sup>3</sup> - Sjukförsäkringslag 21.12.2004/1224

بیمه هم چنین در مورد بیماری های مزمن و در صورتی که بیمار درآمد خود را از دست بدهد هزینه ها را پوشش می دهد.

قانون اساسی چارچوب فعالیت های نظام سلامتی در فنلاند را بیان می کند و جزئیات آن را به شهرها و روستاها واگذار می کند. شهرها و روستاها این خدمات را سازمان دهی می کنند (نظام سلامتی در فنلاند در ۴۴۸ شهرداری غیر متمرکز گردیده است). طبق قانون خدمات اجباری به شرح زیر هستند: مشاوره های پزشکی با عنوان پیش گیرانه (اطلاعات کنترل سلامتی)؛ خدمات پزشکی (مراکز سلامت عمومی و اورژانس)؛ حمل و نقل (آمبولانس)؛ خدمات دندان پزشکی (اطلاعات، ویزیت و درمان)؛ سلامت دانش آموزان (مراقبت و کنترل افراد بین هفت تا هجده سال) سلامت دانش جویان (دانشگاه ها و مراکز عالی با قیمت پایین)؛ کنترل منظم جمعیت در خطر؛ ارائه خدمات پزشکی به کارگران (کنترل های سالانه و منظم) و حفاظت از محیط زیست و سلامتی.<sup>۱</sup>

معمولاً بخش عمومی مسئول تامین بودجه نظام سلامت عمومی می باشد. در سال ۱۹۹۹ بودجه چهل و سه درصد فعالیت ها از سوی شهرداری ها تامین می شد، هجده درصد هزینه ها را دولت تامین می کرد، پانزده درصد از سوی اف پی ای (آژانس بیمه عمومی) پرداخت می شد و بیست و چهار درصد دیگر را بخش خصوصی بر عهده داشت.<sup>۲</sup>

این نظام سلامتی با خدمات خصوصی مختلف کامل می شود. نظام عمومی و شاخه های نظام خصوصی (تخصص ها، خدمات مربوط به پیشگیری، سلامتی کار و ...) همدیگر را کامل می کنند،

<sup>1</sup> - *Lagstadgade tjänster inom hälso- och sjukvården*, Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer2005:7swe, Helsingfors 2005

<sup>2</sup> - *Health Care Systems in Transition: Finland*, European Observatory on Health Care Systems, vol. 4, no. 1, 2002

بنابراین عجیب نخواهد بود اگر کسی از هر دو نوع خدمات استفاده کند. تنها در سال ۲۰۰۴ پانزده درصد جبران خسارت ها مربوط به بخش خصوصی می شد.<sup>۱</sup> اکثر پزشکان در هر دو نظام مشغول به کار هستند.

با این وجود، نظام سلامتی فنلاند شاهد مسایل و مشکلاتی بوده است، با توجه به این که تا اندازه زیادی حکومت زیر نفوذ نئولیبرال ها قرار دارد<sup>۲</sup> و اتحادیه اروپا نیز به این کشور فشار وارد می آورد. بعضی از احزاب سیاسی در سال های گذشته بر خصوصی سازی این بخش تاکید کردند که حمایت چندانی به دست نیاورند.

---

17- [www.fpa.fi/statistik](http://www.fpa.fi/statistik)

<sup>2</sup> - Holmberg, V., *Myten om privatiseringen*, Löntagaren, Årg. 32, No. 1/2002, [www.lontagaren.fi](http://www.lontagaren.fi)

## مبحث پنجم: جایگاه حق سلامتی در ایران

### گفتار اول: جایگاه سلامتی در قوانین ایران

قوانین هر کشور گویای جایگاه سلامت نزد حاکمیت آن کشور است. با توجه به نقش سلامت در توسعه و پیشرفت کشور و نهادینه شدن شعار "انسان سالم؛ محور توسعه پایدار" در تدوین و تصویب قوانین، ما در این جا به بررسی جایگاه سلامتی در قوانین جمهوری اسلامی ایران می پردازیم

در اصول ۲۱، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی بر موضوع سلامت تاکید شده است. اصل ۲۹ قانون اساسی، تامین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را از وظایف دولت بر شمرده است. در این اصل آمده است:

"برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی، دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک به یک افراد کشور تامین کند."

در اصل ۴۳ قانون اساسی بر تامین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان و آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده تاکید شده است. در بند ۱۲ اصل ۳ برطرف ساختن هر نوع محدودیت در زمینه های تغذیه، مسکن، کار و بهداشت مورد تاکید قرار گرفته است. حمایت از مادران به



خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی سرپرست در اصل ۲۱ قانون اساسی  
یادآوری شده است.

## قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ماده یک: به منظور استفاده مطلوب و هماهنگ از امکانات پزشکی کشور در جهت تأمین و تعمیم بهداشت و درمان و بهزیستی و آموزش و پژوهش پزشکی و تحقق بندهای (۴) و (۱۲) و (۱۳) اصل سوم و آن قسمت از اهداف اصل (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که مربوط به خدمات بهداشت و درمان و بهزیستی می باشد، از تاریخ تصویب این قانون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که از این پس در این لایحه «وزارت» نامیده می شود تشکیل می گردد.

ماده دو: با تصویب این قانون و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وزارت بهداشتی و بهزیستی منحل می شود و کلیه وظایف، اختیارات، امکانات، کارکنان، داراییها، اعتبارات و تعهدات وزارت بهداشتی و بهزیستی و سازمان های وابسته به آن و آن قسمت از وظایف، اختیارات، امکانات، کارکنان، داراییها، اعتبارات و تعهدات وزارت فرهنگ و آموزش عالی در زمینه بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش پزشکی به این وزارت منتقل می گردد. تبصره - کلیه وظائف و اختیارات وزیر بهداشتی و بهزیستی و آن قسمت از وظایف و اختیارات وزارت فرهنگ و آموزش عالی که در ارتباط با امر بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش پزشکی می باشد، به وزیر این وزارتخانه محول می گردد.

ماده سه: این وزارت موظف است ارزش های اسلامی را در کلیه امور پزشکی و بهداشتی و درمانی کشور تحکیم و تثبیت نماید.

از طرفی به دلیل اعتقاد مبنایی انقلاب اسلامی در تأمین عدالت اجتماعی و تأمین سلامت برای هم، در سیاستهای کلان کشور در برنامه های توسعه اول تا چهارم به موضوع سلامت توجه ویژه شده است.

مواد ۸۴ تا ۹۴ و همچنین مواد ۹۶، ۹۷ و ۱۰۳ قانون برنامه پنج ساله چهارم به طور روشن وظایف بخش سلامت در خصوص تحقق عدالت را مشخص کرده است. در ماده ۸۴ موضوع امنیت غذا و تغذیه در کشور و تامین سبد غذایی مطلوب و کاهش بیماری های ناشی از سوء تغذیه مورد توجه قرار گرفته است. در ماده ۴۰ همین قانون موضوع تامین عدالت اقتصادی در سلامت مورد توجه قرار گرفته و به صراحت بیان کرده است که سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی باید از ۵/۷ درصد تا پایان برنامه پنج ساله چهارم به ۷ درصد برسد و سهم پرداخت مردم به ۳۰ درصد کاهش یابد و سهم بودجه عمومی به ۷۵ درصد ارتقا یابد. ماده ۹۱ قانون بر برقراری نظام پزشکی خانواده و ارجاع و ماده ۹۲ بر درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی تاکید دارد. ماده ۸۶ و ۹۷ برنامه چهارم توسعه، دولت مکلف به اجرای برنامه کاهش آسیب در معتادان و گروههای آسیب پذیر و در اولویت قرار دادن برنامه های کاهش آسیب پذیر می باشد. ماده ۹۶ نیز تامین غذای سالم و کافی و توانمند کردن مردم و موضوع نیازهای اساسی توسعه را مورد توجه قرار داده است.

