

ما از عدالت سهمی داریم
سازمان حقوق بشر ایران

سال دوم شماره ۴۴

۱۰ آذر ۱۳۹۵ / ۳۰ نوامبر ۲۰۱۶

حقوق ما

حق برابری درمان

ما از عدالت سهمی داریم

دو هفته نامه الکترونیکی تخصصی حقوق بشر

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

سر دبیر این شماره: کامبیز غفوری

تحریریه: نعیمه دوستدار، علی مهتدی، آیدا قجر

صفحه بندی: ماهر خوش قدم

مشاور حقوقی: محمد اولیایی فرد

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

حق درمان، حق بنیادین بشر



حق بهداشت، درمان و سلامت در اسناد بین المللی



آیا نظام سلامت ایران متحول می شود؟



حق درمان در زمان جنگ



تبعیض درمانی؛ شهروندانی که با دیگران نابرابرترند



«تحریم دارویی» ایران در سال های گذشته از سوی که بود؟



برابری و بهداشت و درمان



حق درمان، حق بنیادین بشر



کامبیز غفوری

بنا بر اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، فراهم بودن «بالاترین استاندارد قابل دسترسی در حوزه سلامت، یک حق بنیادین برای تمامی اعضای جامعه بشری است.» این حق نیازمند وجود مجموعه‌ای از معیارهای اجتماعی است که سلامت تمامی مردم را تأمین می‌کند. در واقع، دستیابی به حق سلامت رابطه تنگاتنگی با سایر موارد مربوط به حقوق بشر، از جمله غذا، مسکن، آموزش، رفع تبعیض، دسترسی به اطلاعات و حق مشارکت اجتماعی و مدنی دارد.

همچنین حق سلامت شامل آزادی و برخورداری است. آزادی، شامل حق کنترل بر بدن (برای مثال، حقوق جنسی، جنسیتی و تولید مثل) است و باید عاری از دخالت زورمندانه (درمان یا آزمایش‌های علمی بر روی انسان بدون رضایت او) باشد. برخورداری، شامل حق دسترسی به یک سیستم درمانی است که تمامی افراد یک جامعه با توسل به آن بتوانند به بالاترین سطح درمانی ممکن دسترسی داشته باشند.

گروه‌های آسیب‌پذیر یا به حاشیه رانده شده، اغلب امکان کمتری برای دسترسی به خدمات درمانی دارند. سه مورد از کشنده‌ترین بیماری‌های قابل انتقال - مالاریا، ایدز/ اچ‌آی‌وی و سل - به طور نامتناسبی، فقیرترین اقشار در جامعه جهانی را بیش از اقشار غنی درگیر می‌کنند. اقلیت‌های اتنیک یا گروه‌های اجتماعی خاص مانند کولی‌ها، در بسیاری از کشورها تبعیض درمانی را تجربه می‌کنند. در برخی از کشورها، زنان کارگر جنسی، مردانی



که با همجنس رابطه جنسی دارند و معتادان تزریقی با تبعیض اجتماعی و درمانی مواجهند. طرفه این‌جاست که این سه گروه، بیش از سایرین در معرض خطر آلودگی به ویروس اچ‌آی‌وی هستند. حتی دیده شده که در زمان کمبود تخت یا خدمات بیمارستانی، اغلب گروه‌های آسیب‌پذیر هستند که به سرعت و با درمان نیمه‌تمام یا سطحی، مرخص می‌شوند.

متأسفانه نقض حقوق بشر در دسترسی به درمان، در سطح گسترده‌ای دیده می‌شود. زنان در بسیاری از کشورها قربانی تبعیض‌های اجتماعی در بخش درمانی‌اند. مسائلی چون آزمایش بکارت، عدم اجازه سقط یا سقط اجباری و همچنین عقیم‌سازی اجباری، جزو این موارد هستند.

