

ما از عدالت سهمی داریم
سازمان حقوق بشر ایران

سال پنجم شماره ۱۲۲

۱۱ اردیبهشت ۱۳۹۹ / ۳۰ آوریل ۲۰۲۰

حقوق ما

ویروس کرونا و حق درمان برابر



ما از عدالت سهمی داریم

دو هفته نامه الکترونیکی تخصصی حقوق بشر

صاحب امتیاز و مدیر مسئول: سازمان حقوق بشر ایران / محمود امیری مقدم

سردبیر این شماره: مریم غفوری

تحریریه: رضا حاجی حسینی، سروناز رستگار، جواد عباسی توللی

مقاله اهدایی: کامبیز غفوری

صفحه بندی: ماهور خوش قدم

تماس با مجله: mail@iranhr.net

حقوق ما در ویرایش مطالب آزاد است

یادداشت هایی که از روزنامه نگاران و اشخاص دریافت می شود نظر شخصی آنان است و دیدگاه مجله حقوق ما نیست

همه گیری کرونا و حق درمان برابر

نقض حق بر سلامت و چالش های پیش روی شهروندان در ایران

برابری در درمان؛ اقتصاد و جمهوری اسلامی

دسترسی برابر به درمان در حقوق ایران

گفت و گو با بهنام دارایی زاده، حقوقدان و پژوهشگر حقوق بشر

برابری و بهداشت و درمان، از گذشته تا امروز

همه‌گیری کرونا و حق درمان برابر

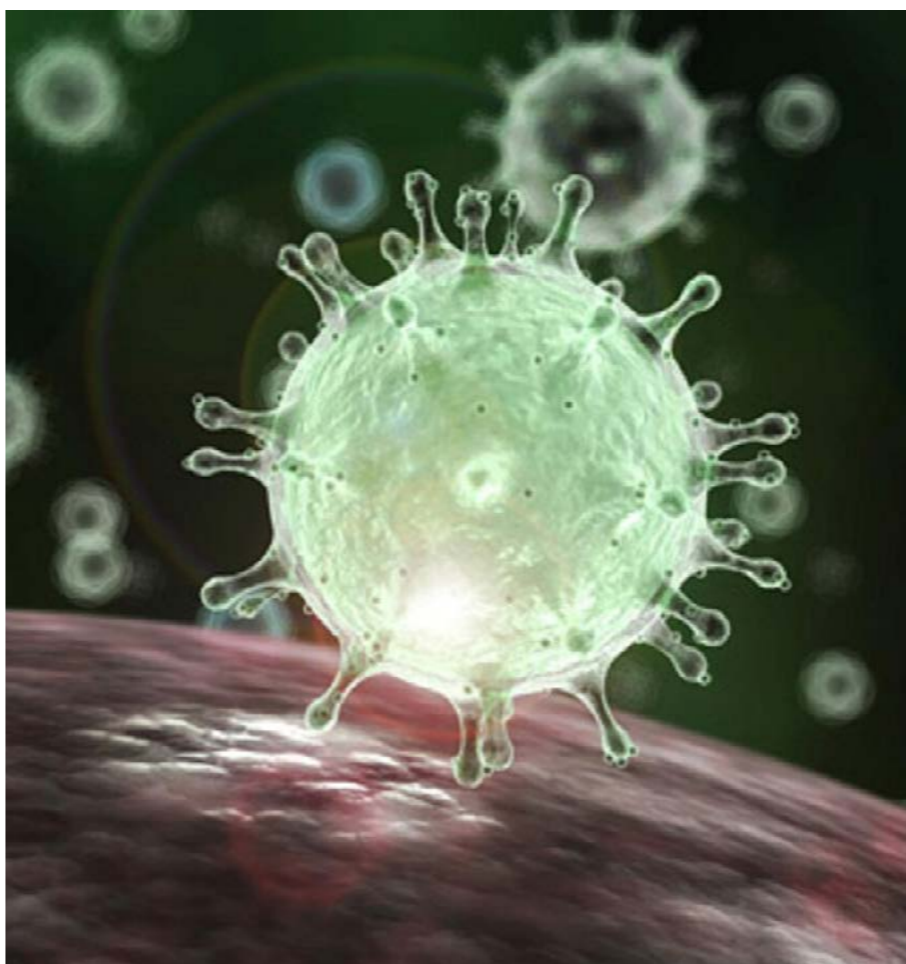


احسان حسین زاده

همه‌گیری ویروس کرونای جدید و شرایط اضطرار عمومی

همه‌گیری ویروس کرونا که از چند ماه پیش از کشور چین آغاز شد و رفته رفته در تمام شهرها و کشورهای دنیا پخش و عالم گیر شد، شرایط ویژه‌ای را در دنیای ما انسان‌ها ایجاد کرده است. تا امروز چند میلیون نفر به این ویروس مبتلا شده‌اند و چندصد هزار نفر در سراسر دنیا جان خود را از دست داده‌اند. تقریباً تمام کشورهای جهان در تعطیلی کامل یا نیمه کامل یا در قرنطینه به سر می‌برند. بسیاری از مردم جهان در اثر تعطیلی کشورها، شغل‌هایشان را از دست داده‌اند و در نتیجه بسیاری از کارکنان روزمزد یا صاحبان مشاغل آزاد، پوشش بیمه‌ای ندارند و درصد کمی از کارمندان و کارگران که در کشورهای ثروتمند زندگی می‌کنند، از حمایت‌های درمانی و مالی دولت‌هایشان همچنان بهره می‌برند. این بحران بی‌سابقه که ابعاد اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی بسیار پیچیده‌ای دارد و دولت‌ها و شهروندان را زیر فشار زیادی گذاشته، ضرورت فراهم نمودن «حق درمان» برای همه را مطرح کرده است.

در این برهه ثروتمندان و طبقات مرفه جامعه مثل همیشه از این حق برخوردارند اما مساله مهم حمایت از اقشار آسیب پذیر است که باید از این حق درمان برخوردار شوند و در این نوشته به این موضوع خواهیم پرداخت.



حق درمان برابر از منظر حقوق بشر

فلسفه شکل‌گیری حقوق بشر مدرن و تنظیم اسناد بین‌المللی، در شناسایی انواع حقوق بشر برای انسان‌ها است. یکی از اساسی‌ترین این حقوق، حق درمان است که بدون فراهم بودن این حق، جان انسان‌ها به خطر خواهد افتاد.

جوامع، دولت‌ها، کارفرماها و شرکت‌های بیمه‌گر همگی در این مسئولیت سهمی دارند و باید دسترسی شهروندان را به درمان فراهم کنند. یکی از اسناد مهم در این زمینه اعلامیه جهانی حقوق بشر^۱ است که در ماده ۲۵ خود حق تامین سلامت را برای همه انسان‌ها به رسمیت شناخته و مقرر می‌دارد: «هر شخصی حق دارد که از سطح زندگی مناسب برای تامین سلامتی و رفاه خود و خانواده اش... بهره‌مند گردد».

از دیگر اسناد مهم بین‌المللی در این رابطه میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۲ است که در ماده ۱۲ خود حق بر تامین سلامت را به رسمیت می‌شناسد و کشورهای طرف این میثاق را به رعایت آن ملزم می‌کند.

همچنین در بند دوم این ماده کشورهای متعهد ملزم شده‌اند که تدابیر لازم را در جهت پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر نظیر کرونا اتخاذ کنند و شرایط مناسبی را برای فراهم نمودن کمک‌های پزشکی برای عموم مردم انجام دهند.

در نهایت، یکی از مهم‌ترین اسناد بین‌المللی ماده اول اساسنامه سازمان بهداشت جهانی^۳ است که حق بر سلامت را حقی همگانی می‌داند و هدف اساسی این سازمان و به تبع کشورهای عضو سازمان را دستیابی تمام انسان‌ها به بالاترین سطح از سلامت معرفی می‌کند. هدفی که قطعاً تمام کشورهای متعهد این سند و عضو سازمان باید در راستای آن قدم بردارند. باید توجه کرد که فراهم نمودن حق درمان برای همه الزاماتی دارد که ممکن است با برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و اقتصادی همراه باشد. مهم این‌که فراهم کردن این حق هر الزاماتی که داشته باشد، وظیفه دولت‌ها بوده و باید با کمک شهروندان این مهم در جامعه محقق شود.

حق درمان برابر از منظر حقوق موضوعه ایران

شاید مهم‌ترین سند حقوقی داخلی که بر حق درمان تأکید می

کند قانون اساسی جمهوری اسلامی باشد که در بند ۱۲ از ماده سوم خود مقرر می‌دارد: «ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های بهداشت و تعمیر بیمه» یکی از وظایف دولت ایران است و مجموعه دولت باید تمام تلاش خود را برای تحقق بهداشت و تعمیر بیمه بین شهروندان ایران انجام دهد.

همین‌طور، اصل بیست‌ونهم قانون اساسی قاعده دسترسی به بیمه درمانی همگانی را حق تمام شهروندان ایران می‌داند و دولت جمهوری اسلامی را موظف می‌کند تا از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های بیمه‌ای و درمانی را برای یک فرد کشور تامین کند؛ امری که تا به امروز محقق نشده است و بسیاری از شهروندان ایران بدون بیمه درمانی به زندگی خود ادامه می‌دهند.

بر اساس گزارش‌های رسمی^۴ حداقل ۱۰٪ از مردم ایران تحت پوشش هیچ نوع بیمه‌ای قرار ندارند؛ درصدی که در برخی شهرهای ایران حتی بالاتر است. برای مثال طی اظهارنظری از سوی معاون وزارت بهداشت^۵ ۳۰٪ مردم تهران فاقد هر نوع بیمه درمانی هستند. با توجه به جمعیت تهران این تعداد بسیار بالا خواهد بود و با در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی نامناسب کشور و عدم تحقق اصل ۲۹ قانون اساسی می‌توان پیش‌بینی کرد که تعداد این افراد هر روز بیشتر می‌شود.

ضرورت اتخاذ حمایت‌های درمانی در شرایط اضطراری

سازمان‌های مختلف حقوق بشری ذیل بیانیه‌هایی به کشورهای مختلف اعم از دموکراتیک و غیر دموکراتیک، فقیر یا غنی توصیه کرده‌اند که حمایت‌های مناسبی را برای اقشار آسیب‌پذیر در جهت گسترش پوشش بیمه‌ای برای درمان بیماری کرونا تصویب کنند. برای نمونه در یکی از این نوع بیانیه‌ها سازمان دیدبان حقوق بشر^۶ به مقامات ایالات متحده امریکا که از جمله کشورهای ثروتمند جهان است، توصیه می‌کند تا پوشش بیمه‌ای مکفی را با هزینه دولت برای بیش از ۲۸ میلیون آمریکایی که فاقد پوشش بیمه‌ای مناسب هستند،

۴. <https://www.khabaronline.ir/news/1305026/> چند-

درصد مردم - ایران - بیمه - ندارند

۵. <https://www.borna.news/936267/4-درصد-بیمه-ندارند> بخش - اجتماعی -

مردم - تهران - بیمه - ندارند

۶. <https://www.hrw.org/news/20/03/2020/us-ensure-affordable-covid-19-treatment>

۱. <https://ir.voanews.com/a/universal-human-rights/3630053.html>

۲. <http://www.unic-ir.org/hr/convenant-ec.htm>

۳. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

درمان بیماران کرونایی شانه خالی می‌کنند و در بسیاری از موارد جز با پرداخت مبلغی در ابتدای مراجعه به مراکز درمانی، حتی تست کرونا هم از افراد مشکوک گرفته نمی‌شود.

حق درمان برای اتباع افغان

وقتی صحبت از حق درمان برابر به عنوان یکی از انواع حقوق بشر می‌شود، تفاوتی در دریافت این حق بین نژاد، ملیت و غیره وجود ندارد و نفس انسان بودن استحقاق دریافت چنین حقی را اثبات می‌کند. بنابراین اتباع خارجی مقیم ایران نیز از چنین حقی برخوردارند. در میان اتباع خارجی مقیم ایران اتباع افغانستان به لحاظ وضعیت پناهندگی نامساعدی که در ایران دارند، بسیار آسیب‌پذیرند و باید این حمایت‌های درمانی شامل آنها هم بشود.

حسن روحانی رئیس‌جمهور ایران در ۱۹ فروردین امسال اعلام کرد: «اگر از اتباع افغانستان و برادران و خواهران افغان ما، خدای نکرده، مبتلا به کرونا یا علامت‌دار بودند، حتماً درمان شوند و این درمان هم رایگان انجام شود»^۴. اما این قید کلی شامل بسیاری از اتباع افغان نمی‌شود چراکه مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی طی گزارشی^۵ تایید کرد خدمات درمانی رایگان شامل اتباع افغان فاقد مدارک هویتی نمی‌شود. این مساله نه تنها خلاف موازین حقوق بشر است بلکه سلامت سایر ساکنان ایران را نیز به خطر می‌اندازد چرا که با بالا بودن هزینه درمان، این اتباع افغان از مراجعه به بیمارستان خودداری خواهند کرد و همین مساله باعث شیوع بیشتر این ویروس و به خطر افتادن جان سایر انسان‌ها خواهد شد.