## گفتار دوم: بررسی نظام سلامت در ایران

همه ی فعالیت هایی که به منظور حفظ و ارتقای سلامتی یا بازگرداندن آن به مردم و جامعه، اعم از پیشگیری و کنترل اولیه ی خطرات تا درمان بیماری ها و مدیریت مخاطرات، صورت می پذیرد، در زمره ی خدمات سلامتی و زیرمجموعه ی نظام سلامت کشور قرار می گیرد. با گستره ای عمیق تر، از سلامت به مفهوم شرایط و حالتی که در آن انسان از شادابی و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی برخوردار باشد. نیز یاد می شود. با این اوصاف، سلامت می تواند یکی از محورهای اساسی توسعه ی پایدار باشد. همچنین، ابزار مهمی در دستیابی به عدالت محسوب می گردد.

گزارش سازمان جهانی بهداشت هدفهای نظام سلامت را ارتقای سطح سلامت مردم و جامعه، پاسخ گفتن به نیازهای غیرپزشکی مردم (مانند احترام گذاردن به مراجعه کننده، کاستن از طول مدت انتظار برای عمل های جراحی، محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیماران) و توقع مشارکت مالی عادلانه از مردم برای برخورداری از خدمات سلامت می داند. نظام سلامت برای دست یافتن به این اهداف می بایست چهار کارکرد عمده را به نمایش بگذارد: تولید (سیاست گذاری، وضع مقررات مناسب، نظارت، برقراری نظام اطلاعات سلامت)، تولید منابع (به ویژه انسانی)، تامین مالی (شیوه های جمع آوری درآمد، نحوه انباشت و مدیریت منابع و استفاده از این منابع برای خرید خدمات سلامت و ارائه خدمات).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>- سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰: نظام های سلامت: ارتقای عملکرد. چاپ اول. تهران:

موسسه ابن سینای بزرگ/ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲

هاتن Hutton برای نظام سلامت شش هدف عمده قائل است. تامین دسترسی همگان به خدمات،  
ارایه خدمات برخوردار از کیفیت، اثربخشی مداخله ها، کارایی نظام و پایداری. به نظر این نویسنده در  
طراحی نظام سلامت باید به اثر افزایشده یا کاهشده این شش هدف توجه داشت. به عنوان مثال چه بسا  
پرداختن به عدالت از کارایی یا پایداری بکاهد و یا توجه به مولفه های دیگر بر عامل های دیگر تاثیر گذار  
شود.<sup>۱</sup>

نظام سلامت ایران پس از انقلاب دست آوردهای فراوانی داشته است: تربیت نیروی انسانی و گسترش  
پژوهش، راه اندازی شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی، افزودن به تخت های بیمارستانی، احداث مراکز  
تخصصی و فوق تخصصی و ...<sup>۲</sup>

روش های مختلفی برای تامین مالی هزینه ها و پرداخت ها در نظام سلامت وجود دارد. از  
پرداخت مستقیم همه ی هزینه های درمان توسط مراجعان و نیازمندان به خدمات درمانی، تا برخورداری از  
خدمات مورد نیاز به صورت رایگان. با این حال، نهادهای بین المللی توصیه می کنند که تامین مالی نظام  
های سلامت باید به گونه ای صورت پذیرد که ارائه کنندگان و دریافت کنندگان خدمات کم ترین ارتباط  
مالی را داشته باشند، «روشن است در یک نظام سلامت که افراد مجبورند در هنگام جستجو برای خدمات  
مورد نیاز یا دریافت مراقبت های درمان، میزان قابل توجهی از هزینه ی خدمات سلامت را به طور مستقیم  
از جیب خود بپردازند دسترسی به خدمات صرفاً برای کسانی میسر می شود که توان پرداخت آن را داشته  
باشند و این احتمال به وجود می آید که فقیرترین اعضای جامعه از دسترسی به آن محروم بمانند. عادلانه

<sup>1</sup> - Hutton G. **Decentralization and the sector-wide approach in the health sector.**  
Switzerland: Swiss Tropical Institute;2002

<sup>2</sup> - مرندی ع، لاریجانی ب، جمشیدی ح. ر. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول. تهران: دفتر نمایندگی سازمان

جهانی بهداشت / دفتر نمایندگی یونسف در ایران؛ 1377

بودن محافظت در برابری خطر مالی، نیازمند بالاترین درجه ی تفکیک بین مشارکت مالی و مصرف (بهره مندی از خدمات) است. این امر خصوصاً برای مداخلاتی که نسبت به ظرفیت پرداخت خانوار پرهزینه است صدق می کند.<sup>۱</sup> به عبارت دیگر، آن چه که باید تعامل میان بیمار و پزشک را تعیین کند، نیاز بیمار و تخصص پزشک است نه توانمندی ها یا محدودیت های مالی. بدیهی است، محدودیت های مالی موجب می شود بسیاری از نیازها بدون پاسخ بمانند.

به علاوه، زمانی که حجم منابعی که به صورت پرداخت مستقیم افراد هزینه می شود، زیاد باشد، کلیه ی افراد جامعه از جنبه ی دیگری نیز با خسران مواجه می شوند و آن عدم برخورداری از توان انباشت منابع است. سازمان جهانی بهداشت، انباشت و مدیریت منابع را چنین تعریف کرده است: «تجمیع و مدیریت درآمدها به گونه ای که اطمینان حاصل شود خطر (مالی) پرداخت برای مراقبت سلامت بر دوش همه ی اعضای صندوق است نه بر دوش تک تک آن ها به صورت فردی. مقصود اصلی این فرایند، تسهیم مشارکت افراد در خطر مالی ناشی از مداخلات سلامت است که نیاز به آن ها ممکن است قطعی و مشخص نباشد. انباشت، عدم قطعیت را هم برای شهروندان و هم برای ارائه کنندگان کاهش می دهد»<sup>۲</sup>

برای شناسایی علل و عواملی که منجر به پرداخت مستقیم می شود نیازمند شناخت شیوه های مختلف تامین مالی هستیم. در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ که به معرفی نظام های سلامت و چگونگی ارتقای عملکرد آن ها اختصاص دارد چنین آمده است " روش های مختلفی برای جمع آوری درآمد و منابع مالی در نظام های سلامت مورد استفاده قرار می گیرند که عبارتند از مالیات عمومی، مشارکت اجباری در بیمه ی اجتماعی سلامت (معمولاً مبتنی بر حقوق و تقریباً بدون ارتباط با خطر)،

---

<sup>۱</sup>۵- گزارش جهانی سلامت، سال ۲۰۰۰، ص. ۱۴۴

<sup>۲</sup>۶۶- گزارش جهانی سلامت، سال ۲۰۰۰، ص ۱۴۲ و ۱۴۳

مشارکت اختیاری در بیمه های خصوصی سلامت (معمولاً مرتبط با خطر)، پرداخت مستقیم از جیب و همچنین موقوفات و کمک های اهدایی<sup>۱</sup>. منظور از تامین مالی از طریق مالیات، پرداخت هزینه ها و تامین مالی بخش سلامت توسط دولت است. به عبارت دیگر، در این نظام عواید یا درآمدهای عمومی دولت، عمده ترین منبع تامین بودجه ی خدمات درمانی محسوب می شود. این خدمات معمولاً با مشارکت شبکه های دولتی و خصوصی ارائه و اغلب با عنوان خدمات درمان ملی نامیده می شود. به همین ترتیب، مشارکت اجباری در بیمه ی اجتماعی سلامت به معنی استفاده از نهادهای بیمه ای برای تامین مالی هزینه های نظام سلامت است. این روش را «نظام بیمه ی خدمات درمانی» نیز عنوان می کنند که در واقع مبتنی بر عضویت اجباری کلیه ی افراد جامعه است. در این روش کارگران یا کارمندان، صاحبان مشاغل آزاد، شرکت های خصوصی و سازمان های دولتی حق بیمه ی خود را به صندوق یا صندوق های بیمه ی اجتماعی درمانی واریز می نمایند. نرخ حق بیمه در این روش بر مبنای دستمزد تعیین می گردد. نظام بیمه ی درمانی یا از شبکه های ارائه کننده ی خدمات برخوردار است و یا با مراکز درمانی معتبر دولتی و خصوصی طرف قرارداد است و در واقع تلفیقی از هر دو نظام دولتی و خصوصی را مورد بهره برداری قرار می دهد. در پاره ای موارد هم، ترکیبی از آن ها را در دسترس بیمه شدگان یا افراد تحت پوشش خود قرار می دهد.