رویکرد حقوقی به مسأله درمان، با تکیه بر حقوق اساسی انسان‌هاست که مفهوم می‌یابد. این رویکرد شامل مبارزه با تبعیض در درمان است؛ یعنی اطمینان از این‌که افراد بر مبنای نژاد، رنگ پوست، جنسیت یا گرایش جنسی، زبان، مذهب یا عقاید، کشور محل تولد، میزان ثروت، معلولیت، سن و شرایط تأهل مورد تبعیض قرار نمی‌گیرند. دسترسی به خدمات پزشکی، کالاها، داروها و برنامه‌های درمانی، به میزان کافی برای افراد جامعه، عامل مهم دیگری است. از دید حقوق بشری، کالاها، خدمات و.. باید بر مبنای اخلاق پزشکی و احترام به عقاید و فرهنگ استفاده‌کنندگان توزیع شوند و در صورت نیاز برای تفکیک‌شدن محصولات پزشکی به مصرف دو جنس، این توزیع باید برابر باشد.

اما این ارزش‌های جهان‌شمول چگونه در

نظام‌های حقوقی دنیا جای می‌گیرند؟ در شرایطی که جهانی با سرعت به سمتی می‌رود که اقتصاد حرف اول را می‌زند، قوانین، برنامه‌ها و سیاست‌های درمانی چگونه تعریف می‌شوند؟ قوانین در عرصه بهداشت و درمان، قابلیت این را دارند که ارتقاء دهنده یا ناقض حقوق انسان‌ها باشند.

در این شماره از مجله حقوق ما، محمد اولیایی‌فرد به حق بهداشت، درمان و سلامت در اسناد بین‌المللی پرداخته است. او منشور ملل متحد، اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، میثاق حقوق مدنی و سیاسی، کنوانسیون‌های رفع اشکال تبعیض نژادی، رفع تبعیض علیه زنان، حقوق کودکان، حقوق معلولان و اسناد متعدد دیگری را بررسی کرده است.

آیدا قجر نگاهی به تبعیض درمانی انداخته و نابرابری درمانی را در مورد زنان، دگرباشان جنسی، مهاجران و توان‌خواهان، کاویده، علی مهتدی به موضوع حق درمان در زمان جنگ پرداخته و نعیمه دوستدار گزارشی درباره نظام سلامت در ایران و قوانین داخلی نوشته است.

مژگان غفاری شیروان به حق دسترسی به سلامت و تحریم‌های اقتصادی نگاه انداخته و تلاش کرده تا به این پرسش پاسخ گوید که «تحریم دارویی» مردم ایران در سال‌های گذشته از جانب که صورت گرفت؟ در صفحات آخر نیز خلاصه‌ای از یک مطلب به قلم من در نشریه داخلی دانشگاه پلی‌تکنیک شهر یووسکوله در فنلاند، برای خوانندگان فارسی زبان ترجمه شده است.

حق بهداشت، درمان و سلامت در اسناد بین‌المللی



محمد اولیایی‌فرد



World Health Organization

حقوق بشر مشتمل بر سلسله آزادیها و حقوق انسانی مشروع، از جمله حقوق مدنی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. اما تمام این حقه‌های بشری به یک قاعده بنیادین به نام حق حیات انسان می‌رسند. در واقع، تمام حق‌ها و آزادیها مقوم ذات حق بر حیات هستند. برخورداری از حداقلهای بهداشتی، لازمه حیات و حیثیت ذاتی انسان به شمار می‌رود و عدم برخورداری از این حداقلها به منزله انکار والاترین ارزشهای انسانی است. بنابراین، حق بر داشتن بهداشت، درمان و سلامتی را میتوان حقی بنیادین قلمداد کرد. زیرا حق بنیادین در نظام حقوق بشر به حقی اطلاق میشود که برای تحقق و بهره‌مندی از سایر حقه‌ها و آزادیها ضرورت دارد. به همین جهت، از آنجا که بسیاری از حقوق و آزادیها بدون برخورداری از سلامتی و بهداشت بیمعنا خواهند بود، لذا حق بهداشت، درمان و سلامتی، حقی بنیادین محسوب میشود.

البته باید میان دو مفهوم «حق بر سلامتی» و «حق بر سالم بودن» تفکیک قائل شد. زیرا حق بر سلامتی به معنای حق بر سالم بودن نیست. سالم بودن به فقدان بیماری دلالت دارد، اما حق بر سلامتی فراتر از صرف نبود بیماری است و دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی است؛ حقی است که مستلزم برخورداری از فرصت‌های برابر برای همه است تا بتوانند از امکانات، تسهیلات، خدمات و شرایط لازم برای تحقق این استاندارد برخوردار شوند. در واقع، سالم بودن فقط یک برداشت حداقلی از حق بر سلامتی است و «حق بر بهره‌مندی از عالیترین استاندارد سلامتی»، مجموعه‌ای از پیش‌شرطها و استلزامات را در بر دارد که لازمه تحقق آن هستند.