حق درمان برای زندانیان

زندانیان از دیگر اقشار آسیب‌پذیری هستند که در وضعیت نامساعدی به سر می‌برند و گزارش‌هایی از مرگ خاموش بسیاری از زندانیان در زندان‌های ایران وجود دارد. بر اساس ماده ۱۰۳ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها^۶ هزینه‌های درمان زندانیان بر عهده سازمان زندان‌هاست. بنابراین بر اساس این آیین‌نامه بهره‌مندی از حق درمان برای آنها شناخته شده است اما اینکه تا چه میزان این حق در عمل هم پیاده می‌شود جای

۱. <https://www.nytimes.com/03/04/2020/upshot/trump-hospitals-coronavirus.html>
۲. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-provinces-urged-to-scrap-wait-period-for-newcomers-to-access-public/>
۳. <https://www.iribnews.ir/fa/news/2653193>
۴. <https://www.jamejamonline.ir/fa/news/1262472>
۵. <https://www.asriran.com/fa/news/724019>
۶. <http://www.qavanin.ir/Law/PrintText/197192>

تامین کند. در همین راستا دولت دونالد ترامپ دستور^۱ مداوای رایگان بیماران فاقد پوشش بیمه‌ای را به بیمارستان‌ها داده است و قرار است دولت از محل بودجه‌ای صد میلیارد دلاری هزینه درمان را به بیمارستان‌ها پرداخت کند. همینطور در کانادا عده‌ای از فعالان حوزه سلامت از دولت کانادا درخواست کرده‌اند^۲ که به دلیل آنچه آنها شرایط اضطرار سلامت عمومی می‌خوانند، دولت تمام اشخاص جدیدالورود به کانادا از قبیل مهاجران، دانشجویان خارجی، اشخاص فاقد کار و کاناداییانی که به تازگی به کانادا برگشته‌اند را به عنوان اشخاص آسیب‌پذیر زیر پوشش بیمه سلامت عمومی قرار دهد. واضح است که چنین توصیه‌هایی برای کشورهایی با وضعیت بد اقتصادی چون ایران بسیار جدی‌تر است.

عملکرد حکومت ایران در تامین حق درمان برابر

اسفندماه ۱۳۹۸ سعید نمکی وزیر بهداشت ایران اعلام کرد^۳ که درمان بیماران مبتلا به کرونا رایگان خواهد بود و هیچ هزینه‌ای، حتی هزینه فرانشیز بیمه، نیز از آنها اخذ نخواهد شد! اما دقیقاً یک ماه بعد در فروردین ماه سال ۹۹ سخنگوی وزارت بهداشت طی مصاحبه‌ای^۴ اعلام کرد که تنها هزینه آزمایش کرونا و پی‌سی‌آر رایگان خواهد بود و بیماران باید هزینه دارو و تجهیزات استفاده شده را بپردازند؛ هزینه‌ای که برای بسیاری از شهروندان ایران سرسام‌آور است.

با این حال، گزارش‌های متعددی وجود دارد که اثبات می‌کند این دستور صرفاً یک فرمان نمایشی بوده و در عمل به هیچ وجه رعایت نمی‌شود. در یکی از این گزارش‌ها که وبسایت عصر ایران^۵ منتشر کرده، قید می‌شود که بیمارستان‌ها کماکان فیش‌های چندین میلیونی برای ترخیص بیماران بهبود یافته یا جنازه متوفیان صادر می‌کنند. در این گزارش تاکید شده که بیمارستان‌ها با امتناع از اخذ آزمایش و یا ذکر نکردن اینکه بیمار یا متوفی مبتلا به کرونا بوده است، از زیر بار رایگان بودن

۱. <https://www.nytimes.com/03/04/2020/upshot/trump-hospitals-coronavirus.html>
۲. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-provinces-urged-to-scrap-wait-period-for-newcomers-to-access-public/>
۳. <https://www.iribnews.ir/fa/news/2653193>
۴. <https://www.jamejamonline.ir/fa/news/1262472>
۵. <https://www.asriran.com/fa/news/724019>

سوال دارد.

از گزارشی که یکی از وبسایت‌های خبری داخل ایران^۱ از وضعیت دسترسی زندانیان به بهداشت و درمان در دوران همه‌گیری کرونا منتشر کرده، می‌توان اینطور استنباط کرد که درصد قابل توجهی از زندانیان از این حق درمان محروم‌اند. در این گزارش از زبان یکی از زندانیان زن نقل شده است: «زنان زندانی، مریض و غیر مریض همه با هم در سلول‌هایشان نگهداری می‌شدند، قیمت مایع دستشویی تا ۷۵ یا بعضاً تا ۱۰۰ هزار تومان فروخته می‌شده، وسایل ضد عفونی مثل ماسک و دستکش در اختیار زندانی‌ها نبوده و قرنطینه معنایی نداشته است؛ تا موقعی که من در زندان بودم خبری از غربالگری نبود؛ حالا هم که از زندان بیرون آمده‌ام دوستان هم‌بندم با من تماس می‌گیرند و می‌گویند امکانات بهداشتی همچنان ضعیف است. بعضی از آنها با علائم تب به پرسنل مراجعه کرده‌اند اما زندانبان‌ها به آنها گفته‌اند به تخت‌هایتان بروید و از روسری‌تان به عنوان ماسک استفاده کنید.» در نهایت، دامنه این بی‌مسئولیتی در قبال سلامت زندانیان به آنجا می‌رسد که نماینده مجلس شورای اسلامی و قوه‌ای که باید ناظر بر امور کشور باشد در مصاحبه‌ای^۲ در پاسخ به سوال در مورد وضعیت سلامت زندانیان در دوره کرونا می‌گوید: «اطلاعی از زندان قرچک ندارم. در شرایط کرونا جلسات هیچ کمیسیونی تشکیل نمی‌شود که بخواهیم به این موضوعات رسیدگی کنیم!»

حق درمان برای کارگران

از دیرباز سلامت و بهداشت با حقوق کار گره خورده است. ما نمی‌توانیم بدون حل مسائل کارگری، حق درمان را برای میلیون‌ها کارگر ایجاد کنیم. در زمینه تامین حق درمان برای کارگران ایرانی مسایل بسیار زیادی وجود دارد که به مثابه سدی در این راه عمل می‌کنند. کارگران زیادی در ایران بدون هیچ نوع قراردادی و به تبع آن بدون داشتن بیمه کار می‌کنند. بسیاری از کارگران فصلی هستند، بسیاری از کارگران مثل کارگران مشغول به کار در کارگاه‌های زیر ده نفر بر اساس قانون کار از شمول این قانون و حمایت‌های آن خارج هستند^۳ و در

۱. <https://www.khabaronline.ir/news/1377364/>
۲. <https://www.khabaronline.ir/news/1377364/>
۳. <https://www.khabaronline.ir/news/1377364/>

نتیجه هیچ نوع بیمه‌ای هم شامل این کارگران نمی‌شود.

به این مساله اضافه کنید ورشکستگی اقتصادی کشور و تحریم‌های فلج‌کننده و فساد عمیق حاکم بر اقتصاد ایران را که عملاً باعث اخراج بسیاری از کارگران شده است و زندگی میلیون‌ها خانوار و حق درمان آنها را با مشکل مواجه کرده است. مسلم است که در دوران قرنطینه و تعلیق فعالیت‌های اقتصادی، اشتغال و به تبع آن بیمه درمانی بسیاری از کارگران با مشکل مواجه شده است.

در همین رابطه ۱۴۶ انجمن صنفی کارگری طی بیانیه‌ای^۴ به این مشکلات اشاره و از دولت درخواست کمک کرده‌اند؛ تقاضای کمکی که تا به امروز بی‌پاسخ مانده است.

کرونا و ضرورت اقدامی همه‌جانبه

بحران کرونا تبدیل به بزرگ‌ترین چالش امنیتی-سیاسی-اقتصادی و حتی فرهنگی برای کل مردم جهان شده است اما دفع خطر جانی در درجه اول اهمیت برای تمام جوامع و دولت‌هاست. در این شرایط که بزرگ‌ترین و قوی‌ترین کشورهای جهان در مقابله با این بحران دچار مشکل شده‌اند، ایران که غرق در فساد و ناکارآمدی حکومتی و تبعیض و همینطور فشار خارجی و تحریم است، شرایط به مراتب دشوارتری دارد.

متأسفانه در کشورهای غیردموکراتیک چون ایران که حقوق بشر در اولویت حکومت نیست جان انسان‌ها ارزش چندانی ندارد. این را می‌شود از آمار اعدام‌ها، آمار کشته‌های تظاهرات دو سال اخیر (۱۵۰۰ کشته)^۵ و حتی از آمار کشته‌ها در تصادف‌های جاده‌ای (۲۸ هزار نفر در سال ۹۷)^۶ و قربانی کردن مردم برای سودآوری کمپانی‌های خودروسازی داخلی فهمید. بنابراین آنچه در این شرایط اهمیت دارد یادآوری حق درمان به عنوان یک حق مسلم و حیاتی برای مردم و متقابلاً یک وظیفه برای مجموعه حاکمیت است. حق درمانی که حداقل امروز باید در اولویت اول حکومت باشد و بر تمام هزینه‌های جاری مجموعه حاکمیت، از سیاست خارجی و هزینه‌های نظامی گرفته تا گسترش ایدئولوژی دینی-سیاسی، مرجع است.

۴. <https://www.hra-news.org/statements/a-468/>
۵. <https://www.reuters.com/article/us-iran-protests-specialreport/special-report-irans-leader-ordered-crackdown-on-unrest-do-whatever-it-takes-to-end-it-idUSKBN1YR0QR>
۶. <https://www.mashreghnews.ir/news/939537/>

و حشنتاک-کشته‌شدگان-سال-۹۷-در-تصادفات-جاده‌ای

نقض حق بر سلامت و چالش‌های پیش روی شهروندان در ایران



جواد عباسی توللی

بحران کرونا همچنان ادامه دارد و با وجود هشدارهای پزشکان، شهروندان در ایران همچون روزهای عادی سر کارهای خود بازگشته‌اند.

تصمیم‌های دولت حسن روحانی در ارتباط با بیماری کووید-۱۹ اما بخش زیادی از مردم از جمله قشرهای کم درآمد و آسیب‌پذیر همچون خرده کاسبان شهری، دستفروشان، زندانیان و... را از دریافت حداقل حمایت‌های اقتصادی و درمانی لازم از سوی دولت محروم کرده است.

از سوی دیگر و هم‌زمان با بی‌توجهی دولت به حل مشکلات شهروندان آسیب‌پذیر، نمایندگان مجلس نیز با تقدیم طرحی دوفوریتی موسوم به «مجازات عدم پیشگیری از انتقال بیماری‌های واگیر» به هیئت رئیسه مجلس، خواستار برخوردی آمرانه و امنیتی با شهروندان مبتلا به بیماری‌های واگیر شدند.

در صورت تصویب این طرح، اگر «بی‌مبالاتی و بی‌احتیاطی» شهروندان مبتلا به بیماری‌های واگیر محرز شود، به حبس و جزای نقدی محکوم خواهند شد.

ارائه طرح‌های اینچنینی از سوی نمایندگان مجلس در حالی است که میلیون‌ها نفر از شهروندان ایرانی به دلیل نقص در بیمه‌های درمانی و واگذاری بخشی از سهام شرکت‌های سازمان تأمین اجتماعی (شستا) به بخش خصوصی، در حال حاضر از عهده مخارج درمانی و حتی پرداخت هزینه ویزیت به پزشکان برنمی‌آیند.

بر اساس مفاد مندرج در ماده یکم این طرح، هر کس با وجود مشاهده علائم بیماری واگیر در خود با علم و اطلاع از مراجعه به پزشک برای تشخیص و درمان خودداری کند، به جزای نقدی درجه ۸ و یکی از مجازات‌های جایگزین حبس درجه ۸ محکوم می‌شود.

محمد مقیمی، وکیل پایه یک و کارشناس ارشد حقوق بشر در باره حق سلامت شهروندان و این اقدام نمایندگان مجلس به «حقوق ما» می‌گوید ارائه چنین طرحی نه تنها مبنای عقلانی ندارد، بلکه از منطبق حقوقی نیز برخوردار نیست چون شهروندانی که از سلامت عقلی کامل برخوردارند، در صورت ابتلا به بیماری، به پزشک مراجعه خواهند کرد.

مقیمی در ادامه می‌گوید: «در موارد استثنا هم باید کار روان‌شناسی یا دیگر راهکارهای درمانگری انجام شود و اعمال کیفر در این خصوص راه حل نیست. بنابراین، طرح چنین قانونی در جامعه ضرورتی ندارد. متأسفانه جامعه و حکومت ما کیفرگراست و بیشتر به دنبال اعمال مجازات است تا پیشگیری و حل ریشه‌ای مسائل.» به گفته این حقوقدان، دولت به خاطر ملاحظات سیاسی، شیوع ویروس کرونا در ایران را دیر اعلام کرد و با پنهانکاری در این زمینه، حق سلامت شهروندان را نقض کرد:

«همچنین دولت کمک‌های اقتصادی و اجتماعی مناسب برای شهروندان در نظر نگرفت و به ویژه کمک‌های مالی نیز به اقشار آسیب‌پذیر ارائه نکرد. اگر قرار است قانونی در این خصوص تصویب

شود، باید در مورد تقصیر دولت و الزام آن به اجرای تکالیف قانونی و ذاتی‌اش باشد چرا که دولت اصل شفافیت را در اعلام شیوع کرونا رعایت نکرده و در این زمینه مرتکب قصور و تقصیر شده است.»
اهمال دولت در زمینه تضمین بهداشت و درمان شهروندان در حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دولت‌های عضو این میثاق حق هر فرد را برای دستیابی و برخورداری از بالاترین (وضعیت) سلامت جسمی و روحی، به رسمیت می‌شناسند.
همچنین در ماده ۵۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر در خصوص



ماه‌های پس از شیوع ویروس کرونا تنها به اهمال کاری در زمینه مدیریت داخلی کشور محدود نمانده است. علی‌رغم اینکه سازمان پزشکان بدون مرز اعلام کرده بود در حال راه‌اندازی یک مرکز فوریت‌های پزشکی برای کمک به بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در استان اصفهان است، مسئولان وزارت بهداشت عملیات امدادی این سازمان را از روز چهارم فروردین ماه ۹۹ متوقف کردند.