تامین مالی نظام سلامت در ایران، ترکیبی غیر بهینه از روش های فوق است. یعنی بخشی از منابع عمومی دولت و بخشی از مشارکت اجباری در پرداخت حق بیمه های درمان به سازمان ها و موسسات بیمه ای که عمدتاً ارائه دهنده ی بیمه های اجتماعی و خدمات درمانی پایه هستند تامین می شود. گفتنی است که ساختار اقتصادی ایران به گونه ای است که مهم ترین متغیر در بخش عمومی و تامین هزینه های

---

67- گزارش جهانی سلامت ۲۰۰۰، ص. ۱۴۴

دولتی و کلان، نه مالیات، بلکه درآمدهای نفتی است. به همین ترتیب، هزینه های دولت مرکزی در بخش سلامت نیز از درآمدهای نفتی و مالیاتی تامین می شود. البته بخش عمده ی تامین مالی بخش سلامت به صورت پرداخت مستقیم مردم در هنگام مراجعه به مراکز درمانی صورت می پذیرد .

بر اساس گزارش حساب های ملی سلامت در سال ۱۳۸۰ حدود ۴۶ درصد منابع بخش سلامت توسط دولت و بیمه ها و ۵۴ درصد آن توسط پرداخت مستقیم مردم تامین شده است. هرچند متأسفانه حساب های ملی سلامت در سال های بعد جمع آوری و منتشر نشد. ولی، بررسی های کارشناسی و شواهد اقتصادی و اجتماعی نشان از آن دارد که، در حال حاضر سهم پرداخت مستقیم مردم از تامین مالی بخش سلامت به بیش از ۷۰ درصد بالغ شده است. این موضوع علاوه بر اینکه با توصیه های کارشناسی و علمی نهاد های بین المللی منافات دارد، بلکه نشان از بی توجهی به اهداف ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه و دور شدن از آن است .



## گفتار سوم: بررسی فقر و سلامتی در ایران

همانند دیگر کشورهای جهان در ایران نیز مشکل فقر بر سلامتی تاثیر می گذارد و این تاثیر دوسویه می باشد. ما در این جا به تاثیر این مسئله بر سلامتی ایرانیان می پردازیم.

بر اساس مطالعات حساب های ملی سلامت در کشور، بیش از نیمی از منابع بخش سلامت، در زمان بیماری و به صورت پرداخت مستقیم خانوار تامین می شود. به همین لحاظ در رتبه بندی سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، کشور جمهوری اسلامی از نظر شاخص مشارکت عادلانه در تامین منابع مالی بخش سلامت، بین ۱۹۱ کشور رتبه ۱۱۲ را احراز کرد.

هم از نظر مفهومی و هم از نظر عملی، شاخص مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع ملی، توسعه یافته و شاخص های دقیق تر و عملی تر برای محاسبه میزان عادلانه بودن نظام سلامتی در تامین منابع توسط خانوار ارائه شده است.

بر اساس آخرین مطالعات انجام شده در این خصوص و با استفاده از نتایج آمارگیری هزینه و درآمد خانوار و حساب های ملی نتایج زیر حاصل شده است:

- شاخص مشارکت عادلانه خانوار در تامین منابع سلامتی هشتاد و سه درصد محاسبه گردیده است.

- در بیشتر خانوارهایی که با هزینه های کمرشکن سلامتی مواجه بوده اند، پنجاه درصد از هزینه های سلامتی مربوط به هزینه های بیمارستانی بوده است.

- ترکیب هزینه ای برای افراد بیمه شده و غیر بیمه شده از الگوی مشابهی برخوردار است.

- سه درصد از خانوارها مواجه با پرداخت هزینه های کمرشکن سلامتی بوده اند. به عبارت دیگر در حدود دو میلیون نفر از جمعیت کشور با این هزینه ها مواجه بوده اند. آن چه در جمهوری اسلامی در قالب برنامه

های مشخص و رسمی در راستای حمایت های درمانی به نیازمندان مد نظر قرار می گیرد به دو بخش اساسی تقسیم می شود: برنامه های بیمه درمان و برنامه های غیر درمانی. در این مورد دو سازمان بزرگ عهده دار امور بیمه اجتماعی درمان هستند که عبارتند از سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی

سازمان بیمه خدمات درمانی در قالب برنامه های مشخص اعتبارات خود را از طریق سازمان مدیریت و برنامه ریزی (معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور) دریافت می دارد و سازمان تامین اجتماعی تنها در قالب برنامه شماره ۳۰۴۰۱ تحت عنوان بیمه اجتماعی کارگران مبالغی به عنوان کمک دولت که در حدود سه درصد میزان دستمزد کارگران می باشد دریافت می دارد که حدود یک سوم این مبلغ ( سهم دولت ) صرف ارائه خدمات درمانی به بیمه شدگان کارگر می شود. هم چنین برنامه دیگری نیز وجود دارد با عنوان بیمه اجتماعی نیازمندان با شماره طبقه بندی ۳۰۴۰۲ که گر چه عنوان بیمه را با خود دارد ولی در حقیقت تمام بار آن بر دوش دولت بوده است و مشارکتی از اعضا از حیث تامین منابع مالی وجود ندارد

ب- برنامه های غیر بیمه ای که در بردارنده فعالیت های گسترده تری علاوه بر خدمات در مانی می باشد.

خدمات فوق الذکر غالباً جنبه سلامتی داشته و گروه هدف آن گروه های خاص افراد نیازمند جامعه است، بدیهی است این گونه تخصیص بودجه باعث کاهش نابرابری اجتماعی در دسترسی به خدمات سلامتی می گردد؛ اما آن چه شایان ذکر است این مطلب است که متأسفانه آمار دقیقی از وضعیت سلامت فقرا در ایران وجود ندارد؛ نتایج پژوهشی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اسفند سال ۱۳۸۱ انجام شده است نشان دهنده ی آن است که بیشتر کسانی که باید از خدمات سلامتی بهره مند

می شدند و از این خدمات محروم مانده اند به دلیل فقدان توان مالی بوده است.

## ۲) دستگاه های متولی امور حمایتی خدمات درمانی

در ایران عمده ترین دستگاه های متولی در این زمینه شامل سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بنیاد شهید انقلاب اسلامی، سازمان امور جانبازان، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، ستاد رسیدگی به امور آزادگان، جمعیت های خیریه، انجمن های نیکوکاری و سازمان های شبه عمومی می باشند.

دستگاه های مزبور بخشی از فعالیت هایشان مرتبط با ارائه خدمات درمانی به محرومان می باشد و هیچ سازمانی به طور کامل وظیفه ارائه خدمات درمانی به محرومان را ندارد. از سوی دیگر در ایران نظام شناسایی خانوارهای کم درآمد و فقیر نیز وجود ندارد و بر اساس اقشار اجتماعی و شغلی عمل می کنند مانند روستاییان، معلولان، آزادگان، خانواده شهدا یا همان یارانه ها که عموم جامعه را در بر می گیرد.