اول: مؤلفه‌های بنیادین حق بر سلامتی

به طور کلی در مورد حق بر سلامتی باید به چهار مؤلفه اساسی اشاره کرد.

۱- حق بر سلامتی، حقی فراگیر و عام الشمول است: هرگاه از سلامتی صحبت می‌شود، اولین و ابتداییترین مفهومی که از آن به ذهن متبادر می‌شود، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی و درمانی است. بدون شک مراقبت‌های درمانی و بهداشتی اولیه و ضروری و در اختیار داشتن این امکانات،

عنصری مهم در تحقق حق بر سلامتی هستند.

۲- حق بر سلامتی متضمن یکسری از آزادی‌هاست: در این مفهوم آزادی به این معناست که هیچ کس نباید بدون رضایت خود تحت انجام آزمایش‌ها یا معالجات پزشکی اجباری قرار گیرد. پیشرفتهای علمی که در زمینه بهداشت و درمان و مسائل پزشکی صورت می‌گیرد، در کنار منافع آن، می‌تواند آثاری منفی بر سلامتی انسان نیز داشته باشد؛ به‌ویژه آن‌گاه که انسان، موضوع انجام انواع آزمایش‌های بالینی برای ارزیابی میزان کارایی داروها و شیوه‌های درمانی جدید قرار می‌گیرد. هرگونه آزمایش و تحقیق پزشکی اجباری می‌بایست ممنوع شمرده شده و رضایت فرد در هر مورد باید از قبل اخذ شود. با استناد به ماده ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی که اشاره داشته «هیچ کس نباید به شکنجه و رفتارها و مجازات ظالمانه و غیرانسانی محکوم شود، به ویژه این‌که هیچ فردی نباید بدون رضایت خود محکوم شود که تحت آزمایش علمی و پزشکی قرار گیرد»، می‌توان گفت که اقدامات یا آزمایش‌های پزشکی اجباری و تحمیلی به سان شکنجه یا دیگر رفتارهای غیرانسانی، ظالمانه و تحقیرکننده به شمار می‌روند. در نتیجه واضح است که به نام پیشرفت علم و دانش پزشکی، نمیتوان آموزه‌های بنیادین حقوق بشری هم‌چون حیات و سلامتی انسان را (که ریشه در حیثیت ذاتی او دارند)، نادیده گرفت.

۳- حق بر سلامتی شامل استحقاقات فردی است: انسان حق دارد که در محیط و جامعه‌های سالم و امن زندگی کند، چرا که برخورداری از محیط زندگی و اجتماع سالم، لازمه‌ی رشد و بالندگی انسان است. دولت‌ها موظف هستند تا حد امکان

محیطی سالم را فراهم کنند تا شهروندان آن‌ها بتوانند در چنین محیطی، حیاتی همراه با سلامتی و رفاه داشته باشند. به بیان دیگر، دولت مکلف است برای تحقق بهداشت و سلامت همگانی سیستم بهداشتی برنامه‌ریزی شده، مؤثر و یکپارچه‌ای را در سطح ملی تأسیس نماید البته این سیستم بهداشت همگانی باید به گونه‌ای استقرار یابد که همگان بتوانند از فرصت‌های برابر جهت بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح سلامتی برخوردار باشند. از جمله این فرصت‌ها می‌توان به دسترسی به داروهای اساسی، خدمات و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی اساسی، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها اشاره کرد

محیطی سالم را فراهم کنند تا شهروندان آن‌ها بتوانند در چنین محیطی، حیاتی همراه با سلامتی و رفاه داشته باشند. به بیان دیگر، دولت مکلف است برای تحقق بهداشت و سلامت همگانی سیستم بهداشتی برنامه‌ریزی شده، مؤثر و یکپارچه‌ای را در سطح ملی تأسیس نماید البته این سیستم بهداشت همگانی باید به گونه‌ای استقرار یابد که همگان بتوانند از فرصت‌های برابر جهت بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح سلامتی برخوردار باشند. از جمله این فرصت‌ها می‌توان به دسترسی به داروهای اساسی، خدمات و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی اساسی، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها اشاره کرد