به این ترتیب می‌توان گفت دولت ایران بی‌اعتنا به پروتکل‌ها و معاهدات بین‌المللی، از پذیرفتن مسئولیت در قبال تضمین حق سلامت شهروندان طفره می‌روند.

اساس‌نامه‌های بین‌المللی و بی‌تفاوتی جمهوری اسلامی

در اساس‌نامه سازمان جهانی بهداشت، دستیابی شهروندان به بیشترین سطح سلامت ممکن، به‌عنوان اصلی‌ترین وظیفه تعریف شده است. در واقع تأکید بر حق سلامت شهروندان در این اساس‌نامه تضمین کننده حق ذاتی انسان بر حیات، به مثابه بنیادی‌ترین حق بشر است. از سوی دیگر، در بند یکم از ماده ۲۱ میثاق بین‌المللی

ماه‌های پس از شیوع ویروس کرونا، دسترسی شهروندان به حق درمان و مساله تامین حق سلامت شهروندان در ایران را چگونه می‌توان ارزیابی کرد؟ ظرفیت حقوقی موجود در قوانین داخلی ایران، تا چه میزان دولت را ملزم به تأمین بهداشت و درمان شهروندان می‌کند؟
محمد مقیمی، وکیل دادگستری و کارشناس ارشد حقوق بشر در پاسخ می‌گوید: «مطابق قانون اساسی باید بیمه همگانی گسترش

پیدا کند و دولت حق بهداشت شهروندان را به‌طور رایگان تأمین کند. اما پس از انقلاب با وجود اینکه در قانون اساسی پیش‌بینی شد، نه تنها بیمه همگانی گسترش پیدا نکرد بلکه بیمارستان‌های خصوصی گسترش یافت و وضع حق سلامت و بهداشت که جزء حقوق بشر (حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) است، تنزل پیدا کرد.»

اشاره مقیمی به مفاد مندرج در قوانین داخلی ایران از جمله قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه است.

در یک بررسی متنی از قوانین موجود در ایران، برنامه پنج ساله ششم توسعه، تعیین کننده سیاست‌های کلی سلامت در تمام بخش‌های کشور محسوب می‌شود.

بر اساس این برنامه، دولت مکلف است به منظور تحقق سیاست‌های کلی سلامت، تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اقداماتی از قبیل «اجباری کردن پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور» و «برخورداوری شهروندان از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه» را مصوب و اجرایی کند.

در ذیل ماده پنجم از برنامه ششم توسعه همچنین برای جلوگیری از تعرض احتمالی بخش خصوصی به حق بر سلامت شهروندان آمده است: «عقد قرارداد و هر گونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مشمول بسته بیمه پایه سلامت توسط شرکت‌های بیمه تجاری و صندوق‌های بیمه پایه با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.»

در برنامه ششم توسعه همچنین از تیر ماه ۸۹ برای هر شهروند ایرانی یک پرونده الکترونیک سلامت باز شده است که بر مبنای آن هم‌پوشانی بیمه‌ای و مشکلات ناشی از آن برای شهروندان برطرف شده است.

گذشته از این، در اصل چهل و سوم از قانون اساسی بر «تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه» تأکید شده است.

همچنین در اصل ۹۲ از قانون اساسی برخورداری از تأمین اجتماعی و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و ... حقی همگانی توصیف شده است. طبق این اصل دولت موظف است بر اساس قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.

محمد مقیمی اما با اشاره به همین اصول مصرح قانونی می‌گوید: «قانون اساسی و قوانین عادی در کشورمان بر گسترش بیمه

همگانی و تأمین اجتماعی تأکید کرده‌اند اما اجرای این تعهدات قانونی به میزان پای‌بندی حکومت به موازین دموکراتیک و اصول حکمرانی مطلوب بستگی دارد.»

او می‌گوید: «متأسفانه سوء مدیریت حکومت موجب فلاکت اقتصادی شده که یکی از تأثیرات آن بر حق سلامت شهروندان است. برای نمونه در قانون هدفمند کردن یارانه‌ها مقرر شده بود بخشی از یارانه‌ها به بخش سلامت اختصاص یابد. صرف نظر از اینکه قانون یاد شده ایرادات حقوقی داشت و باید بهتر وضع می‌شد، اما همان قانون هم به درستی اجرا نشد و سهم بخش سلامت و تأمین اجتماعی به طور کامل پرداخت نشد.»

سازمان بیمه سلامت اما اواسط آذر ماه ۸۹ و با نادیده گرفتن بخشی از قوانین کشور، تنها کمتر از سه ماه پیش از اعلام رسمی شیوع کرونا اعلام کرد که دفترچه بیمه حدود ۲۱ هزار نفر از شهروندان تحت پوشش بیمه‌های درمانی سلامت تنها به شرط پرداخت ۰۵ تا ۰۱ درصد سرانه درمان تمدید می‌شود.

از سوی دیگر، نهادهای دولتی روز ۰۲ آذر ماه ۸۹ اعلام کردند که از پرداخت ۰۵۲ هزار میلیارد تومان بدهی خود به سازمان تأمین اجتماعی ناتوانند. از این رو دولت حسن روحانی جهت «جلوگیری از ورشکستگی» این سازمان، دو راهکار را در پیش گرفت: اول طرح اصلاح قوانین تأمین اجتماعی که به کاهش خدمات به بیمه‌شدگان و بازنشستگان می‌انجامد و دوم، موظف کردن سازمان به واگذاری بنگاه‌ها و فروش اموال برای جبران کسری بودجه.

در نهایت دولت روز ۷۲ فروردین ماه، بدون اعتنا به خواست و

اراده عمومی کارگران، ۰۱ درصد از کل سهام شرکت سرمایه‌گذاری تأمین اجتماعی (شستا) را در بورس تهران به بخش خصوصی واگذار کرد.

بر اساس آمارها دست‌کم ۴۴ میلیون نفر از کل جمعیت کشور تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی قرار دارند. واگذاری سهام شستا به بخش خصوصی از یک‌سو و عدم نظارت کافی دولت از سوی دیگر، نگرانی‌ها را در باره گران شدن مخارج درمانی برای بیش از نیمی از جمعیت ایران در ماه‌های پس از شیوع کرونا افزایش داده است.

بر اساس گزارش‌های موجود، صدها شهروند ایرانی مبتلا به کووید-۹۱ به دلیل عدم توانایی برای تأمین مخارج بیمارستان از بستری شدن و درمان تخصصی محروم مانده و بالاجبار به درمان خانگی روی آورده‌اند.

روزهای پس از شیوع کرونا و بی‌پناهی شهروندان آسیب‌پذیر
بررسی سابقه دولت‌های مختلف در دست‌کم چهار دهه اخیر نشان می‌دهد نظام مدیریت بحران و سلامت در ایران در هر چهار مرحله «پیشگیری، آمادگی، مقابله، بازسازی و بازتوانی» ناکارآمد عمل کرده است.

در اغلب کشورهای درگیر با بحران کرونا، دولت‌ها علاوه بر تأمین نیازهای پزشکی و درمانی چتر حمایتی خود را گسترده‌تر کرده و یارانه‌هایی برای مزدبگیران و اقشار کم‌درآمد تعیین کرده‌اند. دولت ایران اما همچنان چشم به کمک‌های مردمی و تأمین نیازهای اولیه

مراکز درمانی به وسیله خود مردم دارد.

از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر در وضعیت فعلی دستفروشان هستند که دو ماه است کسب و کارشان به دلیل همه‌گیری ویروس کرونا در ایران تعطیل شده. اقتصاد غیررسمی در ایران تحت تأثیر بیماری کووید-۹۱ قرار گرفته است و همه کارگرانی که در بخش به اصطلاح «زیرپله‌ای» اقتصاد ایران لقمه نانی برای خود و خانواده‌شان فراهم می‌آوردند، به حال خود رها شده‌اند.

از طرف دیگر سازمان تأمین اجتماعی به دلیل کسری بودجه چند هزار میلیاردی، توانایی کمک به کارگران زیرپله‌ای را ندارد. از این رو گروهی از دستفروشان دوشنبه ۵۲ فروردین مقابل ساختمان شهرداری تهران تجمع کردند. از جمله مطالبات مطرح شده از سوی دستفروشان در این تجمع، قرار گرفتن تحت پوشش بیمه بود.

برگزاری تجمع اعتراضی توسط دستفروشان در حالی صورت گرفت که حسن روحانی، اوایل فروردین ماه در جلسه ستاد مدیریت مبارزه با کرونا مدعی شد: «امروز هر کس به کرونا مبتلا می‌شود و وارد بیمارستان می‌شود ۰۹ درصد را دولت و بیمه پرداخت می‌کند و او فقط ۰۱ درصد را پرداخت می‌کند.»

زندانیان اما دیگر گروه آسیب‌پذیر در شرایط فعلی هستند. دغدغه سلامت بسیاری از زندانیان به ویژه زندانیان سیاسی وعقیدتی، به عنوان یکی از موارد نقض حقوق زندانیان است که به بحرانی در ماه‌های پس از شیوع کرونا در ایران تبدیل شده است. بهداشت و سلامت زندانیان، بخشی از بهداشت عمومی جامعه محسوب می‌شود که قوه قضاییه و دولت به صورت مشترک مسئولیت تأمین آن را بر عهده دارند.

به گزارش رسانه‌های داخلی ایران، توزیع اقلام بهداشتی بعد از شیوع کرونا در زندان‌های ایران بسیار محدود شده و زندانی باید مواد اولیه بهداشتی مورد نیاز خود را به چندین برابر قیمت رسمی از فروشگاه‌های زندان بخرد.

بنا بر گزارش‌ها، علاوه بر کمبود امکانات پزشکی، تمهیدات پیشگیرانه و درمانی همچون غربالگری در بسیاری از زندان‌های ایران از سوی مسئولان اتخاذ نشده و در حال حاضر ویروس کرونا جان هزاران زندانی را در معرض خطر قرار داده است.

این در حالی است که هم در قوانین داخلی و هم در اسناد و معاهدات بین‌المللی تأکید شده است که یک زندانی باید به مانند دیگر افراد جامعه از حق درمان و رسیدگی پزشکی بهره‌مند شود و مسئولان زندان مکلف به رعایت این حق هستند.

در ایران اما نه تنها زندانیان که گروه‌های مختلفی از مردم از حق بر بهداشت و درمان برخوردار نیستند و جانشان همچون کالا خرید و فروش می‌شود.



تأمین کند». اما واقعیت چیز دیگری است و هر ساله حکومت به بهانه‌های گوناگون از ایفای این نقش و انجام این مسئولیت طفره رفته است.

از منظر اقتصادی هم تأمین اجتماعی، آموزش و پرورش و خدمات بهداشتی و درمانی، کالای عمومی در نظر گرفته می‌شوند و استفاده از این امکانات باید شامل همه بشود. اما در عالم واقع، ما تخطی یا انحراف از این استانداردها را در زندگی اجتماعی روزمره تجربه می‌کنیم. به این معنی که هر چند قانون بر دسترسی و استفاده برابر از این امکانات تأکید کرده اما از آنجایی که مردم در واقعیت از نظر دانش و ارتباطات، دارایی و درآمد و منزلت اجتماعی، قدرت سیاسی و یا حتی حقوق بالفعلی که دارند، برابر نیستند، طبیعی است که این منابع هم به طور یکسان توزیع نمی‌شود.

برای مثال اگر فکر کنید که استفاده از امکانات بهداشتی در یک شهر معین، نیازمند یک دیوان‌سالاری است، طبیعی است افراد قدرتمندتر از نظر سیاسی یا منزلتی و یا مالی، این منابع را بهتر و سریع‌تر و با دور زدن دیوان‌سالاری مرسوم یا به اصطلاح پارتی‌بازی به چنگ می‌آورند. بنابراین این سه متغیر می‌تواند تأثیر بگذارد بر این که چه کسی بیشتر یا کمتر از امکانات درمانی می‌تواند استفاده کند.

در اقتصادهایی مانند اقتصاد ایران یا برخی کشورهای دیگر، فعالیت بخش خصوصی در این زمینه‌ها به رسمیت شمرده شده است. از آنجا که خدمات بهداشتی و درمانی در بازار عرضه می‌شود، عده‌ای به جای این که آن را از مجاری دولتی و از کانال دیوان‌سالاری که طولانی یا پرزحمت یا بی‌کیفیت دریافت کنند، می‌توانند این دیوان‌سالاری را دور بزنند و خدمات و کالای عمومی را با کیفیت بهتر و بدون هیچ مانعی در اختیار بگیرند.

اما اگر همین‌جا متمرکز شویم که این خدمات عمومی را دو نهاد یعنی بخش خصوصی و بخش دولتی تأمین و توزیع می‌کنند، چه در مورد خدماتی که از سوی دولت عرضه می‌شود و چه بخش خصوصی، آن سه متغیر بار دیگر به میدان آمده و موثر واقع می‌شوند و نحوه استفاده از این امکانات را به نابرابری منحرف می‌کند.

بنابراین در عالم واقع، آن‌چه بر روی کاغذ هست و قول و تعهداتی که دولت‌ها داده‌اند عملی نمی‌شود و ما با عملی متفاوت از قوانین و تعهدات دولت‌ها روبرو هستیم.