محدودیت هایی که این نابسامانی را باعث می شوند عبارتند از:

- محدودیت های اعتباری
- عدم شناخت کافی از میزان مشارکت مردمی و استفاده بهینه از آن ها
- عدم وجود آمار و اطلاعات لازم در زمینه تعداد نیازمندان، میزان پراکندگی و تعیین سطح نیاز
- عدم وجود هماهنگی در دستگاه های متولی
- عدم وجود پایگاه های اطلاعاتی درآمدی
- تعدد نهادها و دستگاه های اجرایی<sup>۱</sup>

---

<sup>۱</sup> - ماهر، علی. "بررسی رابطه فقر و سلامتی در ایران". فصلنامه عملی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۸

اما نکته ای که برای دستیابی به عدالت در دسترسی به خدمات سلامتی حایز اهمیت است؛ راهکار شناسایی افراد به منظور ارایه خدمات و اختصاص یارانه ها به آن ها است.

اصولا چهار روش برای این در جهان وجود دارد

الف- بازرسی

ب- مشخصات گروهی

ج- ادعای خود فرد

د- پوشش همگانی

هر کدام از روش های فوق دارای مزایا و معایبی است که باعث گردیده هیچ کشوری از این شیوه ها به طور مطلق استفاده ننمایند. برای مثال در ایران برای یارانه دارو از راهکار پوشش همگانی برای افراد کم درآمد از مشخصات گروهی مانند بیمه روستاییان یا افراد تحت پوشش کمیته امداد و از روش ادعای فرد برای صدور کارت بیمه بستری شهری استفاده می گردد.

نکته مهم در این مقوله آن است که راهکار انتخابی ارتباط تنگاتنگی با نظام اطلاعاتی هر کشور در زمینه های مختلف از جمله در آمد افراد دارد.

به نظر می رسد با انجام فعالیت های زیر در کشور می توان به شناسایی بهتر افراد کم در آمد اقدام نمود

- ایجاد نظام جامع اطلاعاتی برای شناسایی خانواده های کم درآمد

- هدف مندی یارانه ها به سمت بهره مندی گروه های کم درآمد

- هماهنگی بین سازمان های مسئول

- استفاده و ترغیب بخش خصوصی به ارائه خدمات درمانی عام المنفعه<sup>۱</sup>

بنابراین در ایران تصویر شفاف و روشنی از تعداد فقرا وجود ندارد و اجبارا به آمارهای برآوردی حاصل از نمونه گیری ها بسنده می شود که چندان قابل اعتماد نیست. جمع بندی مطالب فوق ما را به این نتیجه می رساند که توجه به وضعیت اقتصادی مردم و به خصوص نیازمندان، یکی از راه های افزایش قدرت اقتصادی کشور است. در این راستا بهبود وضعیت سلامتی افراد و به خصوص قشر جوان و مولد جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار است که با کاهش پرداخت مستقیم مردم و توزیع عادلانه منابع در نظام سلامت محقق خواهد شد.

برنامه های رفاهی همچون بیمه های اجتماعی سلامت روستاییان و نیازمندان می تواند کمک شایانی به تحقق اهداف فوق الذکر باشد. خوشبختانه در برنامه چهارم توسعه تا حدودی به این امر توجه شده است. اما برای تحقق این امر نیاز به عزم جدی مسئولین، افزایش آگاهی عمومی خصوصا در زمینه سلامتی و همکاری مردم برای دستیابی به اهداف تعیین شده در سند برنامه می باشد.

<sup>۱</sup>-همان. ص. 17

## نتیجه گیری

اندیشه حقوق بشر را می توان تحقق یکی از آرمان های مهم بشری در ایجاد زندگی مطلوب دانست. مفهوم حقوق بشر مفهومی است که براساس آن، حق بشر برای داشتن حقوق به رسمیت شناخته و دولت ملزم می شود که حقوق و آزادی های فردی را رعایت و از تجاوز به آزادی های اساسی خودداری نماید. حقوق بشر حقوقی است که انسان ها به لحاظ سرشت انسانی خود واجد آن می شوند و این حقوق درباره همه مساوی است، چون انسان ها خمیر مایه و سرشت برابری دارند. خداوند این حقوق را به انسان ها بخشیده است و هیچ کس یا گروهی حق ندارد، آنها را از مردم سلب کند.

سلامتی با ارزش ترین نعمات خداوندی است که وسیله و لازمه هر حرکت، ابزار و همچنین هدف توسعه و تکامل می باشد. سلامتی حق انسانها و تامین آن وظیفه ای فردی و عمومی است. تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه، رسالت همه دولت ها می باشد. شناخت عواملی مانند بیماریها، حوادث، بلایا که سلامت فرد و جامعه را تهدید می کنند اولین قدم در جهت حفاظت از سلامت انسانهاست.

حق بر سلامتی یکی از حقوق بشری است که برای استیفای سایر حقوق بشری نیز ضروری قلمداد می شود. شاید تعریفی که بیش از تعاریف دیگر برای روشن کردن مفهوم سلامتی استفاده شده است، تعریفی است که سازمان جهانی بهداشت در اساسنامه خود آورده است. "سلامتی عبارت است از حالت آسودگی کامل جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی شود."<sup>1</sup> سلامتی انسان ها امری اساسی برای دستیابی است.

1- مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت.

حق بر سلامتی در اسناد مختلف حقوق بشری در سطح بین‌المللی و منطقه‌ای به رسمیت شناخته شده است. این اسناد زوایای مختلف آن را بررسی و به تبیین جایگاه آن پرداخته‌اند. اعلامیه حقوق بشر در ماده بیست و پنج خود به اهمیت این حق اشاره کرده است.

این حق در جامع‌ترین مفهوم خود در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفته، بر اساس بند ۲ این ماده تدابیری که کشورهای عضو میثاق برای تأمین استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد، شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود:

- الف - تقلیل میزان مرده متولد شدن کودکان، مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان.
- ب - بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات.
- ج - پیشگیری و معالجه بیماری‌های مسری، بومی، حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها، همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها.

- د - ایجاد شرایط مناسب برای تأمین خدمات و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلاء به بیماری.

افراد و گروه‌های خاص مانند زنان، کودکان، مهاجران، معلولان و ... که در برابر بیماری‌های و فشارها آسیب‌پذیرتر هستند، نیازمند مراقبت و توجه بیشتری هستند.

از آنجا که زندگی در سنین جنینی و کودکی از مولفه‌های مهم اجتماعی موثر بر سلامت است، سیاست‌ها برای بهبود سلامت در این دوران به منظور افزایش سطح عمومی تحصیلات و تساوی دسترسی به امکانات آموزشی و بهبود سلامت مادران و کودکان در بلندمدت و همچنین فراهم کردن امکان تغذیه

خوب و آموزش بهداشت در دوران بارداری و پس از آن و سپس در زمان کودکی و سرانجام حمایت از ارتباط بین کودک و والدین باید با راهکارهای معین همراه باشد.

سلامتی از مهمترین عوامل و محور توسعه جوامع انسانی می باشد. مشخصه های تعیین کننده سلامت جامعه بشری به عوامل مختلف و متفاوتی غیر از مسائل پزشکی و بهداشتی بستگی دارند. یکی از مهمترین شاخصه های اجتماعی جوامع، فقر و عدالت اجتماعی می باشد که از مؤثر ترین عوامل در سلامت نیز به شمار می آید، این همبستگی بین سلامت و فقر و تأثیر متقابل آنها بر یکدیگر مسئولیت دولتها، سازمانهای مردم نهاد و مردم را به خود جلب کرده است و با بهبود هر یک این دو مهم (فقر و سلامت)، به شاخصهای توسعه و رفاه اجتماعی بالاتری دست خواهیم یافت.

فقر، محرومیت نسبی و انزوای اجتماعی تأثیر مهمی بر سلامت و مرگ زودرس دارند. زندگی فقیرانه بر دوش برخی از گروههای اجتماعی سنگینی می کند. فقر مطلق یعنی کمبود ضروریات اولیه زندگی که هنوز در کشورهای توسعه یافته دنیا وجود دارد.