۴- رعایت اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع مناسب و عادلانه امکانات و خدمات بهداشتی: این امر نقش مهمی در نیل به استاندارد بالاتر سلامتی دارد. اصل منع تبعیض، از اصول بنیادین در نظام بین‌المللی حقوق بشر است و همان‌گونه که در ماده ۲ میثاق هم اشاره شده است، دولت‌های عضو باید حقوق مندرج در میثاق را بدون تبعیض از هر حیث برای همه تضمین کنند. در این میان برخی گروه‌ها مستحق رفتار ترجیحی نیز می‌باشند و نیازهای آنها باید مورد توجه خاص قرار گیرد از جمله زنان، کودکان، افراد سالخورده و معلولان.

دوم: اسناد بین‌المللی حمایت از درمان، بهداشت و سلامت عمومی

سلامتی، بهداشت و درمان به عنوان بنیادین‌ترین حق بشری اولین بار در منشور ملل متحد مورد توجه قرار گرفت و الزاماتی را برای دولت‌ها در جهت فراهم ساختن بهداشت و سلامت در جامعه ایجاد کرد. اساسنامه سازمان بهداشت جهانی نیز به

۱- منشور ملل متحد - سازمان بهداشت جهانی
اولین اشاره به مسئله بهداشت و سلامت عمومی در ماده ۵۵ منشور ملل متحد آمده است که طبق بند ب این ماده، دولت‌ها متعهد به ترویج راهحلهایی برای مشکلات مربوط به سلامت هستند. اما سلامتی به عنوان یک حق بشری اولین بار در سال ۱۹۴۶ در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی به رسمیت شناخته شد. در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، سلامتی «رفاه کامل فیزیکی، روحی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود هرگونه بیماری و ناتوانی» تعریف شده است و «بهرهمندی از بالاترین استانداردهای سلامتی قابل دسترس، یکی از بنیادین‌ترین حقوق هر انسان بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های نژادی، مذهبی، باورهای سیاسی یا شرایط اقتصادی و اجتماعی است.» هم‌چنین ماده یک آن نیز «تحقق عالی‌ترین سطح ممکن بهداشت برای همه افراد» را به عنوان رسالت اصلی سازمان معرفی می‌کند.

۲- اعلامیه جهانی حقوق بشر
ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز به حق برخورداری از سلامتی پرداخته است. طبق بند ۱ این ماده، هر کس حق بر تأمین زندگی شایسته از حیث خوراک، مسکن، مراقبت‌های

پزشکی و خدمات اجتماعی را دارد؛ این ماده حق بر زندگی آبرومند را بیان میکند که یکی از لوازم زندگی شایسته و آبرومند تأمین نیازهای اولیه‌های مثل سلامت است.

۳- میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

حق برخورداری از بهداشت و سلامت عمومی در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز ذکر شده است؛ بر اساس این ماده، کشورهای طرف میثاق حق هرکس را به تمتع از بهترین حالت جسمی و روانی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسد و تدابیری که دولت‌ها باید برای استیفای کامل بهداشت و سلامت اتخاذ کنند، عبارت است از: انجام اقداماتی در جهت توسعه سلامت کودکان و کاهش مرگ و میر آنها، بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی، پیشگیری و معالجه و کنترل بیماری‌های همه‌گیر بومی، حرفه‌ای و سایر امراض و تأمین خدمات و مراقبت‌های پزشکی در مواقع بیماری.

۴- میثاق حقوق مدنی و سیاسی

میثاق حقوق مدنی و سیاسی نیز شامل مقرراتی است که بر بهداشت و سلامت عمومی تأثیر می‌گذارند. برای مثال، می‌توان حق بر حیات، حق بر آزادی از شکنجه، حق بر آزادی و امنیت شخصی، حق بر رفتار انسانی با زندانیان، آزادی فکر، وجدان و مذهب و حق بر مطالبه، دریافت و انتقال اطلاعات را نام برد. این حقوق به افراد برای دستیابی به سلامت و برخورداری از این حق کمک میکند.