آقای علوی! اگر بخواهیم به طور متمرکز در مورد ایران صحبت کنیم، بحث خصوصی‌سازی در بخش درمان اجرا شده است. چه نسبتی وجود دارد میان خصوصی‌سازی و توزیع برابر خدمات درمانی؟

و درمانی است، به رسمیت شناخته شده است.

اما چه نسبتی میان نوع حکومت‌ها و دسترسی اعضای آن جامعه به خدمات درمانی به طور برابر وجود دارد؟

خب آنچه تا به حال ما صحبت کردیم در مورد قوانین رسمی حاکم بر کشور است، به خصوص قانون اساسی ایران که این برابری را به رسمیت شناخته شده و دسترسی به امکانات عمومی را مختص گروه خاصی نکرده است.

مثلاً بنا به اصل بیست‌ونهم قانون اساسی جمهوری اسلامی، «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک فرد کشور



مجله «حقوق ما» درباره اثر سیاست‌گذاری اقتصادی حکومت‌ها بر حق دسترسی برابر شهروندان به خدمات درمانی، با احمد علوی، اقتصاددان ساکن سوئد، گفت‌وگو کرده است.

آقای علوی! آیا می‌توانیم میان حقوق بشر و دسترسی برابر افراد به خدمات درمانی نسبتی برقرار کنیم؟

اگر نگاهی بیندازیم به بیانیه جهانی حقوق بشر، بخصوص مواد ۲۲ تا ۲۷، بر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی افراد از جمله حق سلامتی تأکید می‌کنند. بطور خاص بنا به ماده ۲۵ «هر انسانی سزاوار یک زندگی با استانداردهای قابل قبول برای تأمین سلامتی و رفاه خود و خانواده اش، از جمله تأمین خوراک، پوشاک، مسکن، مراقبت‌های پزشکی و خدمات اجتماعی ضروری است و همچنین حق دارد که در زمان‌های بیکاری، بیماری، نقص عضو، بیوگی، سالمندی و فقدان منابع تأمین معاش، تحت هر شرایطی که از حدود اختیار وی خارج است، از تأمین اجتماعی بهره‌مند گردد».

این‌جا از حقوق برابر در عرصه سیاسی و برابری افراد از لحظه‌ای که متولد می‌شوند، صحبت می‌شود. طبیعی است وقتی حقوق سیاسی برابر برای شهروندان در نظر گرفته شود و مشارکت سیاسی برابر باشد، قاعدتاً می‌بایست در مورد منابع عمومی مانند استفاده از منابع طبیعی یا آموزش و پرورش و بیمه تأمین اجتماعی و در نهایت بهداشت عمومی و درمان هم وجود داشته باشد.

جز بیانیه جهانی حقوق بشر، در بسیاری از کشورها از جمله خود ایران، بنا بر آنچه در قانون اساسی آمده، حق برابر برای تأمین اجتماعی که پیامد آن حق برابر برای استفاده از امکانات بهداشتی

بسیاری از خدمات درمانی باید بر اساس قانون اساسی به شکل برابر از لحاظ کمی و کیفی

در اختیار شهروندان قرار گیرد اما خصوصی‌سازی سبب شده که یا کیفیت این خدمات

پایین بیاید و یا کمیت آن‌ها

اگر منظور شما از خصوصی‌سازی، بخش خدمات عمومی باشد، طبیعی است که در جامعه ایران که یک جامعه طبقاتی است و قشربندی خاصی دارد، دسترسی به خدمات درمانی برابر نیست. این دسترسی، تحت تاثیر قدرت سیاسی، منزلت اجتماعی و درآمدی است که در اختیار افراد قرار می‌گیرد.

یک شهروند که در یک نقطه دورافتاده کشور در ایران زندگی می‌کند، نه تنها خدمات را در دسترس ندارد بلکه حتی از حقوق خود هم خبر ندارد و نمی‌داند که دسترسی به امکانات حق اوست؛ در نتیجه نمی‌تواند از آن استفاده کند. در مقابل در شهرهای بزرگی مثل تهران، شیراز، تبریز و مشهد، شهروندان به مراکز تولید این خدمات نزدیک هستند و دسترسی دارند، از حقوق و امکانات خود هم با اطلاع‌اند. اما برای شهروندان موانعی برای استفاده وجود دارد زیرا با گستردگی فساد در جامعه ایران، تبعیض در عرضه خدمات به شهروندان به چشم می‌خورد. البته این نابرابری، به شکل سامان‌یافته و مزمن نیز وجود دارد و لاقل در نیم قرن اخیر وجود داشته و تبدیل شده به دستگاه متصلبی که دگرگونی در آن بسیار دشوار است و با مقاومت نهادها و طبقات ذی نفع روبه‌رو می‌شود.

تصور کنید فردی که در دهک‌های پایین جامعه با درآمد پایین قرار دارد، برای خرید خدمات درمان به بیمارستانی مراجعه می‌کند، با ساختاری خصوصی‌سازی‌شده مواجه می‌شود. هرچند بسیاری از خدمات درمانی که باید براساس قانون اساسی به شکل برابر از لحاظ کمی و کیفی در اختیار شهروندان قرار گیرد اما خصوصی‌سازی سبب شده که یا کیفیت این خدمات بهداشتی یا درمانی پایین بیاید و یا کمیت آنها محدود شود. در نتیجه شهروندی که باید حق استفاده و به کارگیری خدمات را داشته باشد، حالا باید این خدمات را با کیفیت بسیار پایین در اختیار بگیرد یا برای دریافت خدماتی با کیفیتی بهتر، به بازار مراجعه کند.

در واقع، این خدمات شامل انواع خدمات بهداشتی و درمانی، دارو و جراحی‌ها هستند. بنابراین دولت با خصوصی‌سازی سبب شده تا سبد خدمات و کالای عمومی که به شکل گسترده و همه‌جانبه باید عرضه می‌شد، کوچک و کوچکتر شده و به خدماتی با کیفیت پایین تنزل پیدا کند.

با توجه به فقر هفت دهک از جامعه ایران، که به گفته حاکمیت مشمول دریافت یارانه هستند، کسانی نیازمند به دریافت امکانات درمانی‌اند، در عمل از دسترسی به آن محروم می‌شوند.

آمار مرکز آمار ایران هم نشان می‌دهد که با گران‌شدن هزینه خدمات درمانی و بهداشتی، این خدمات از سبد هزینه خانوار خارج شده است. در این میان تنها کسانی که در سه دهک بالای جامعه هستند می‌توانند از این خدمات استفاده کنند.

عکس این ماجرا در دولت‌های رفاه که این خدمات را به شکل گسترده عرضه می‌کنند، قابل توجه است. در این کشورها خدمات بهداشتی و درمانی، از ساده‌ترین نیازها تا پیچیده‌ترین جراحی‌ها، به طور رایگان یا حداقلی از هزینه برای کلیه شهروندان انجام می‌شود.

در موقعیتی که جهان در گیر معضل کرونا است، چه شکلی از حکومت می‌تواند خدمات بهتری را به شهروندانش ارائه کند؟

بیشتر کشورهای اروپایی مثل آلمان و کشورهای نوردیک، یعنی شمال اروپا، توانسته‌اند خدمات برابری را به شهروندان خود ارائه دهند. در این کشورها دولت تا حدی در اقتصاد دخالت می‌کند اما بخش خصوصی آنها هم فعال است.

می‌توانیم بگوییم که در این کشورها سه بخش فعالیت دارند، بخش خصوصی، بخش دولتی و بخش سوم یعنی جامعه مدنی یا همان سازمان‌های مردم‌نهاد. در این کشورها به هر حال علی‌رغم نظام اقتصادی‌شان که مبتنی بازار است، دولت، دولت رفاه است و خود را مکلف می‌بیند که خدمات عمومی مانند آموزش و پرورش و یا بهداشت و درمان و یا تامین اجتماعی را به طور گسترده و برابر برای همه شهروندان عرضه کند. این خدمات هم از نظر کمیت و هم از نظر کیفیت به تساوی در اختیار مردم قرار گرفته است.

در این میان اگر کسانی بخواهند به کیفیت بالاتری از خدمات دسترسی داشته باشند، می‌توانند از خدمات بهداشتی و درمانی خصوصی استفاده کنند. اما تفاوت خدمات بخش دولتی و بخش خصوصی در این کشورها هم زیاد نیست و بسیاری از مردم ترجیح می‌دهند که از همان خدمات دولتی استفاده کنند.

این کشورها هر چند در آنها خصوصی‌سازی انجام شده اما به دلیل ساختار سیاسی‌شان، خصوصی‌سازی سبب‌نشده تا آن کالا یا خدمات عمومی از سبد هزینه خانوار خارج شود بلکه بالعکس، دسترسی خانواده‌های کم درآمد به خدمات درمانی و بهداشتی با بالاترین کیفیت بیشتر شده است.

چگونه این اتفاق افتاده است؟ چگونه ممکن است که یک ساختار را از تبعیض در مورد اقشار کم در آمد دور نگه داشت؟

با گسترش خصوصی‌سازی افسار گسیخته از سوئی و همزمان کاهش اعتبارات بخش‌های رفاهی جامعه ایران، عرضه بخش عمده کالای عمومی با کیفیت مانند خدمات درمانی به بخش خصوصی سپرده شده است. بنابراین اقشاری که درآمد بیشتری دارند توانایی بیشتری برای خرید این خدمات را دارند.

بالعکس گروه های اجتماعی کم درآمد مانند زنان، حاشیه‌نشیان، حقوق‌بگیران، اقلیت‌های مذهبی و قومی که سهم آن‌ها در هرم توزیع منابع سیاسی، اقتصادی و منزلتی کم است طبیعتا نمی‌توانند خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت مطلوب را از بازار تهیه کنند. چنین امری با توجه به تورم مزمن و شدید و همزمان درآمد محدود و قدرت خرید رو به کاهش این گروه‌ها، عملا دشوار است.

آقای علوی، چه عواملی در ساختار سیاسی یک کشور باید وجود داشته باشد تا برابری در دسترسی به امکانات عمومی را تضمین کند؟

اول ساختار بهداشتی، درمانی و پزشکی آن کشور، دوم بودجه و اولویت‌هایی که سیاستمداران برای این بودجه‌بندی قایل هستند و نیز سرانه درآمد شهروندان.

علاوه بر این سه، متغیرهای دیگر هم وجود دارد، کشورهایی که کسر بودجه‌شان بالاست و بدهی دولت نسبت به تولید ناخالص داخلی بالاست، طبیعتا در شرایط خاص، مانند همه‌گیری ویروس کرونای جدید، نمی‌توانند مقاومت زیادی نشان دهند.

شفافیت و تداوم در اطلاع‌رسانی و آموزش هم از ویژگی‌های مهم این حکومت‌هاست. در نهایت نباید نقش مشارکت شهروندان در قدرت سیاسی و سازمانهای مردم‌نهاد را از یاد برد. برای همین شهروندان هم در هماهنگی کامل با حکومت اقدام می‌کنند. در رسانه‌های عمومی این کشورها می‌بینیم که این اطلاعات به سرعت منتشر می‌شود. این سبب می‌شود که سرمایه اعتماد عمومی دولت زیاد شود و در نتیجه، همکاری حاکمیت با شهروندان افزایش پیدا کند.

مثلا اگر قرار است قرنطینه اجرا شود، قرنطینه به شکل خودکار و با کمترین هزینه بدون اعمال فشار انجام می‌شود. از طرف دیگر حاکمیت پاسخگو است و فساد مالی و مدیریتی ندارد. به همین دلیل منابع در چارچوب هدف‌گذاری یا منافع شهروندان بکار گرفته میشود.

به ایران برگردیم؛ می‌بینیم که جمهوری اسلامی سیاست‌های متفاوتی را در برابر ویروس کرونا در پیش گرفته. از سویی تعطیلات نرروز از مردم می‌خواهد که قرنطینه را رعایت کنند و بلافاصله پس از پایان تعطیلات، دستور بازگشایی ادارات و حضور دست‌کم یک سوم کارمندان در محل کار را صادر می‌کند. این در حالی است که براساس قانون اساسی، مسئولیت تامین بهداشت و سلامتی مردم بر عهده حکومت است. چه عوامل اقتصادی مانع از صدور دستور قرنطینه برای تامین بهداشت مردم و

حفاظت از آنها در برابر ویروس کرونا می‌شود؟

به نکته مهمی اشاره کردید. از آن جهت که در ایران نهادهای قدرت متعدد و متنوع هستند، از نهادهای مذهبی تا نهادهای سیاسی در شئون مختلف حکومت دست دارند. برای همین هم برخلاف آلمان یا کشورهای اسکاندیناوی که سیاست‌گذاری جامع، روشن و یک‌پارچه‌ای داشتند، سیاست‌گذاری در ایران نه روشن بود و نه یک‌پارچه. نهادهایی مذهبی که مرجعیت سیاست‌گذاری را حق خود می‌دانند چوب لای چرخ دیوان‌سالاری گذاشتند. با مراجعه به رسانه ملاحظه می‌شود که در مصاحبه‌هایی که با مردم می‌شود، آنها نمی‌دانند باید چکار کنند در حالی که شهروند آلمانی یا سوئدی می‌داند که دولت چه می‌خواهد و چه وظیفه‌ای دارد و وظیفه این شهروند نسبت به خود، دولت و جامعه چیست. این حاصل همان ساختار معیوب حاکمیت است که نامش جمهوری اسلامی است و از ائتلافی از نیروهای گوناگون مانند امنیتی‌ها، حوزوی‌ها و دیوان‌سالاران، نهادهای نظامی و امنیتی تشکیل شده است.