در این میان بیکاران، افراد ناتوان، پناهندگان و بی خانمانها بیشتر در معرض خطر قرار دارند. فقر نسبی اغلب به شرایط کسانی اطلاق می شود که با کمتر از ۶۰ درصد درآمد متوسط در سطح ملی زندگی می کنند، یعنی دسترسی نداشتن به سرپناه، آموزش، حمل و نقل و دیگر عوامل حیاتی که برای داشتن یک زندگی لازم است. در برخی از کشورها ۲۵ درصد از کل جمعیت و نسبت بالاتری از کودکان در فقر نسبی زندگی می کنند و انزوای اجتماعی و تبعیض به قیمت زندگی تمام می شود.

از دیگر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، کار و محیط کار است؛ به طور کلی داشتن شغل برای سلامت مهم است. البته روش های مدیریت محیط کار و روابط اجتماعی درون سازمان نیز در سلامت دخیل هستند.



افرادی که حمایت‌های اجتماعی و عاطفی کمتری نسبت به دیگران دریافت می‌کنند، بیشتر در معرض بیماری افسردگی، خطر مشکلات بارداری و ناتوانی به دلیل ابتلا به بیماری‌ها قرار می‌گیرند.

حتی در مرفه‌ترین کشورها مردمی که رفاه کمتری دارند، امید به زندگی کمتر و بیماری بیشتری نسبت به افراد ثروتمند دارند. این تفاوت‌ها در سلامت، بی‌عدالتی مهم اجتماعی است و توجه را به سمت شاخص‌های مهم تعیین‌کننده سلامت در جوامع معطوف می‌کند. در ابتدا تصور می‌شد سیاست بهداشتی در رابطه با سرمایه‌گذاری روی مراقبت‌های پزشکی است و موضوع تعیین‌کننده سلامت اجتماع فقط در حد آکادمیک مورد بحث قرار می‌گرفت، اما اکنون این دیدگاه تغییر کرده است. مراقبت‌های پزشکی می‌تواند باعث طول عمر یا بهبود یک بیماری جدی شود؛ ولی آنچه برای بهداشت جمعیت مهم است شرایط اجتماعی اقتصادی است که باعث می‌شود مردم بیمار شوند یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند. در این ارتباط تعیین سیاست عمومی در شکل‌دهی محیط اجتماعی که منجر به سلامت بهتر می‌شود، نقش محوری دارد.

طبقه اجتماعی، گروهی نسبتاً وسیع و پایدار مرکب از زنان، مردان و کودکان است که از لحاظ تولید اجتماعی و مالکیت ابزارهای تولید دارای وضعیتی کمابیش یکسان هستند. در یک جامعه هر چه وارد طبقات اجتماعی پایین‌تر شویم، امید به زندگی کمتر و بیماری‌ها شایع‌تر می‌شوند. در طول زندگی شرایط ضعیف اقتصادی اجتماعی بر سلامت اثرگذار است. افراد طبقات پایین حداقل دو برابر افرادی که در طبقات بالاتر هستند دچار بیماری جدی و مرگ زودرس می‌شوند. علل مالی، روانی و اجتماعی در به وجود آمدن این تفاوت‌ها سهیم هستند و اثرات آن منجر به بروز بیماری‌ها و مرگ می‌گردد. هر قدر مردم در شرایط اقتصادی اجتماعی تنش‌دار طولانی‌تر زندگی کنند، به همان نسبت به لحاظ فیزیکی بیشتر رنج می‌برند و کمتر می‌توانند در سنین کهنسالی از نعمت سلامت بهره‌مند باشند. اگر

سیاستگذاران حقایق را در نظر نگیرند، نه تنها از بالاترین استانداردهای تعیین‌کننده سلامت در جوامع مدرن غفلت کرده‌اند بلکه بااهمیت‌ترین با اهمیت‌ترین موارد عدالت اجتماعی را نادیده گرفته‌اند.

جوامعی که شهروندان را قادر می‌سازند نقش کامل و مفیدی را در زندگی اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ایفا کنند، سالم‌تر از جوامعی هستند که مردم آن با ناامنی و محرومیت مواجهند.

تجمع چنین خطرات اجتماعی و روانی در طول زندگی باعث افزایش ضعف سلامت روان و مرگ زودرس می‌شود. هر کدام از عوامل فوق در هر مقطعی از زندگی در بلندمدت اثر مخرب دارد. در کشورهای صنعتی هرچه مردم مراتب اجتماعی پایین‌تری داشته باشند، این مشکلات شایع‌تر است، اضطراب‌ها با ایجاد تغییرات عمیق در سیاست‌های متفاوت بدن موجب اختلال سلامت می‌شوند. در این خصوص سیاستگذاران باید به این امر توجه کنند که برنامه‌های رفاهی هم نیاز اجتماعی و هم نیاز مادی را پوشش دهد، چرا که هر دو سرچشمه اضطراب و ناامنی هستند. پژوهش‌ها و مطالعات متعددی نشان می‌دهد پایه سلامت بزرگسالی ریشه در دوران کودکی و حتی پیش از تولد دارد. رشد کند و ضعف حمایتی باعث افزایش خطرات جسمانی، روانی و عملکردی در بزرگسالی می‌شود. شرایط نامناسب در دوران بارداری و نبود مراقبت‌های پیش از زایمان می‌تواند منجر به رشد نامطلوب جنسی شود. رشد نامطلوب جنسی خطری برای سلامت در زندگی آینده است. رشد کند و عقب‌ماندگی جسمی در کودکان نیز منجر به کاهش رشد سیستم‌های قلبی-عروقی، تنفس، پانکراس، کلیه و عملکرد آنها شده و خطر بیماری در بزرگسالی را افزایش می‌دهد

امروزه برخورداری از یک محیط زیست سالم و عاری از آلودگی برای شهروندان جزئی از حقوق بشر محسوب می شود و در اسناد بین المللی و داخلی مورد تاکید قرار گرفته است. مطابق اصل نخست اعلامیه استکهلم انسان از حقوقی بنیادین برای داشتن آزادی و برابری و شرایط مناسب زندگی در محیط زیستی که به او اجازه زندگی با حیثیت و سعادت‌مندانانه را بدهد برخوردار است لذا بر این اساس حق برخورداری از هوای سالم و پاک و عاری از آلودگی برای شهروندان و تضمین آن در راستای حق برخورداری از محیط زیست سالم جز حقوق اولیه هر شهروند می باشد

در این راستا می توان گفت که برخورداری از سلامتی در برابر عوامل آسیب رسان حق هر شهروندی است و رعایت این حق بویژه نسبت به افراد آسیب پذیر (کودکان سالخوردهگان و بیماران) اهمیت فوق العاده ای دارد حق بر سلامتی و برخورداری از حداقل استانداردهای زیست جمعی در اسناد مختلف بین المللی مورد توجه قرار گرفته و برخورداری از استانداردهای قابل حصول سلامتی را مورد شناسایی قرار داده است و برای دولتها در این زمینه تعهدات سلبی و ایجابی ایجاد نموده که از جمله تعهدات سلبی دولتها در ارتباط با آلودگی هوا و حق بر سلامتی می توان به تعهد به پرهیز از آلوده ساختن هوا اشاره نمود. بنابراین، می توان گفت که آلوده کردن غیر مجاز هوا نقض حقوق شهروندی و حق بر سلامتی محسوب و نیاز به راهکارهای حقوقی مقابله با این نقض کاملاً احساس می گردد .