۵- کنوانسیون بین‌المللی رفع همه‌اشکال تبعیض نژادی

سند دیگری که باید در این رابطه بررسی شود، کنوانسیون بین‌المللی رفع همه‌اشکال تبعیض نژادی است که بر اصول عدم تبعیض و برابری موجود در میثاقین تأکید میکند. طبق ماده ۵ این کنوانسیون، دول عضو متعهدند تبعیضات نژادی را در هر شکل و صورتی ممنوع و ریشه کن سازند و حق هر فرد را به مساوات در برابر قانون و به ویژه در تمتع از حقوق برشمرده شده بدون تمایز از لحاظ نژاد یا رنگ یا ملیت یا قومیت تضمین کند. بند ۴ این ماده به حق استفاده از بهداشت عمومی و مراقبت‌های پزشکی، بیمه‌های اجتماعی و خدمات اجتماعی اختصاص دارد.

۶- کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان

از اسناد بین‌المللی خاص میتوان کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان را نام برد که در ماده ۱۱ خود، حق بر حفظ سلامتی و رعایت ایمنی در محیط کار از جمله حمایت از وظیفه تولید مثل را به رسمیت می‌شناسد. کنوانسیون رفع تبعیض علیه زنان،



تدارک خدمات به نواحی روستایی توجه خاص شود.

۹- کنوانسیون حمایت از حقوق کارگران مهاجر

کنوانسیون بین‌المللی حمایت از حقوق کارگران مهاجر و اعضای خانواده‌های‌شان مصوب قطعنامه شماره ۱۵۸/۴۵ مجمع عمومی در ۱۸ دسامبر ۱۹۹۰ است. مواد ۴۳، ۲۸ و ۴۵ این کنوانسیون به بیان مطالبی در رابطه با بهداشت و سلامت عمومی می‌پردازد. طبق ماده ۲۸، کارگران مهاجر و اعضای خانواده‌های‌شان حق بر دریافت مراقبت پزشکی که برای حفظ حیات یا جلوگیری از آسیب غیر قابل جبران به سلامتشان ضروری است را به گونه‌های برابر با اتباع دولت مربوطه دارند و از ارائه این خدمات به دلیل بی‌نظمی کارگران در رابطه با اقامت یا استخدام نباید خودداری شود. مواد ۴۳ و ۴۵ به ترتیب دسترسی کارگران مهاجر و دسترسی اعضای خانواده کارگران مهاجر به خدمات اجتماعی و بهداشتی به گونه‌ای برابر با اتباع دولت را مقرر می‌دارند.

۱۰- معاهدات حقوق بشر دوستانه بین‌المللی

معاهدات چهارگانه ژنو نیز از جمله معاهداتی هستند که به مسئله بهداشت و سلامت پرداخته‌اند. معاهده اول ژنو در مورد بهبودی شرایط مجروحان و بیماران نیروهای مسلح در میدان جنگ است. طبق ماده ۲۲ معاهده سوم ژنو که به مداوای اسیران جنگی اختصاص دارد، اسرای جنگی فقط باید در مکان‌های مشخصی که ضامن بهداشت و سلامت آنها باشد، نگهداری شوند. طبق ماده ۳۰ هر اردوگاه باید مجهز به درمانگاهی مناسب باشد که در آن به اندازه کافی به درمان و سلامت اسرای جنگی توجه شود. اسرای جنگی که از بیماری خطرناک رنج می‌برند یا شرایطشان به گونه‌ای است که نیازمند درمانی خاص مانند عمل جراحی یا مراقبت بیمارستانی هستند، حتی اگر بخواهند آنها را در آینده‌های نزدیک به میهن خود بازگردانند باید در واحد پزشکی شهری یا نظامی که میتواند چنین درمانی را ارائه کند، بستری شود.

همچنین نباید از اینکه آنها برای معاینه، خود را به مراجع پزشکی نشان دهند، ممانعت به عمل آید. هزینه‌های درمان، از جمله هزینه‌های وسایلی که برای حفظ سلامت اسیران جنگی میشود، را باید دولت بازداشت‌کننده متقبل شود. بر اساس ماده ۳۱ باید حداقل یک بار در ماه از اسرای جنگی بازدید پزشکی به عمل آید. هدف از این بازدید نظارت بر وضعیت عمومی سلامتی، تغذیه و بهداشت اسیران و تشخیص بیماری‌های مسری و مقاربتی است. معاهده چهارم ژنو نیز در رابطه با حمایت از حقوق درمانی و بهداشتی افراد غیرنظامی و بازداشتشدگان در زمان جنگ است.