از آنجا که این حاکمیت دارای حکمرانی یک‌پارچه و موثری نیست، این سیاست‌گذاری فراز و نشیب دارد. همین باعث شده تا اعتماد به دولت که سرمایه‌ای اجتماعی است و باید وجود داشته باشد تا در این شرایط از آسیب‌ها بکاهد، از دست رفته است. ما در نظرسنجی‌ها دیده‌ایم که اعتماد به سیاست‌گذاری‌ها و اطلاع‌رسانی کم و کمتر شده است.

کاهش سرمایه اجتماعی باعث می‌شوند هر چقدر منابع مالی و مدیریتی برای کنترل شرایط به کار گرفته شود، باز هم بهبودی در شرایط ایجاد نشود زیرا رکن اساسی، مشارکت مردم در مقابله با ویروسی مانند کرونا است.

در مورد خاص ایران به جز مساله سیاست‌گذاری که روشن و یک‌پارچه نبوده، باید توجه داشته باشیم که ساختار بهداشتی و پزشکی ایران در ۲۵ ساله اخیر دچار دگرگونی شده و با خصوصی‌سازی‌ای که انجام شده و به جای توزیع منابع خدمات عمومی به طور یک‌سان این منابع با توزیع رانتی در اختیار اقشار خاصی از جامعه قرار گرفته، زیرساخت بهداشتی و درمانی موجود به شدت ناکارآمد شده است.

هم‌زمان باید بدانیم که حاکمیت و دولت دچار کسر بودجه‌ای شدید است که عمده آن به دلیل فرار یا معافیت مالی نهادهای تحت امر رهبر جمهوری اسلامی است. افزون بر این، اولویت‌های بهداشتی و درمانی در چارچوب سیاست‌گذاری‌های حکومت نبوده و خدمات عمومی به تدریج از اولویت‌های حاکمیت خارج شده است. اکنون اولویت در بودجه، تامین منابع مورد نیاز نهادهای تحت نظر رهبر جمهوری اسلامی که هدف آنها تحکیم قدرت و بقای حاکمیت نه تولید خدمات رفاهی است.



دسترسی برابر به درمان در حقوق ایران

«پیریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه.»
اصل ۲۹ قانون اساسی^۲ به‌طور مستقیم به موضوع حق درمان پرداخته و مقرر داشته است: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بی‌کاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های 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 حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.»

برای اجرای این اصل هم سازمان بیمه سلامت ایران که **اساسنامه**^۳ آن مشتمل بر ۱۶ ماده است، زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد تا حمایت مذکور در این اصل از یک‌یک شهروندان محقق شود.

در نگاهی جستجوگر در قانون اساسی می‌توان مواردی را هم سافت که قانون‌گذار به موضوع برابری در حقوق که حق درمان را هم شامل می‌شود، اشاره کرده است. از جمله در **اصل ۲۰ قانون اساسی**^۴ آمده است: «همه افراد ملت اعم از زن و مرد یکسان در حمایت قانون قرار دارند و از همه حقوق انسانی،

سلامتی ملت‌ها، برای دستیابی به صلح و امنیت، واجد اهمیت اساسی است.»
 به گفته این حقوقدان، صرف‌نظر از ابعاد بین‌المللی این حق، در نظام‌های حقوقی کشورها، حق بر سلامت به عنوان حقی اساسی مورد شناسایی قرار گرفته و دولت‌ها تعهداتی را در این زمینه در قبال شهروندان بر عهده گرفته‌اند.

فرهنگ فقیه لاریجانی می‌گوید: «قرار دادن موضوع سلامت شهروندان در قوانین اساسی و عادی، موجب ایجاد تکالیفی برای دولت‌ها شده است. در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، در اصل بیست و نهم، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی که دولت هم موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای تک تک افراد کشور تأمین کند. همین‌طور در بند یک اصل ۴۳ قانون اساسی، بهداشت و درمان به عنوان نیازهای اساسی شمرده شده و تأمین آن برای همه از وظایف دولت قلمداد شده است.»

حق سلامت در نظام حقوق داخلی

اولین اصلی در قانون اساسی که به موضوع بهداشت و سلامت اشاره کرده، **بند ۱۲ اصل ۳۱**^۵ است که بدین صورت بر رفع هرگونه محرومیت در «زمینه بهداشت و تعمیم بیمه» تأکید کرده:

1. <https://bit.ly/35PJLxd>

مردم بازگرداند، مردمی که این بار در جامعه‌ای مدرن زندگی می‌کنند با سولاتی متفاوت از دوره‌های قبل بیماری‌های همه‌گیر مواجه هستند. در زمانه‌ای که حقوق بشر تعریف شده و بر برابر بودن همه انسان‌ها تأکید دارد، آیا برابری در درمان حقی جداگانه محسوب می‌شود؟

پاسخ این سوال مثبت است. **حق بر سلامت**^۳ یکی از مهم‌ترین حقوقی است که در اسناد و معاهدات بین‌المللی مورد تأکید قانون‌گذار و سیاستمداران قرار گرفته است. در تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) اهمیت سلامت روان در ردیف سلامت جسمی و اجتماعی افراد در نظر گرفته شده است.

در مقدمه **اساسنامه سازمان بهداشت جهانی**^۴ حق هر انسان برای دسترسی به بالاترین سطح ممکن سلامتی به رسمیت شناخته شده و سلامت فردی، مهمترین وضعیت مطلوب و کرامت هر انسانی محسوب می‌شود.

فرهنگ فقیه لاریجانی، وکیل پایه یک دادگستری و استاد دانشگاه، **معتقد است**^۵: «بحث حق سلامت از منظر حقوقی محدود به سلامت جسمی نیست و جنبه‌های روانی و معنوی فرد را نیز شامل می‌شود. همچنین در مقدمه اساسنامه بهداشت جهانی، بهره‌مندی از بالاترین استاندارد برای دستیابی به سلامتی، یکی از حق‌های بنیادین هر انسانی شناخته شده و تأکید گردیده که

3. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

4. <https://bit.ly/3brqTpv>

5. <https://www.magiran.com/article/3086523>

از آخرین همه‌گیری‌های بیماری‌های واگیردار در ایران سال‌ها می‌گذرد. در سال ۱۲۶۹ و ۱۲۷۳ وبا تمام ایران را فرا گرفت. **آرتور دوگوبینو** مورخ فرانسوی که در این سال در تهران به سر می‌برد، می‌نویسد: «هر کس دو پا داشت و می‌توانست فرار کند، برای حفظ جان خود از پایتخت گریخت. مردم چنان می‌مردند که گویی برگ از درخت می‌ریزد، من تصور می‌کنم که بیش از یک سوم سکنه شهر تهران در اثر وبا مردند.»^۱

در سال ۱۲۸۴ وبای شدید دیگری در همه شهرهای ایران همه‌گیر شد. در همان سال طبق برآورد **ژوزف دزیره تولوزان** پزشک مخصوص ناصرالدین شاه، حدود یکصد هزار نفر به خاطر ابتلا به وبا درگذشتند. در سال ۱۲۸۷ وبا همراه قحطی پدیدار شد. در سال ۱۲۹۴ وبای سختی در گیلان پدیدار گشت و ۱۰ تا ۱۲ هزار نفر را تلف کرد. در سال ۱۳۰۷ باز وبا از کرمانشاهان آمد. آخرین وبا در ۱۳۰۹ از بادکوبه آغاز شد و روسیه را گرفت و به اندک زمانی از شهرحاجی ترخان (آستراخان) به رشت رسید. در تابستان ۱۳۰۹ وبا به سمنان و دامغان زد و در اوایل محرم سال ۱۳۱۰ در تهران شیوع یافت. دکتر تولوزان می‌نویسد: «در مدت سی سال که من در ایران بودم، این سخت‌ترین و گسترده‌ترین وبایی بود که شاهدش بودم. و کسی امید یک ساعت زنده ماندن نداشت.»^۲

اما حالا و پس از سال‌ها، همه‌گیری کرونا بار دیگر نگرانی را به

1. <https://bit.ly/3bnvn02>

2. <https://bit.ly/2zuGQgY>

2. <https://bit.ly/2LnYtBP>

3. <http://rrk.ir/Laws/ShowLaw.aspx?Code=971>

4. <https://bit.ly/2zoDU5I>

سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با رعایت موازین اسلام برخوردارند.»

اصل ۲۱ قانون اساسی^۱ هم به حق بر سلامت در دوره بارداری زنان اشاره می‌کند و این در حالی است که در اصل ۲۰ به حقوق انسانی بدون هیچ‌گونه تبعیض بین زن و مرد پرداخته شده است. در اصل ۴۳ قانون اساسی^۲ هم که به سیاست‌های اساسی دولت پرداخته، بهداشت یک نیاز اساسی در نظر گرفته شده است.

اما آیا در زمانی که یک بیماری همه‌گیر مانند کرونا جان شهروندان را مورد تهدید قرار داده است، ضمانتی برای اجرای این قوانین در نظر گرفته شده است؟

فرهنگ فقیه لاریجانی، حقوقدان با تاکید بر این که تضمین شفاف و مشخصی برای اینکه دولت چه اقدام‌هایی را باید در زمینه بیماری‌های همه‌گیر انجام بدهد، در قوانین عادی و مقررات اجرایی تعبیه نشده می‌گوید: «در حال حاضر هنوز از نظر حقوقی به طور شفاف نمی‌توان گفت که آیا نظام درمان رایگان است یا از

۱. دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلامی تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد:

۱- ایجاد زمینه‌های مساعد برای رشد شخصیت زن و احیای حقوق مادی و معنوی او.

۲- حمایت مادران، بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند، و حمایت از کودکان بی سرپرست.

۳. ایجاد دادگاه صالح برای حفظ کبان و بقای خانواده.

۴. ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست

۵. اعطای قیمومت فرزندان به مادران شایسته در جهت غبطه آنها در صورت نبودن ولی شرعی

۶. برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، باحفظ آزادگی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیر استوار می‌شود:

۱. تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.

۲. تأمین شرایط و امکانات کار برای همه به منظور رسیدن به اشتغال کامل و قراردادن وسایل کار در اختیار همه کسانی که قادر به کارند ولی وسایل کار ندارند، در شکل تعاونی، از راه وام بدون بهره یا هر راه مشروع دیگر که نه به تمرکز و تداول ثروت در دست افراد و گروه‌های خاص منتهی شود و نه دولت را به صورت یک کارفرمای بزرگ مطلق درآورد. این اقدام باید با رعایت ضرورت‌های حاکم بر برنامه‌ریزی عمومی اقتصاد کشور در هر یک از مراحل رشد صورت گیرد.

۳. تنظیم برنامه اقتصادی کشور به صورتی که شکل و محتوا و ساعات کار چنان باشد که هر فرد علاوه بر تلاش شغلی، فرصت و توان کافی برای خودسازی معنوی، سیاسی و اجتماعی و شرکت فعال در رهبری کشور و افزایش مهارت و ابتکار داشته باشد.

۴. رعایت آزادی انتخاب شغل و عدم اجبار افراد به کاری معین و جلوگیری از بهره‌کشی از کار دیگری.

۵. منع اضرار به غیر و انحصار و احتکار و ربا و دیگر معاملات باطل و حرام.

۶. منع اسراف و تبذیر در همه شئون مربوط به اقتصاد، اعم از مصرف، سرمایه‌گذاری، تولید، توزیع و خدمات.

۷. استفاده از علوم و فنون و تربیت افراد ماهر به نسبت احتیاج برای توسعه و پیشرفت اقتصاد کشور.

۸. جلوگیری از سلطه اقتصادی بیگانه بر اقتصاد کشور.

۹. تأکید بر افزایش تولیدات کشاورزی، دامی و صنعتی که نیازهای عمومی را تأمین کند و کشور را به مرحله خودکفایی برساند و از وابستگی برهاند.

یارانه و کمک دولتی برخوردار است یا اینکه از اساس آزاد است؟ ضمن اینکه ضمانت اجراهای قانونی برای اجرای قوانین حمایتی مربوط به حوزه سلامت شامل بهداشت و درمان روشن نیست. یعنی برخی تکالیف قانونی معین هستند اما فاقد ضمانت اجرا یا تضمینات قانونی کارآمد هستند.»

نکته اینجاست که در زمینه حق سلامت، وظایف فقط به یک وزارتخانه مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منحصر نمی‌شود و همه نهادها از جمله وزارت ورزش و جوانان و همچنین وزارت آموزش و پرورش مسئولیت‌هایی را بر عهده دارند. به گفته فقیه لاریجانی نباید فقط دولت را مسئول کلی و نهایی همه امور مربوط به حوزه سلامت دانست و تکلیف دولت در ابعاد وسیعی دارای جنبه نظارتی و مقررات گذاری است در عین حال به گفته او با تأمین بودجه تکلیف دولت خاتمه نمی‌یابد و به نظر می‌رسد که بخش عمده‌ای از سازوکارهای اجرایی تأمین حق بر سلامت، نیازمند نظارت و مقررات گذاری دولت است در این حق مسلم همه شهروندان، دغدغه‌های عمومی مطرح هستند که تأمین آن مستلزم نظارت جدی دولت است.

اما این فقط جمهوری اسلامی نیست که با این بیماری روبرو شده است. گسترش این بیماری در بسیاری از کشورهای جهان به گفته عبدالله سمایی سبب شده تا نیازمند قواعد حقوقی بین‌المللی شویم.