## پیشنهادها

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت علاوه بر سلامت جسمی، شامل سلامت روحی و اجتماعی نیز می شود. عواملی مانند طبقه اجتماعی، وضعیت شغلی، اضطراب، اعتیاد، غذا، حمایت‌های اجتماعی و بسیاری دیگر، همانند عوامل بیولوژیک ایجاد بیماری‌ها در سلامت و تندرستی انسان نقش مهمی دارند که بی توجهی به آنها در واقع، نگاهی یک جانبه به انسان و سلامتی اوست. از آنجا که محور

توسعه پایدار، انسان سالم است و جوامع امروزی خواستار ایجاد بستر مناسب برای تولید و شتاب لازم جهت رسیدن به توسعه همه‌جانبه هستند، بدیهی است بررسی و تبیین تمام مولفه‌های اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت از وظایف محققان و فعالان عرصه سلامت بوده و بازخورد آن به صورت اطلاعات علمی و عملی به سیاستگذاران کلان موجب کمک به مساله مهم توسعه پایدار کشورهاست. از آن جا که در این پژوهش بیشتر مفهوم سلامتی مورد توجه بوده است و سعی شده است همه کلیات این مبحث هر چند به طور مختصر بحث شود و تاکید بیشتر روی سلامت جسمی فردی بوده است و به دلیل اهمیت سلامت روحی و اجتماعی توصیه می شود تا در تحقیقات آینده به این دو مولفه توجه شود. از طرفی عوامل متعددی در عدم تحقق حق بر سلامتی وجود دارد ما در این پژوهش به طور کلی به بعضی از این موانع اشاره کردیم و سعی کردیم مسئله فقر و عدم تحقق سلامتی را بررسی کنیم و به دیگر موانع عدم تحقق حق بر سلامتی تنها به صورت مختصر اشاره کردیم. بدون شک واشکافی دقیق و کامل این موانع بحثی دیگر و فرصتی دیگر را می طلبد. مسئله نظم بین المللی، سازمان های مالی بین المللی، روابط پیچیده بین مجموعه های نظامی-اقتصادی و مراکز قدرت در کشورهای بزرگ که خود یکی از عوامل اصلی بر هم زدن صلح و امنیت بین المللی و در نتیجه نقض حقوق بشر و عدم تحقق حق بر سلامتی می شود نیز می تواند از مباحث مفید برای تحقیقات آینده باشد.

در بررسی های مختصری که در مورد نظام سلامت در ایران انجام شد این نتیجه به دست آمد که نظام سلامت ایران به شدت از نبود سازمان جامعی که داده های مربوط به سلامتی را جمع کند و آن ها را پردازش کند، رنج می برد. آمارهای ضد و نقیض متعددی در مورد مولفه های سلامتی در ایران اعلام می شود که کار پژوهش و تحقیق را با مشکل مواجه می کند. لذا ایجاد سازمان واحد، مستقل و کارآمدی در این مورد توصیه می شود.

از سوی دیگر جمع بندی مطالب گفته شده در مورد رابطه فقر و سلامتی و بی عدالتی ما را به این نتیجه می رساند که توجه به وضعیت اقتصادی مردم به خصوص نیازمندان، یکی از راه های افزایش قدرت اقتصادی کشور می باشد. در این راستا بهبود وضعیت سلامتی افراد خصوصا قشر جوان و مولد جامعه از اهمیت بیشتری برخوردار است که به نظر می رسد با کاهش پرداخت مستقیم مردم و توزیع عادلانه منابع در نظام سلامت محقق خواهد شد. برنامه های رفاهی مثل بیمه های اجتماعی سلامت روستاییان و نیازمندان نیز می تواند کمک شایانی به تحقق اهداف فوق الذکر بنماید.

## فهرست منابع :

### الف - منابع فارسی:

۱- کتاب ها

- ۱- صفهانی، محمد مهدی. **آیین تندرستی**. چاپ ششم. انتشارات تندیس. ۱۳۸۵
- ۲- پیله رودی س، شادپور ک، وکیل ح. **نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی**. چاپ اول. تهران: مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداری؛ ۱۳۶۰
- ۳- دفتر سلامت خانواده و جمعیت. **سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران**. چاپ اول. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۹
- ۴- ساریخانی، فاطمه. **فقر سلامتی و توسعه**. نشر پژوهش ایران؛ ۱۳۸۴
- ۵- سازمان جهانی بهداشت. **گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰؛ نظام های سلامت: ارتقای عملکرد**. چاپ اول. تهران: موسسه ابن سینای بزرگ / وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲

- ۶- سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱؛ سلامت روان: درکی نو، امیدی نو. چاپ اول. مؤسسه ابن سینای بزرگ / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲
- ۷- سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۳: ساختن آینده. چاپ اول. تهران: مؤسسه ابن سینای بزرگ / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۳
- ۸- رابرتز م، شیائو و، برمن پ و همکاران. اصلاحات نظام سلامت: راهنمای عدالت و کارایی. ترجمه گروه مترجمان. چاپ اول. تهران: مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۴.
- ۹- مرندی ع، لاریجانی ب، جمشیدی ح ر. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول. تهران: دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت / دفتر نمایندگی یونسف در ایران؛ ۱۳۷۷
- ۱۰- محمدی ری شهری، محمد. دانش نامه احادیث پزشکی. چاپ هفتم. انتشارات دارالحدیث. ۱۳۸۶
- ۱۱- منتظر، رضا. طب اسلامی، گنجینه تندرستی. چاپ اول. انتشارات نسل نیکان. ۱۳۸۴
- ۱۲- نقوی م، جمشیدی ح ر. بهره مندی از خدمات سلامت، سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. چاپ اول. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۴
- ۲- مقالات
- ۱- شادپور، کامل. "اصلاح نظام سلامت در ایران". مجله پژوهشی حکیم. پاییز ۸۵، دوره نهم، شماره سوم
- ۲- شجاع، جواد. "تحقیق و توسعه فناوری نانو از نگاه حق بر سلامتی". دو فصلنامه پژوهشهای حقوقی. سال هفتم، شماره ۱۴، پاییز و زمستان ۱۳۸۷
- ۳- زمانی، سید قاسم. «شبهه‌سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر». پژوهش حقوق و سیاست. پاییز و زمستان ۱۳۸۵. (شماره ۱۹)

۴- ماهر، علی. "بررسی رابطه فقر و سلامتی در ایران". فصلنامه عملی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال

پنجم، شماره ۱۸

۵-مولایی، یوسف. "نسل سوم حقوق بشر و حق به محیط زیست سالم". فصلنامه حقوق. دوره: ۴،

شماره: ۴

## ب- منابع لاتین:

### ۱- کتاب ها

۱- ACTA, le document consolidé avec les positions des différentes parties contractantes du 18 janvier 2010 et mis en ligne en mars 2010

۲-Agbodian Têtêvi Dodzi, **Le droit à la santé en Afrique subsaharienne : vers des soins communautaires et ou une assurance maladie**, 2001

۳-Alaoui Belghiti et al. « **Carte sanitaire et bilan de santé** », Conseil national de l'ordre des médecins du Maroc .Séminaire : accès aux soins. Imprimerie Idéale. Casablanca.

۴-Auby(j.-m.), **Le droit de la santé**, paris ,PUF. 1981

۵-Bachand Rémi, Lamarche Lucie, **Le droit à la santé et la lutte contre la pauvreté en Afrique**, 2002, Centre d'Étude dur le droit international et la mondialisation (CEDIM)

۶-Banque mondiale. **Workers in an Integrating World: World Development Report 1995**. Oxford. Oxford University Press, 1995.

۷-Banque mondiale. **Faire face au SIDA : les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale**. Banque mondiale, Washington, 1998.

۸-Belanger M, **Le droit International de la santé**, Paris, 1997.