۱۱- منشور اجتماعی اروپا

علاوه بر اسنادی که مطرح شد، برخی اسناد منطقه‌ای

۷- کنوانسیون حقوق کودک

کنوانسیون حقوق کودک، در ماده ۲۴ خود، حق کودک را در برخورداری از بالاترین سطح استاندارد سلامت و تسهیلات لازم برای درمان بیماری و توانبخشی به رسمیت می‌شناسد. طبق این ماده، دولت‌ها باید روش‌های مناسب را در زمینه کاهش مرگ و میر نوزادان و کودکان و ارائه مشاوره پزشکی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مبارزه با بیماری‌ها و سوء تغذیه و تضمین مراقبت‌های قبل و پس از زایمان مادران اتخاذ کنند.

۸- کنوانسیون حقوق معلولان

ماده ۲۵ کنوانسیون حقوق معلولان مصوب ۲۰۰۶ نیز به موضوع سلامت اختصاص دارد. به موجب این ماده، دولت‌های عضو کنوانسیون حقوق معلولان برخورداری از عالیترین استاندارد سلامتی را بدون تبعیض بر اساس معلولیت، به رسمیت می‌شناسند و باید برای معلولان خدماتی مانند خدماتی که برای افراد دیگر فراهم کرده‌اند، تدارک ببینند و با توجه به معلولیتشان، خدمات لازم را برای تشخیص اولیه و درمان و برای پیشگیری و به حداقل رساندن ناتوانی (معلولیت) بیشتر در میان کودکان و اشخاص مسن فراهم کنند و در

بارداری و تولید مثل را به عنوان یکی از ابعاد سلامت تلقی میکند و بر مراقبت زنان به هنگام بارداری و زایمان و توانمندسازی آنان برای اشتغال تأکید میکند و محتوای خاصی برای حق بر سلامت، براساس جلوگیری از تبعیض علیه زنان در زمینه مراقبت بهداشتی با تأکید بر خدمات مراقبت بهداشتی تنظیم خانواده، علاوه بر دسترسی برابر زنان به خدمات بهداشتی ارائه میدهد.

طبق پاراگراف دوم ماده ۱۲ این کنوانسیون، دولت‌ها متعهد به تضمین ارائه خدمات مناسب در ارتباط با بارداری، بستری شدن برای زایمان و دوران پس از زایمان و در موارد لزوم، در اختیار قراردادن خدمات رایگان و تغذیه کافی در دوران بارداری و شیردهی مادران هستند. علاوه بر این کنوانسیون محو تبعیض علیه زنان در سال ۱۹۹۹، توصیه‌نامه‌های تحت عنوان زنان و سلامت را تصویب کرد. از نکات مهم این توصیه‌نامه میتوان به ممنوعیت تبعیض علیه زنان در دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی، توجه خاص به نیازها و حقوق زنان، گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم و زنان روستایی و تضمین دسترسی زنان به اطلاعات و آموزش مربوط به سلامت جنسی و تولید مثل از سوی دولت اشاره کرد.

تکالیف بشر»، بر وجود و اهمیت درمان، بهداشت و سلامت عمومی تأکید میکند. اعلامیه مقرر میدارد که هر کس حق بر حمایت از سلامتی اش از طریق اقدامات بهداشتی اجتماعی مرتبط با غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت پزشکی در حد منابع جامعه را دارد. این اعلامیه بخشی از کنوانسیون امریکایی تلقی میشود.

۱۴- کنوانسیون حقوق بشر و زیست پزشکی شورای اروپا

کنوانسیون حقوق بشر و زیست پزشکی شورای اروپا، گام مهمی در جهت هماهنگی معیارهای اروپایی و بینالمللی در حوزه زیست پزشکی برداشته است. به موجب ماده ۳ این کنوانسیون مساوات در دستیابی به مقررات بهداشتی ضروری و منحصر به فرد است و بدین ترتیب تعریف میشود که «همه افراد باید برای نیازهای بهداشتی خود به منابع کافی دسترسی داشته باشند و این منابع باید با کیفیت مناسب و به طور یکسان در اختیار همگان باشد» مفاد این کنوانسیون به وسیله چهار پروتکل پیگیری می شود و هر ۵ سال یکبار مورد بازنگری قرار میگیرد. پروتکل تحقیقات زیست پزشکی به وسیله کمیته‌ای از وزرای پارلمان اروپا در ژوئن ۲۰۰۴ در استراسبورگ تأیید شد و با رضایت چهار عضو به اجرا گذاشته شد. بر خلاف دستورالعملهای اخلاقی منطقی‌های و بینالمللی، کنوانسیون حقوق بشر و زیست پزشکی نوعی ابزار حقوقی