عبدالله سمایی^۳، وکیل دادگستری در تهران در ارزیابی از منظر حقوق داخلی و بین‌المللی درس‌های ناشی از شرایط شیوع ویروس کرونا برای کشورها، می‌گوید: «در این زمان نیاز مبرمی به رعایت قواعد موجود مراجع بین‌المللی در خصوص حفظ سلامت انسان و بروزرسانی نظام‌های داخلی کشورها مطابق آخرین تحولات مراجع معتبر از جمله سازمان جهانی بهداشت از یک سو و خلأ تدوین قواعد مشخص توأم با ضمانت اجرا در خصوص بروز موارد بحرانی سلامت انسان‌ها در کشورها که در قالب معاهدات آمره بین‌المللی امضاء و لازم‌الاجرا گردند از سوی دیگر، ضروری به نظر می‌رسد.»

به گفته این وکیل دادگستری نبود مرجعی واحد و متحد با نمایندگانی از سراسر کشورها که تدابیر لازم را در خصوص شیوع بحران‌های همه‌گیری مانند امراض مسری تدارک دیده و در کشورها به طور فوری به اجرا گذارند، باعث تفاوت رویکرد کشورها و حتی ایالت‌ها و استان‌های مختلف درون یک کشور با یکدیگر در مبارزه با بحران گردید و کشورهایی که در این خصوص دچار تحیر به لحاظ فقدان علم و امکانات کافی یا سوء مدیریت و تحیر در تصمیم‌گیری به‌موقع بودند، از موضع پیشگیری و تعامل در سیاست‌های پیش‌گستری، به موضع انزوا و تشکیل ستادهای

3. <https://bit.ly/2WKkd03>

بحران پس از شیوع گسترده و صعوبت کنترل وضعیت کشانید. **ستار عزیزی**^۱ دانشیار حقوق دانشگاه بوعلی سینای همدان نیز معتقد است که تعهد کشورها به تأمین حق درمان برابر شهروندان، فاقد ضمانت اجرایی است. او می‌گوید: «این سوال مهم قابل طرح است که آیا تعهد دولت در حفظ سلامتی شهروندان، «تعهد به وسیله» تلقی می‌گردد و یا باید آن را «تعهد به نتیجه» دانست؟ اصولاً تعهد دولت‌ها در تأمین حقوق اقتصادی و سلامت شهروندان، تعهد به وسیله است یعنی دولت محل سکونت شهروندان، موظف است تمامی امکانات اقتصادی و تدابیر لازم مدیریتی را به کار بندد تا افراد تحت صلاحیت آن دولت بتوانند از حقوق بشری نسل دوم بهره‌مند شوند. از این رو، اگر دولتی فاقد امکانات لازم باشد و علی‌رغم خواست و تلاشش نتواند حق مزبور را به صورت بهینه تأمین نماید، نقض تعهدی روی نداده است. از این مطلب نباید چنین نتیجه گرفت که دولت می‌تواند به بهانه شرایط بد اقتصادی و ... عدم انجام تعهدات خود را بویژه در حوزه سلامت توجیه نماید. رویه‌ی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بررسی تعهدات دولت‌ها در تأمین حقوق مندرج در آن میثاق، حقوق اقتصادی، نشان می‌دهد که آن کمیته، مصادیق حقوق مندرج در آن سند را به نحوی تفسیر کرده است که برای تأمین حداقلی از استانداردهای بهداشتی و معیشتی، دولت‌ها تعهد به نتیجه دارند مثلاً در ما نحن فیه، دولت‌ها می‌بایست از همه ابزار و وسایل در دسترس، برای تأمین حق بر سلامتِ شهروندان در برابر این بیماری استفاده نمایند.»

اما **قاسم زمانی**، استاد دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه علامه طباطبایی از منظری دیگر به تعهد دولت‌ها می‌نگرد و معتقد است در موارد مواجهه با بیماری‌های همه‌گیر تعهد دولت‌ها تعهد به وسیله است نه نتیجه^۲: «در عصری که حقوق بشر و حقوق بین‌الملل بهداشت و سلامت هر روز اهمیت بیشتری می‌یابد و امنیت انسانی و بهداشتی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی حکمرانی مطلوب بیش از پیش مورد تأکید قرار می‌گیرد، دولت‌ها متعهدند در پیشگیری از شیوع و گسترش ویروس کرونا –چه در داخل کشور خویش و چه به سایر مناطق عالم و درمان افرادی که به این ویروس آلوده شده‌اند یا احتمال آلودگی را دارند تمام تمهیدات لازم را ببیندیشند و از حداکثر امکانات خویش بهره‌گیرند.»

به گفته این وکیل دادگستری، اگر تعهد بین‌المللی دولت‌ها در تأمین سلامت شهروندان خویش تعهد به حداکثر تلاش قلمداد شود، لیکن تعهد هر دولت به تضمین حیات ملت خود تعهد به نتیجه است، تعهدی که فارغ از نظام حقوق بین‌الملل که به دولت

1. <https://bit.ly/3coZLsh>

2. <https://bit.ly/2WkG9Qw>

مجوز عدول از تعهدات بین‌المللی خویش در وضعیت‌های فوق العاده عمومی را داده است، ریشه در فلسفه وجودی دولت و قانون اساسی هر کشور دارد.

با این همه ستار عزیزی به یکی دیگر از مسئولیت‌های دولت‌ها هم اشاره می‌کند و می‌گوید: «یکی از ابزارهای دولت‌ها، استفاده از کمک و توانایی دیگر دولت‌ها در مهار این بیماری است لذا اگر دولتی خود نتواند با استفاده از امکانات داخلی، در مهار این بیماری موفق شود، حق مخالفت و خودداری از پذیرش کمک دیگر دولت‌ها را ندارد زیرا این امر، به معنای عدم استفاده از وسایل و امکانات موجود برای انجام تعهد آن دولت است.»

اشاره آقای عزیزی به اقدام جمهوری اسلامی در روزهای آغازین همه‌گیری کرونا است که دستور خروج **امدادگران سازمان پزشکان بدون مرز از ایران** را صادر کردند.

در فروردین سال ۹۹، امدادرسنان سازمان پزشکان بدون مرز برای کمک به مقابله با شیوع کرونا به اصفهان رفته بودند اما مقام‌های جمهوری اسلامی بدون ارائه توضیحی از آنها خواستند که ایران را ترک کنند.

خبرگزاری ایسنا در خبری که از روی خروجی این خبرگزاری حذف شد، گزارش داده بود که سفر پزشکان بدون مرز به ایران «با هماهنگی کامل وزارت اطلاعات» صورت گرفته بود و این گروه تجهیزات کاملی برای بیمارستان صحرایی ۴۸ تخته داشت که ارزش آن بالغ بر ۹۷۰ هزار یورو بوده است.

نیره انصاری، حقوق دان^۳ در مورد مسئولیت جمهوری اسلامی در برابر مبتلایان به این بیماری معتقد است: «نظر به اینکه با استناد به قوانین و مقررات موجود در حقوق داخلی نظیر اصل ۲۹ قانون اساسی و قوانین حقوقی و کیفری و ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی حکومت اسلامی و آرای صادره از محاکم قضایی در موارد مشابه چون آلودگی خونی در پرونده معروف خون‌های آلوده به ایدز وارداتی از فرانسه به ایران ۱۳۶۴ و مسائل زیست محیطی و دیگر اسناد بین‌المللی که در اِعمال تصدی و با یاری جستن از نظریه خطا (تقصیر) مطرح بوده و با کمک آرای صادره از دیوان بین‌المللی دادگستری در موارد مشابه و در صورت اثبات قصور و کوتاهی نظام فقهاتی در عدم پیشگیری به‌موقع و درمان نابجا و تأخیر و عدم آموزش و ... مسئولیت جبران خسارات وارده به جامعه ایران و ایضاً خانواده‌های قربانیان این بیماری به حیث حقوقی از یک سو و از دیگر فراز گسترش این بیماری در منطقه، برعهده دولت اسلامی در ایران بوده زیرا ایران نخستین کشور درمنطقه است که این بیماری در آن شیوع و گسترش یافت.»

3. <https://iranglobal.info/node/77917>

کماست...»

پرسش بنیادینی که از این روایت‌ها برمی‌آید و با توجه به همه‌گیر شدن ویروس کرونا در سرتاسر جهان برجستگی و اهمیت بیشتری می‌یابد این است که آیا می‌توان جان و سلامت انسان را کالا دانست و خدمات مربوط به آن را در بازار عرضه کرد؟ آیا بهداشت و درمان رایگان و مناسب جزو حقوق ابتدایی و بدیهی انسان‌ها نیست و آیا در نظامی که سلامت و جان انسان‌ها تبدیل به کالا می‌شود، حقوق انسانی شهروندان نادیده گرفته نمی‌شود؟

«حقوق ما» برای گرفتن پاسخ این پرسش‌ها و سوال‌هایی دیگری از این دست، با بهنام دارایی‌زاده گفت‌وگو کرده است. دارایی‌زاده کارشناس ارشد حقوق بشر مقیم کاناداست که در ایران به عنوان وکیل فعالیت کرده. او در مقام روزنامه‌نگار و پژوهشگر حقوق بشر بر مباحث اجتماعی و حقوق بشری از جمله حقوق اقتصادی و اجتماعی متمرکز بوده است.

با توجه به بحران کرونا در ایران، حق درمان شهروندان از نظر حقوقی چه اهمیتی دارد و این حق تا چه اندازه به حق حیات به عنوان اساسی‌ترین حق انسان پیوند می‌خورد؟

– من مایلیم در ابتدا به یک نکته «پیشینی» اشاره کنم و بعد به‌طور مستقیم به پرسش شما بپردازم.

واقعیت این است که بحران همه‌گیری ویروس کرونا، نه تنها در ایران، بل که در بسیاری از کشورهای به اصطلاح «توسعه‌یافته» غربی هم، به‌طور بی‌سابقه‌ای سیاست‌گذاری‌های اقتصادی دولت‌ها را به چالش گرفته و کاستی‌های جدی «نظام سلامت» را در تمامی این کشورها افشا کرده است.

با این همه، به‌نظر می‌رسد شرایط ایران را نمی‌توان به سادگی با سایر کشورهای درگیر با ویروس کرونا مقایسه کرد.

دخالت‌ها و اقدامات نمایشی، بی‌حساب و کتاب و بعضاً سخیف سپاه پاسداران، منجر به وضعیتی شده است که شما نمی‌توانید آن را با شرایط آمریکا، ایتالیا، اسپانیا یا حتی ترکیه و سایر کشورهای منطقه مقایسه کنید.

ممکن است در ابتدا برخی از اقدامات نمایشی سپاه پاسداران، نظیر معرفی همین دستگاه «مستعان» به‌نظر شما مضحک باشد، اما واقعیت این است که باید به جد نگران وضعیت حاضر و دخالت‌های سازمان‌یافته و بی‌قاعده سپاه پاسداران و سایر



میلیون قبل از بستری گرفته‌اند و بابت تست کرونا هم ۹۰۰ هزار تومان داده است.»

و در روایتی پیشاکروناپی، مربوط به روز ۱۴ اردیبهشت سال ۹۵ در سایت خبر آنلاین چنین آمده است:

مردی ۴۷ ساله در حالی که از درد به خود می‌پیچید راهی بیمارستانی دولتی در تهران شد اما پاسخ گرفت که تا ۳۰۰ هزار تومان به حساب بیمارستان واریز نکند، پذیرش نخواهد شد. او خودش را از طبقه سوم بیمارستان به پایین پرت کرد. رسانه‌ها از قول برادر این مرد نوشتند: «به‌خاطر ۳۰۰ هزار تومان کاری کردند که برادرم چنین تصمیمی بگیرد. او متأهل است و دو بچه زیر ۱۰ سال دارد. حالا می‌گویند که او در

گفت‌وگو با بهنام دارایی‌زاده، حقوقدان و پژوهشگر حقوق بشر



رضا حاجی‌حسینی

جایی که نرده‌های دیوار بیمارستان تمام می‌شود، مرد روی دو پا نشسته، با یک دست سرش را نگه داشته، با دست دیگر گوشی قدیمی موبایلش را چسبانده به گوش و صحبت می‌کند. زن هم کنارش روی زمین نشسته و چادر را کشیده تا روی صورتش. مرد در میان حرف‌هایش گریه می‌کند. زن هم صدای بریده بریده مرد به گوش عابران می‌رسد که پول می‌خواهد. دو میلیون تومان قرض می‌خواهد برای عمل کسی که «محسن» اوست: «محسنم داره از دست می‌ره علی جان. ندارم. دستم خالیه. از هر که می‌تونی دو میلیون بگیر، بقیه‌اش رو هم گفتم پسرخاله جور کنه. پول می‌خوان برای عمل علی جان. پول. من هم ندارم الان...»

در اطراف بیمارستان‌ها اغلب روایت‌هایی از این دست به گوش می‌رسند و به چشم دیده می‌شوند.

اما در روایتی دیگر، این بار از روزگار کرونا، یکی از اهالی شهر رشت در استان گیلان می‌گوید برخی از هم‌محلله‌هایش بر اثر آلوده شدن به این ویروس جان باخته‌اند و یکی از بستگانش در بیمارستان است و در سی‌سی‌یو بستری: «۱۶

چه دولت روحانی و چه دولت‌های پیشین، هیچ تلاش مشخص یا برنامه‌ریزی شده‌ای برای تجهیز بیمارستان‌های دولتی، ساخت مراکز درمانی تازه یا افزایش معنادار حقوق و مزایای کارگران بخش درمانی نداشته‌اند

نهادی امنیتی و نظامی و بی‌صلاحیت، در نظام سلامت کشور بود. سلامت و بهداشت عمومی جامعه، جایی نیست که بشود با آن شوخی کرد.