۹-Belanger M. « **Droit international de la santé par les textes** », Berger- Levraut. Paris

۱۰-Bélanger, Michel. **Introduction à un droit mondial de la santé**, Editions des archives contemporaines, Agence universitaire de la francophonie.2008

۱۱-Berman PA, Bossert TJ. **A Decade of health sector reform in developing countries: what have we learned?** Data for decision-making project. Harvard School of Public Health. A paper prepared for the DDM symposium. Washington DC; 15 March 2000

12- Christophe Dejour **Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale**, paris, éditions du Seuil, 2000

- 13- Communiquée de presse N° DH/377 du 19/05/2004, *les liens essentiels entre santé et autochtones*, Instance permanente sur les questions *droits de l'homme des peuples autochtones*, séance 14e
- 14- Corpataux V, Spoorenberg G, Stauffer V, **Introduction au droit de la santé**, cours, Université de Fribourg, 2002
- 15- Davies P, Carrin G. **Risk-pooling necessary but not sufficient**. Bull World Health Organ 2001
- 16- Decosas J. et Adrien A. **Migration and HIV**. *AIDS*, 1997, 11 (suppl. A).
- 17- Decosas J., Kane F., Anarfi J. K., Sodji K. D. R. et Wagner H. U. **Migration and AIDS**. *The Lancet*, 1995, 346:
- 18- Dupuy, R.J. **The Right to Health as a Human Right / Le droit à la santé en tant que droit de l'homme**, Workshop 1978 / Colloque 1978.
- 19- Duckett M. et Orkin A. J. **HIV/AIDS-related migration and travel policies and restrictions: a global study**, *AIDS*, 1989, 3 (suppl. 1)
- 20- Egger M., Minder C. E. et Smith G. D. (1990) **Health inequalities and migrant workers in Switzerland**, *The Lancet* 816, 29 septembre 1990
- 21- *Economic, social and cultural rights: A textbook*. Dordrecht, Boston, Londres, Martinus Nijhoff Publishers, p.125-142.
- 22- Fernandez I. **Migration and HIV/AIDS Vulnerability in South East Asia. Rapport présenté à la 12ème Conférence internationale sur le SIDA**, Genève, Suisse, juillet 1998.
- 23- Guillod O, **Droit de la santé**, cours, Université de Neuchâtel, 2003.
- 24- Graubard S. R. (1990) (dir. publ.) **Living with AIDS**, Cambridge, MA, MIT Press, 1990.
- 25- Guillod O, Sprumont D, **Le droit à la santé : un droit en émergence, in de la Constitution**, études en l'honneur de JF Aubert, Bâle, 1996.
- 26- Gutzwiller F, Jeanneret O, Médecine sociale et préventive, Santépublique, 2è éd, Berne, 1999.
- 27- Gruskin S., Mann J. et Tarantola D. (dir. publ.). **Health and Human Rights Journal**, Vol. 2, N° 4. Special Focus: HIV/AIDS and Human Rights. 1998.
- Hunt P, **The Right to health: from the margins to the mainstream**, *The Lancet*, 2002.
- 28- Hutton G. **Decentralization and the sector-wide approach in the health sector**. Switzerland: Swiss Tropical Institute; 2002
- 29- Kane F., Alary M., Ndoye I. et al., « Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal ». *AIDS* 1993, N° 7, p.1261-1265.



- 30- Kitts, Jennifer et Roberts, Janet Hatche. **Le droit a la sante au delà de la grossesse et de la reproduction**, CRDI / 1996
- 31- Lomas J. "Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology", **Soc. Sci. Med.** Vol. 47, N° 9, p.1181-1188, 1998.
- 32-Loewenson R. et Whiteside A. **Social and Economic Issues of HIV/AIDS in Southern Africa**. Etude préparée pour SAfAIDS, Harare, mars 1997.
- 33-Lajoie A. et Molinari P.A. « **Pour une approche critique du droit de la santé** », Les presses de l'Université de Montréal
- 34- La Déclaration d'Alma-Ata, adoptée le 12 septembre 1978 lors de la Conférence internationale sur les soins de santé principale organisée par l'OMS.
- 35-Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, Décision de la Commission des droits de l'homme 2002/ 31 du 22 avril 2002 portant établissement d'un rapporteur spécial du droit à la santé et définition de son manda
- 36-La santé environnementale et le développement durable en Afrique Subsaharienne, Findings, N°82, sept.97, Banque mondiale
- 37-Maher, Ali. **To reviwie perfrmance of health services for the poor population in Iran in 2003**. WHO,EMRO.
- 38-Martin J, **Pour la santé publique, Réalités sociales**, Lausanne, 1987.
- 39-Ministère de la Santé Publique (MSP), **Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006**, Cotonou, novembre 2002.
- 40- Marcinko J, Starfield B, Shi L. **The contribution of primary health care systems to health outcomes within the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries 1970-1998**. Health Serv Res 2003
- 41-Montgomery J., (1992). **Recognizing a right to health**. In Beddard R. & Dilys, D. M. (dir. publ.), 1992. *Economic, social and cultural rights: Progress and achievement*. New York, St. Martin's Press, p.184-203.
- 42-Nations Unies. **Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948-1998**. Services d'information publique des Nations Unies, juin 1998.
- 43- OMS. *Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma-Ata, -URSS, 6-12 septembre 1978.
- 44- OMS. *Background Paper: Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. Programme mondial de Lutte contre le SIDA, octobre 1994.
- 45- OMS. *Report of the Preparatory Meeting for a Consultation on Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. Programme mondial de Lutte contre le SIDA, octobre 1994.

- 46- OMS. *Removing Obstacles to Healthy Development: Report on Infectious Diseases*. Organisation mondiale de la Santé, 1999, WHO/CDS/99.1.
- 47- OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, 1999 – Pour un réel changement*. Organisation mondiale de la Santé, 1999.
- 48- OMS. *World Health Opportunity: Developing Health, Reducing Poverty. Document de séance*, mai 1999.
- 49- OMS. *Discours du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, ICPD+5*, La Haye, 8-12 février 1999.
- 50- OMS. *La tuberculose dans la Région OMS du Pacifique occidental*, Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, 1999.
- 51- OMS. Communiqué de presse WHA/13 du 22 mai 1999, *L'OMS se penche sur les rapports entre commerce et produits pharmaceutiques*.
- 52- OMS. Murray C. J. L. et Lopez A. D. (dir. publ.). *Health Dimensions of Sex and Reproduction: the Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders, and Congenital Anomalies*. Global Burden for Disease and Injury Series, Harvard, 1999.
- 53- OMS. *Fact Sheet N° 186: Young People and Sexually Transmitted Diseases*. Décembre 1997.
- 54- ONUSIDA. *Rapport de l'ONUSIDA*. ONUSIDA/99.29E, juin 1999.
- 55- ONUSIDA. *Migration et VIH/SIDA*. Document préparé pour le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, décembre 1998.
- 56- ONUSIDA. *Actualisation ONUSIDA. Lutte contre les MST : mesures de santé publique*. Mai 1998.
- 57- ONUSIDA. *Actualisation sur les migrations et le VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2000.
- 58- ONUSIDA, Communiqué de presse : *A Lusaka, les responsables des Nations Unies s'engagent à majorer les efforts contre le SIDA en Afrique*. Lusaka, 15 septembre 1999.
- 59- ONUSIDA. Fages V. *Migration and AIDS in South Africa: A Public Health Issue*, ONUSIDA Pretoria, mars 1999 (non publié).
- 60- ONUSIDA. *Rapport du Directeur exécutif, Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA*, UNAIDS/PCB (8)/99.2, juin 1999.
- 61- Piot P. **Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control**. *Sex. Transm. Dis.*, mars-avril 1994, 21 (Suppl. 2), p.S7-13.
- 62- Politzer RM, Schempf AH, Strafield B et al. **The future role of health centers in improving national health**. *J Public Health Policy* 2003.
- 63- Right to health. Answers.com. Encyclopedia of Public Health, The Gale Group, Inc, -2002.

- 64- Reportage de la Télévision suisse italienne intitulée « **Mensonges nucléaires** », cité par *Le Courrier* du 28 avril 2006
- 65- Rapport sur les indicateurs sociaux, rapport Quibb 2005, INS, Juillet 2006.
- 66- Rapport 2004. analytique sur la passation des marchés Niger, Volume 1, Banque Mondiale, Juin.2004
- 67- Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé, OMS, 2006.
- 68- Shadpour K. **Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran**. East Mediterr Health 2000
- 69- Sabbagh kermani M. **Health care financing in Iran. Final Report. APW No. 03/144**. MOH & ME / WHO. February 2004
- 70- Tarimo E. **Is primary health care the vehicle that will bring the health for all in the 21st Century?** Technical Seminar, Summary Issues. WHO. Geneva; 12 March 1997: 3.
- 71- Thede N, Human Rights and Statistics -Some Reflections on the No-Man's-Land between Concept and Indicator, communication, Conférence Internationale sur Statistiques Développement et Droits de l'homme, Montreux, Suisse, 4-8.9 2000
- 72- The Right of every one to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Report of the M Paul Hunt to the 59 Human Rights Commission session. E/CN4/ 2003/ 58, Geneva, February 2003
- 73- Tomasevski K. **Health rights**, in Eide A., Krause C. & Rosas A. (dir. publ.), 1995.
- 74- « **Travailler ensemble pour la santé** », Rapport annuel de l'OMS, Mai 2006.
- 75- United Nations High Commissioner for Human Rights, **Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint**, Conseil Économique et Social, Vingt-deuxième session Genève, 25 avril-12 mai 2000, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights Geneva, Switzerland,
- 76- van den Berg R. G. **Migrants with HIV/AIDS and access to health care in Europe: human rights aspects**. Projet Européen Sida et Mobilité. Février 1999.
- 77- Vaez Mahdavi MR. **Provider payment mechanisms in Islamic Republic of Iran**. Wisemen seminar on: Health Politics, Economics. Tehran; September 2004
- 78- van Beelen N., Wolffers I. et Brussa L. (dir. publ.). **Research for Sex Work**. Juin 1998.
- 79- van den Berg R. G. **Migrants with HIV/AIDS and access to health care in Europe: human rights aspects**. Projet Européen Sida et Mobilité. Février 1999.
- 80- Wolffers I. et Fernandez I. **Migration and AIDS** , The Lancet 1995, 346, p.1303.
- 81- WHO/Unicef. Alma-Ata, **Primary Health care. Report of the International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata, USSR, WHO. Geneva; 6-12 September 1978

90-WHO/EMRO. Regional activity management system. IRA/ OSD/ OOO/ RB/ 02; 2002-2003

91- WHO/EMRO. Regional activity management system. IRA /OSD/ OOO/ RB/ 02; 2004-2005

92- WHO/EMRO. Regional activity management system. IRA/ OSD/ OOO/ RB/ 02; 2006-2007

93-Wahdan M. H. **Shortcomings in the Current Version of the International Health Regulations and Difficulties in their Implementation**, *Consultation informelle de l’OMS pour examiner la réponse internationale aux épidémies et l’application du Règlement sanitaire international*, décembre 1995, EMC/IHR/GEN/95.4.

94-Wolffers I. et Fernandez I. **Migration and AIDS** *The Lancet* 1995, 346, p.1303.

95- Wolffers I., Fernandez I., Verghis S. et Painter T. **A Model for Evaluating HIV/AIDS Interventions for Mobile Populations**, rapport présenté au Cinquième Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique, Kuala Lumpur, Malaisie, 23-27 octobre 1999.

## ۲- مقالات

1- Allin N. E. « The AIDS Pandemic: international travel and immigration restrictions and the World Health Organization’s Response », **Virginia J. Int. Law.** 1988, 28 : p.1043-1063

2- Bollini P. et Siem H. « No Real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the Year 2000 », **Soc. Sci. Med.** Vol. 41, N° 6, p.819-828, 1995.

3- Fidler D. P. « Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases », **Emerging Infectious Diseases**, Vol. 2, N° 2, avril-juin 1996

4- Forrest D. M. « Control of Imported Communicable Diseases: Preparation and Response », **Canadian Journal of Public Health**, Vol. 87, N° 6. Novembre-décembre 1996

5- Friedrich D. et Heckmann W (dir. publ.). *AIDS in Europe – The Behavioural Aspect. Vol. 1: General Aspects.* 1995

6- Gellert G. A. « International Migration and Control of Communicable Diseases », **Soc. Sci. Med.** Vol. 37, N° 12, 1993

7- Gruskin S., Mann J. et Tarantola D. (dir. publ.). **Health and Human Rights Journal**, Vol. 2, N° 4. Special Focus: HIV/AIDS and Human Rights. 1998.

8- Haour-Knipe M. et Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS.* Londres, **Taylor & Francis**, 1996.

9- Haour-Knipe M. et Aggleton P., « Social enquiry and HIV/AIDS », **Critical Public Health**, Vol. 8, N° 4, 1998

- 10-Hendriks A. « The right to freedom of movement and the (un)lawfulness of AIDS/HIV specific travel restrictions from a European perspective ». **Nordic Journal of International Law** 59. Fasc. 2/3, 1990
- 11- Kane F., Alary M., Ndoye I. et al., « Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal ». **AIDS** 1993, N° 7, p.1261-1265.
- 12- Lomas J. “Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology”, **Soc. Sci. Med.** Vol. 47, N° 9, p.1181-1188, 1998.
- 13- Somerville M. A. et Orkin A. J. (1989). Human rights, discrimination and AIDS: concepts and issues, *AIDS* 1989, N° 3 (suppl. 1), p.S283-287
- 14- Somerville M. A. et Wilson S.(1998). “Crossing Boundaries: Travel, Immigration, Human Rights and AIDS”, **McGill Law Journal**, 1998, Vol. 43, p.782-835.
- 15- Tan M.(1998) « Migration and Risk », **AIDS action**, N° 40, juillet-septembre 1998.
- 16- Ybanez RFC. (1998). “Breaking Borders: Migration and HIV/AIDS” . **AIDS action**, N° 40, juillet-septembre 1998.
- 17- Ybanez RFC. « Breaking Borders: Migration and HIV/AIDS » **AIDS action**, N° 40, juillet-septembre 1998.

## Abstract:

This project aims to shed light on the right to health in international human rights law as it currently stands, amidst the plethora of initiatives and proposals as to what the right to health *may* or *should be*. Consequently, it does not purport to provide an exhaustive list of relevant issues or to identify specific standards in relation to them.

The project starts by explaining what the right to health is and illustrating its implications for specific individuals and groups, and the elaborates upon States' obligations with respect to the right. It ends with an overview of national, regional and international accountability and monitoring mechanisms.

The right to health is a fundamental part of our human rights and of our understanding of a life in dignity. *The right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, to give it its full name, is not new. Internationally, it was first articulated in the 1946 Constitution of the World Health Organization (WHO), whose preamble defines health as “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. The preamble further states that “the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.”

The 1948 Universal Declaration of Human Rights also mentioned health as part of the right to an adequate standard of living (art. 25). The right to health was again recognized as a human right in the 1966 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

Since then, other international human rights treaties have recognized or referred to the right to health or to elements of it, such as the right to medical care. The right to health is relevant to all States: every State has ratified at least one international human rights treaty recognizing the right to health. Moreover, States have committed themselves to protecting this right through international declarations, domestic legislation and policies, and at international conferences.



**University of tehran**

**Faculty of Law and Political Sciences**

**Title:**

**Study of legal aspects of the right to health as a human rights**

**Supervisor:**

**Dr. Abbasi, Bijan**

**Advisor:**

**Dr. Rostami, Vali**

**By:**

**Zarei, Mortza**

**A thesis submitted to the Graduate Studies Office In partial fulfillment of the requirements for The degree M.A. In human rights**

**June 2010**