از این نکته «پیشینی» که بگذریم، باید یادآوری کنیم که «حق حیات»، همان طور که شما هم به‌درستی به آن اشاره کردید، «بنیادین‌ترین حق در مجموعه حقوق بشر» است. فراموش نکنید که «حق حیات» یا «حق زندگی»، تنها محدود به «مخالفت با مجازات اعدام» نمی‌شود. گستره حق حیات بسیار وسیع است و آشکارا پیوند نزدیکی با حق دسترسی به بهداشت خدمات درمانی دارد. حق دسترسی به آب سالم، محیط زیست سالم، فراهم بودن حداقل‌های امکان معیشت و ... همگی و همگی جنبه‌های مختلف «حق حیات» است.

حق حیات و به طور مشخص تر «حق به بهداشت و سلامت»، ایجاب می‌کند که اگر شما در دوره‌ای از زندگی خود بیمار شدید، بدون نگرانی‌های مالی یا بدون نگرانی از دست دادن کار و درآمد، بتوانید به‌طور رایگان از خدمات درمانی مناسب و استاندارد برخوردار شوید. این وظیفه دولت‌هاست که با بودجه‌گذاری‌ها درست و حساب شده، امکانات بهداشتی و درمانی را بدون تبعیض، در اختیار عموم شهروندان قرار دهند.

وضعیت را در ایران با توجه به آن نکته پیشینی که گفتید و مواردی که بر شمردید، چگونه می‌بینید؟

- در ایران، در تمامی دولت‌هایی که پس از جنگ بر سر کار آمده‌اند، سیاست‌های اقتصادی موسوم به تعدیل ساختاری، خصوصی‌سازی، مقررات‌زدایی و ...، به‌طور نظام‌مند و ساختاری، به نقض حق سلامت و دسترسی شهروندان به خدمات درمانی منجر شده است. بی‌اعتباری «دفترچه‌های تأمین اجتماعی» و حذف تدریجی یارانه ورود بسیاری از داروها خارجی و ... نمونه‌هایی از وضعیت حاضر است که الزاما هم به بحران کنونی کرونا ربطی ندارد.

باز با توجه به وضعیت ایران، آیا اساسا حق بهداشت و درمان در ایران برابر است؟ آیا میزان دسترسی طبقات کمتر برخوردار به مداوا به همان اندازه طبقات برخوردار است؟

- مسلما نه. شما تا وقتی که یک نظام درمانی همگانی، رایگان، مناسب و استاندارد نداشته باشید، چنین وضعیتی

حتی روی کاغذ هم ممکن نیست. در ایران، بخش بزرگی از هزینه‌های درمانی بر عهده خود بیماران است. شاید بیش از ۷۰ درصد. در چنین شرایطی، چه‌طور می‌توان انتظار داشت شهروندان به‌طور «برابر»، جدا از توان و قدرت اقتصادی، به خدمات درمانی مناسب یا پزشکان متخصص و ... دسترسی داشته باشند؟

واقعیت این است که دولت و وزارت بهداشت چه در زمان دولت روحانی و چه در دولت‌های پیشین، هیچ تلاش مشخص یا برنامه‌ریزی شده‌ای برای تجهیز بیمارستان‌های

قرار گرفته‌اند.

نظر به وجود این نابرابری‌ها در ایران، آیا راهکاری حقوقی برای رسیدن به برابری در حق بهداشت و درمان وجود دارد؟

- من بر این باورم که بدون «تحولات سیاسی معنادار» در ایران، نه تنها تأمین حقوق «مدنی و سیاسی» شهروندان ایرانی ممکن نخواهد بود، بل که حقوق اقتصادی و اجتماعی نظیر آموزش، بهداشت، خدمات درمانی، تأمین اجتماعی و ...



هم میسر نخواهد بود. با تداوم اجرای سیاست‌های اقتصادی و درمانی که تاکنون به کار رفته است، سرنوشتی جز بیکاری و بیماری و مرگ در انتظار میلیون‌ها شهروند به حاشیه رانده شده در ایران نیست.

این صحبت‌ها را فراموش کنید که «ویروس کرونا دموکرات است» و فقیر و غنی نمی‌شناسد. حتی بر اساس همین داده‌هایی که تا امروز جمع‌آوری و منتشر شده است، میزان مرگ در میان اقشار آسیب‌پذیر و فقیر بیش‌تر است. دلیلش هم خیلی ساده است. اقشار آسیب‌پذیر و فرودست نمی‌توانند

در خانه بمانند یا به امکانات بهداشتی و درمانی مناسب دسترسی داشته باشند. بنابراین بیش‌تر در معرض آلودگی قرار دارند و تبعاً بیش‌تر هم قربانی خواهند شد.

از سوی دیگر، نباید فراموش کرد که ساختار حقوقی نظام جمهوری اسلامی، مبتنی بر «تبعیض» است. این تبعیض در لایه‌های مختلف، از جمله در برخورداری از خدمات درمانی و بهداشتی هم خودش را نشان می‌دهد. به این معنا که شما فقط با تبعیض آشکار و عینی میان فرودستان با اقشار نزدیک به لایه‌های قدرت مواجه نیستید. اقلیت‌های ملی، مذهبی، دگرباشان جنسی، پناهجویان و سایر به حاشیه‌رانده‌شدگان جامعه هم، به درجات مختلف، در این نظام تبعیض‌آمیز حقوقشان دارد نقض می‌شود و دسترسی آن‌ها به خدمات درمانی در مقایسه با سایر افراد جامعه، محدودتر است.

به این اعتبار من فکر می‌کنم هر چند می‌توان پاره‌ای از راه‌کارهای حقوقی نظیر مراجعه به دستگاه قضایی، دیوان عدالت اداری یا مجلس و ... را معرفی کرد، اما پنهان نمی‌توان کرد که چنین اقداماتی مقطعی، کوتاه‌مدت و سطحی هستند و نمی‌توانند پاسخ‌گوی مسائل جدی و ریشه‌ای در نظام سلامت کشور باشند. نظام سلامت کشور نیز به‌مانند سایر نهادها و دستگاه‌های اجرایی و خدماتی نیازمند تغییرات اساسی و ریشه‌ای است. برای تأمین حقیقی حقوق اقتصادی و اجتماعی، از جمله حق بهداشت و دسترسی به خدمات درمانی، شما نیازمند اراده سیاسی یک دولت مشروع، با برنامه‌های درست و حساب شده هستید.

از جمله انتقادات به دولت، کالایی کردن بهداشت و درمان بر خلاف اصل ۲۹ قانون اساسی است اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی به صراحت می‌گوید: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های 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 حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.» آیا با توجه به همه‌گیری ویروس کرونا، بهداشت و درمان برای همه را می‌توان از

منظر حقوقی به شکلی عینی توضیح داد؟

همان‌طور که اشاره کردید برابر اصل ۲۹ قانون اساسی ایران، دولت موظف است از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات بهداشتی و درمانی را برای عموم مردم جامعه تامین کند. در چهارچوب اسناد بین‌المللی، از جمله کنوانسیون حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل نیز دولت ایران تعهدات حقوقی مشابه‌ای را پذیرفته است. در سایر اسناد و حتی مجموعه‌های حقوقی داخلی، از جمله قانون توسعه یا برنامه‌هایی نظیر «طرح تحول نظام سلامت» یا فرضا «طرح پزشک خانواده شهری و روستایی» برای دولت‌ها تعهداتی تعریف شد. این تعهدات به لحاظ حقوقی مطرح بودند. به طور کلی، با فشار افکار عمومی، رسانه‌ها و کنشگران مدنی تا اندازه‌ای می‌توان دولت را نسبت به مسئولیت‌هایش پاسخ‌گو کرد؛ هر چند فضای امنیتی موجود ادامه کار را برای فعالان و کنشگران رسانه‌ای و مدنی در ایران در هر زمینه‌ای از جمله نظام سلامت دشوار کرده است.

در همین بحران همه‌گیری ویروس کرونا شاهد هستیم که شمار قابل ملاحظه‌ای از فعالان اجتماعی و رسانه‌ای احضار، بازداشت و برای آن‌ها پرونده‌سازی شد.

به نظر می‌رسد در حال حاضر حوزه بهداشت و درمان شاهد نوعی نقض آشکار در حوزه حقوق انسانی‌ست. آیا راه و امکانی برای شهروندان وجود دارد که از مجاری قانونی به این مسأله اعتراض کنند؟

همان‌طور که پیش‌تر هم اشاره شد در چهارچوب «دیوان عدالت اداری» و به استناد تعهدات پذیرفته شده دولت ایران، می‌توان دادخواست‌هایی را مطرح کرد. ظرفیت‌هایی نیز به موجب اسناد و تعهدات بین‌المللی، از جمله بر اساس کنوانسیون حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وجود دارد. با این همه، پنهان نمی‌توان کرد که این ظرفیت‌ها محدود هستند و در نهایت ضمانت اجرای خاصی نیز برای آن‌ها تعریف نشده است.

شما در یادداشتی در سال ۹۰ در سایت زمانه، حق بر سلامت و درمان را از حقوق نسل دوم دانسته‌اید و تأکید کرده‌اید که بهداشت و خدمات درمانی «کالا» نیست که صرفاً در اختیار دارندگان خاصی قرار بگیرد.

با توجه به این تعریف آیا در ۹ سال گذشته تغییر مثبت حقوقی‌ای در ایران رخ داده است که امکان برابری را در دسترسی به امکانات و خدمات درمانی فراهم کند؟ - به لحاظ تئوری، دسترسی شهروندان به خدمات درمانی یک «حق» است. به این معنا که در اسناد متعدد حقوق بشری، چه در سطح ملی، منطقه‌ای و چه جهانی، «حق به برخورداری از خدمات درمانی» و... پذیرفته شده است.

اگر تمامی تعهدات حقوقی دولت‌ها، چه داخلی و چه بین‌المللی را ارزیابی کنید در نهایت به این اصل قابل دفاع می‌رسید که دسترسی به خدمات درمانی «کالا» نیست و نبایستی در چهارچوب مناسبات «بازار» قرار گیرد. بل که این وظیفه و تکلیف حقوقی دولت‌ها، از جمله دولت ایران است که با بودجه‌گذاری‌های درست و مناسب، تأمین اعتبار کنند، بیمارستان و مراکز درمانی بسازند و هزینه‌های کادرهای درمان و تجهیزات پزشکی را بپردازند.

در این سال‌هایی که اشاره کردید، به نظر می‌رسد مهم‌ترین اقدام دولت، معرفی «طرح تحول نظام سلامت» در دولت حسن روحانی، در زمان وزارت حسن قاضی‌زاده هاشمی بوده است. اما حتی به گفته مقام‌ها و مسئولان رسمی، این طرح هم نتوانسته به اهداف خودش برسد؛ گرچه چند هزار تخت بیمارستانی نیز در این بین فراهم شده است.

به باور من، افزایش چند هزار تخت بیمارستانی یا اقداماتی از این دست، در نهایت نمی‌توانند توضیح دهنده وضعیت حاضر یا روندهای کلی باشند. رویکرد حاکم دولت، مشخصاً وزارت بهداشت، چه در زمان قاضی‌زاده هاشمی، چه پیش‌تر در زمان وزارت مرضیه وحیده دستجردی و چه حالا در زمان سعید نمکی، خصوصی‌سازی بیشتر نظام سلامت، حذف کامل یارانه‌ها و در نهایت شانه خالی کردن از وظایف دولتی است. بحران همه‌گیری ویروس کرونا به‌خوبی نشان داد که «کالایی کردن» خدمات پزشکی یا «خصوصی‌سازی بخش سلامت» جامعه تا چه اندازه می‌تواند برای جامعه و حتی مردم سایر کشورها خطرناک باشد. این «دست پنهان بازار»، از نوع اسلامی‌اش، وقتی با خرافه، بی‌کفایتی، سودجویی، نگاه امنیتی، بی‌اعتمادی دولتی و فساد و اقدامات نمایشی و سخیف سپاه پاسداران و ... ترکیب شود، به این وضعیت نگران‌کننده‌ای می‌رسیم که امروز در جمهوری اسلامی شاهدش هستیم.

برابری و بهداشت و درمان، از گذشته تا امروز



کامبیز غفوری

برابری در دوران باستان

برابری یکی از مباحثی است که تاریخ آن در غرب به یونان باستان بازمی‌گردد. ارسطو در کتاب اخلاق نیکوماخوسی میان تفسیر «قانونی» *nominos* از عدالت با تفسیر «برابری‌خواهانه» *isos*، تمایز قائل می‌شود (Aristotle 119b). به بیان او، فضیلت به عنوان دارایی اخلاقی انسان، نباید تنها در زندگی خصوصی کاربرد داشته باشد بلکه در روابط با دیگران نیز بایسته‌ای اجرایی شدن است (همان). با این حال، برابری انسان‌ها مورد تأیید تمامی اندیشمندان در یونان باستان نبود.

«در منش و هوش، بی‌عدالتی بر عدالت برتری دارد. بی‌عدالتی سرچشمه قدرت است. بی‌عدالتی شادی را در پی دارد.» این جملات تفسیری از برابری و نابرابری هستند که تراسیماخوس، از شخصیت‌های معاصر افلاطون و سقراط، بیان می‌کند. او بی‌عدالتی را «منفعت فرد قدرتمندتر» می‌داند. لیکن از نظر افلاطون، عدالت یک فضیلت انسانی است «که استواری و نیکی فرد را می‌سازد. از نظر اجتماعی، برابری آگاهی جمعی است که نیکی و هماهنگی داخلی اجتماعی را می‌سازد.» (Bhandari 1998).

برای جهان امروز، تعمق در مفهوم برابری در یونان باستان، از جهاتی می‌تواند شوک‌آور نیز تلقی شود. ارسطو نه تنها به نابرابری زن و مرد اعتقاد داشت، بلکه با وضع تئوری

برده‌زاده‌شدگان طبیعی، برده‌داری را توجیه می‌کرد.

او بر این باور بود که بسیاری از انسان‌ها می‌توانند به بردگی گرفته شوند و این نوعی بی‌عدالتی نیست زیرا بردگی در ذات آن‌ها نهفته است. هیت (۲۰۰۸، ۲۴۳) می‌گوید که بسیاری از ارسطوشناسان مدرن مانند جان مک‌داول (۱۹۹۵) این اظهارات را مایه شرمساری می‌دانند. مع‌الوصف، شکی نیست که متفکران یونانی از جمله ارسطو، در زمره نخستین کسانی بودند که مباحث درباره برابری انسان‌ها را آغاز و آن را مکتوب کردند و به نسل‌های بعد انتقال دادند. لیکن این مبحث پس از فیلسوفان آتنی، برای مدت‌ها مسکوت بود.

از دوران باستان تا آغاز دوران مدرن

ممکن است دفاع از برده‌داری در آتن باستان تا حدی معقول به نظر آید. آتن بیشترین میزان جمعیت برده‌ها را نسبت به تمامی دولت‌شهرهای دیگر یونان داشت. طبق آمار دایرة‌المعارف بریتانیکا، حتی پیش از آن‌که افلاطون و سقراط به دنیا بیایند، دو پنجم تا چهارپنجم جمعیت آتن را بردگان تشکیل می‌دادند. با سر برافراشتن امپراتوری روم، اربابان جدیدی یافت شدند. رومی‌ها در بخشی از تاریخ خود، هر که را که غیر رومی بود، به بردگی می‌بردند. مقصود از برده‌داری، نه تنها کار کشیدن از آنان، بلکه گاه برای سرگرمی (مانند گلابدیا‌تورها با بردگان جنسی) بود. کار به جایی رسید که نسبت جمعیتی بردگان به شهروندان، ۵ به ۳ شد. برده‌داری بخشی از فرهنگ روم باستان

ماند تا این که مسیحیت ظهور کرد.

روابط تولیدی در آغاز دوران مسیحیت هنوز وابسته به برده‌داری بود و اربابان تازه‌مسیحی، سعی در توجیه دینی این عمل داشتند. این توجیحات که از کتاب مقدس وام گرفته می‌شد* تا آخرین نفس‌های برده‌داری در قرون ۱۸ و ۱۹ آمریکا استفاده می‌شدند.

شکوه روم پس از مسیحیت دیر نپایید و با فروپاشی این امپراتوری، کشورهای جدیدی شکل گرفتند که تقریباً سیستم حکومتی تمام آن‌ها پادشاهی بود. سرزمین‌های بزرگ و جمعیت قابل توجهی که تحت حاکمیت آنان قرار داشت، امکان مدیریت راحت سیستم برده‌داری را سلب می‌کرد. روابط تولیدی باعث شد تا روابط ارباب-بردگی به سیستم جدیدی به نام ارباب-رعیتی یا فئودالی تغییر شکل دهد. رعایا روی زمین (فئود) بزرگ‌مالکان (فئودال‌ها) کار می‌کردند و حال می‌بایست وظایف و تعهدات را در قبال اربابان جدید انجام می‌دادند. (Political economy 1957)

در هر دو سیستم یاد شده، یعنی برده‌داری و فئودالیسم، برابری و تساوی، واژگانی بی‌معنا بودند.

برابری و دنیای مدرن

طبقات و جنگ آنان، همواره محصول روابط تولید و شرایط اقتصادی زمانه است. (Cole 2012, 220) به همین صورت، روابط اقتصادی سیستم فئودالی کشاورزی در قرن ۱۶ انگلستان شروع به تغییر کرد: به جای سیستم رعیتی کار، کارگران به عنوان بخشی از اقتصاد جدید پول محور، استخدام می‌شدند تا در قبال کار، مزد بگیرند (Wood 1998).

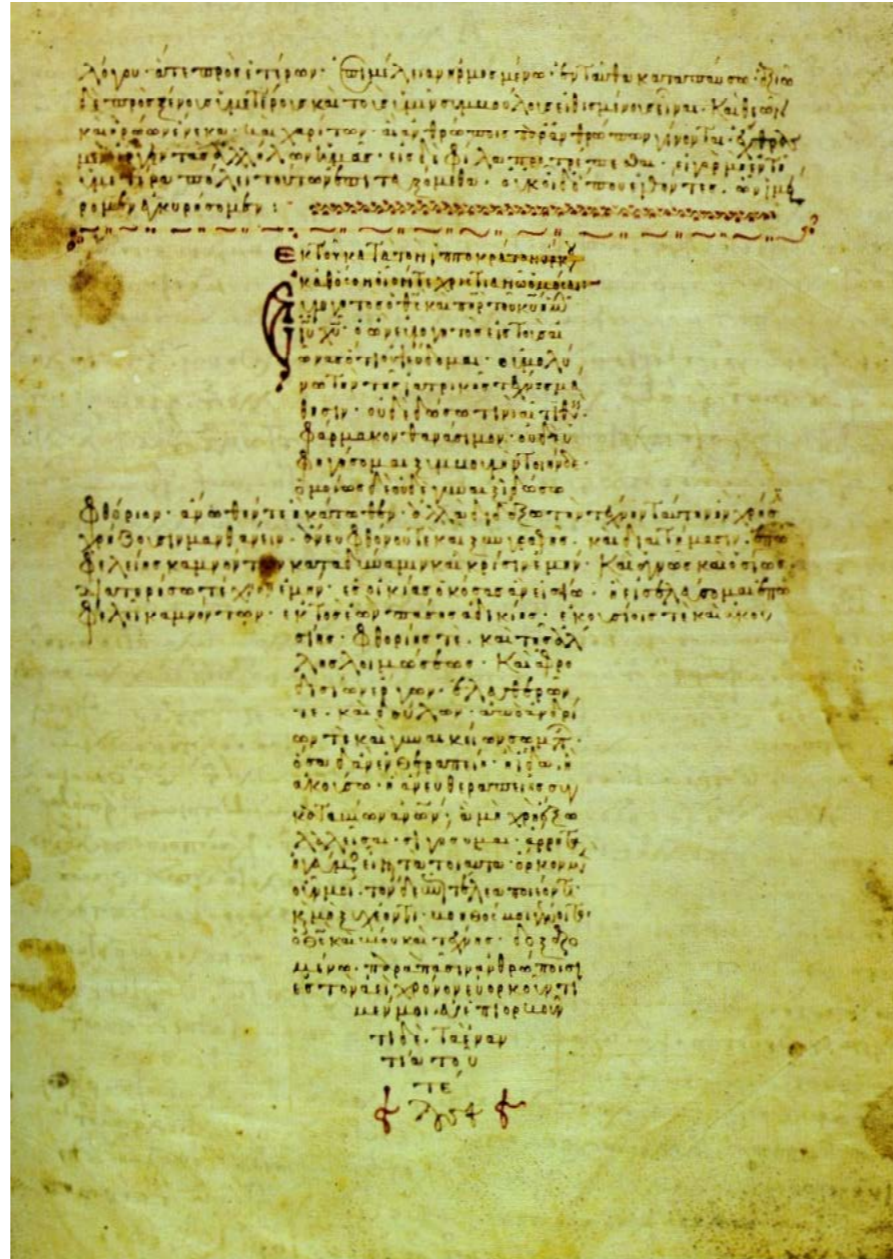
سیستم جدید زندگی مردم را در اروپا تغییر داد و روابط اجتماعی میان انسان‌ها نیز به تبع آن دستخوش تغییر شدند. روابط جدید نیاز به قوانین و تئوری‌های نو نیز داشت. توماس هابز، فیلسوف نامدار قرن ۱۸ که یکی از بنیانگذاران فلسفه سیاسی مدرن است، تئوری قرارداد اجتماعی را طرح کرد.

در واقع، هابز و سایر تئوریسین‌های متقدم قرارداد اجتماعی، مدلی را پیشنهاد کردند که بر مبنای آن، طبقه حاکم وظایفی را نیز در قبال مردم دارد؛ بدان معنا که مردم به دولت اختیاراتی می‌دهند و در قبال آن «حقوق» و انتظاراتی دارند. آن «حقوق» همان مبحثی است که در بحث بردگان در سیستم برده‌داری یا رعایا در سیستم فئودالی، اصلاً واجد معنا نبود. جان و مال

رعیت به مانند برده در اختیار ارباب بود و با فروش یک ملک، او نیز به ارباب جدید انتقال می‌یافت.

زمانی که حق مردم عادی برای درخواست چیزهایی از طبقه حاکم به رسمیت شناخته شد، فلسفه برابری نیز دوباره جان گرفت. جان لاک، دیگر تئوریسین قراردادهای اجتماعی که در زمان انتشار کتاب معروف لویاتان توسط هابز، جوان بود، جزو نخستین حامیان علنی حقوق برابر، شامل حق زندگی، آزادی و حق مالکیت در جامعه به شمار می‌رود (Bores 2009).

دیدگاه‌های او الهام‌بخش بسیاری از متفکران در دنیای مدرن بود. او اثری قابل توجه در بیانیه استقلال ایالات متحده و قوانین این کشور بر جای گذاشت. البته آرای او در کنار



متن نوشته شده سوگندنامه بقراط به شکل صلیب، مربوط به قرن ۱۲ پس از میلاد

هر دو جنس تفکر اقتصاد سیاسی موسوم به لیبرالیستی و سوسیالیستی، تلاش کردند تا بر نابسامانی‌های ناشی از سیستم سرمایه غلبه کنند. آدام اسمیت، پدر اقتصاد سیاسی لیبرال، فکر می‌کرد که با آزاد گذاشتن مناسبات بازار، دست نامرئی بازار خود مناسبات را تنظیم خواهد کرد (Smith 1776) و با افزایش تولید ملی، ثروت به دهک‌های پایینی سرریز خواهد شد. از دیدگاه نئولیبرالیستی، سیستم بهداشت و درمان و همچنین آموزش، تنها در صورتی بخشی از وظایف دولت خواهند بود که بازارهای خصوصی علاقه چندانی به ورود در این حوزه نداشته باشند. این دیدگاه به شدت از جانب معتقدان به سوسیالیسم و عدالت اجتماعی رد می‌شود.

کارل مارکس، آتشین‌ترین منتقد تئوری‌های اقتصاد سیاسی اسمیت، اشاره می‌کند که سرمایه‌داری انسان را از ذات انسانی خود بیگانه می‌کند (Marx 1844, 67). آثار مارکس با این‌که صرفاً متمرکز بر برابری نبود، اما بر جنبش‌های برابری‌طلبانه بعدی و متفکران آن اثری بسزا گذاشت. جنبش‌های برابری‌خواهانه جنسی، جنسیتی، نژادی، حقوقی و غیره در قرن بیستم، اغلب پیوندهایی با جنبش چپ داشته‌اند. همین اختلاف دیدگاه در بحث مربوط به بهداشت و درمان نیز وارد شد.

برابری در سیستم بهداشت و درمان

این مقاله با یونان باستان شروع شد. به آن دوران بازگردیم. بقراط، شناخته‌شده‌ترین فرد یونان باستان در شاخه پزشکی، احتمالاً نخستین غربی است که برابری را وارد ادبیات این رشته از علم کرده است.

سوگند بقراط، سوگندنامه‌ای که بسیاری از پزشکان دنیا به هنگام فارغ‌التحصیلی آن‌را قرائت می‌کنند، شامل کدهای اخلاقی متعددی است که یکی از آن‌ها، مقابله با نابرابری و تبعیض میان بیماران است. نابرابری هم مشمول تبعیض علیه یک بیمار خاص می‌شود و هم نابرابری اجتماعی. با این حال، پزشکان معمولاً به دلایل مختلف، از توجه به ابعاد نابرابری اجتماعی در درمان پرهیز می‌کنند (Kantarjian and Steensma 2014). از زمان بقراط تا کنون، چه روی داده است؟

به نظر می‌رسد که ایناسیون (از خود بیگانگی) مورد نظر مارکس، در بحث حرفه‌ای پزشکی نیز خود را نشان داده

بخش‌های مترقی، قسمت‌های دگم و ارتجاعی نیز داشتند (همان). به هر روی، تئوری برابری در قرون ۱۸ و ۱۹ پیشرفت قابل ملاحظه‌ای یافت.

انباشت ثروت و تشکیل سیستم جدید سرمایه‌داری در پی انقلاب صنعتی، طبقات جدیدی را پدید آورد و باعث شکاف روزافزون میان مالکان ابزار تولید و کارگرانی شد که برای این مالکان کار می‌کردند. نابسامانی‌های ناشی از سرمایه‌داری نوپا، یک سؤال عمده را در ذهن بسیاری از متفکران آن دوران ایجاد کرد: آیا مردم شامل فقیر و غنی، در سیستم سرمایه‌داری، واقعاً به سان آن‌چه تبلیغ می‌شد، حقوق برابری در زندگی، شامل تحصیل، درمان و غیره دارند؟