نیز در زمینه درمان، بهداشت و سلامت عمومی وجود دارند، از جمله این اسناد، «منشور اجتماعی اروپا» است. این منشور، عبارت حق بر سلامت را به کار میبرد و مقرر میدارد که دولتهای عضو، متعهد به اتخاذ اقداماتی مناسب برای ارتقاء سلامت از طریق آموزش و مشاوره برای جلوگیری از بیماریهای مسری و سایر بیماریها و رفع اسباب بیماری تا حد ممکن هستند. منشور بر خلاف میثاق بینالمللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، تعریفی از سلامت ارائه نمیدهد. منشور حق برخورداری از بهداشت و سلامت را فراتر از حق بر مراقبت پزشکی میداند و بر اقدامات پیشگیرانه و آموزش برای پاسخ به مشکلات پزشکی و دیگر مشکلات مربوط به درمان و سلامت تأکید میکند.

بر خلاف رویکرد مضیق و محتاطانه منشور اروپایی، «منشور افریقایی حقوق بشر و مردم» مقرر میدارد که هر فردی حق برخورداری از بهترین وضعیت قابل حصول سلامت فیزیکی و روانی را دارد. منشور افریقایی یک تعهد کلی و یک تعهد خاص برای دولت های عضو در نظر می گیرد. تعهد کلی دولتها، اتخاذ اقدامات ضروری برای حمایت از سلامت مردم و تعهد خاصشان، تضمین ارائه مراقبت پزشکی و درمان به هنگام بیماری افراد است و منشور بر اساسی بودن مراقبت پزشکی بدون محدود کردن تعهد کلی دولتها، تأکید میکند.

۱۲- منشور آفریقایی حقوق و رفاه کودک

از دیگر اسناد منطقه‌ای، میتوان به «منشور آفریقایی حقوق و رفاه کودک» اشاره کرد. این منشور که مصوب سال ۱۹۹۹ سازمان اتحاد آفریقایی است، در ماده ۱۴ خود به بیان سلامت و خدمات بهداشتی میپردازد. طبق این ماده، هر کودک حق برخورداری از عالیترین حالت قابل حصول سلامت جسمی و روانی را دارد و دولت های عضو برای اجرای کامل این حق باید تدابیری اتخاذ کنند. از جمله این تدابیر عبارتند از: کاهش مرگ و میر نوزادان و کودکان، تدارک خدمات بهداشتی برای کودکان و توجه به بهداشت و درمان مادران باردار و شیرده است.

۱۳- کنوانسیون امریکایی حقوق بشر

منشور سازمان دولتهای امریکایی به طور خاص برخورداری از حق درمان و سلامت را به عنوان یک حق بشری بیان نمیکند بلکه حق رفاه مادی و شرایط سالم کاری را به کار میبرد. پروتکل الحاقی به کنوانسیون امریکایی حقوق بشر در زمینه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سان سالوادور، به طور خاص در ماده ۱۰ خود، حق برخورداری از بهداشت و سلامت را مقرر میدارد. این پروتکل عبارتی شبیه دیباچه سازمان بهداشت جهانی به کار میبرد.

طبق این پروتکل، هر کس حق برخورداری از سلامت به معنی برخورداری از بالاترین سطح سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی را دارد. به نحو مشابه «اعلامیه امریکایی حقوق و

است. مدعیانی که معتقدند حقوق آنها پایمال شده ممکن است به این کنوانسیون متوسل شوند. کنوانسیون این صلاحیت را دارد که تعیین کند آیا کشورهای عضو الزامات کنوانسیون را نقض کرده اند یا خیر. بنابراین کنوانسیون حقوق بشر و زیست پزشکی بار حقوقی قابل توجهی دارد.

سوم: تعهدات دولتها در گستره حق بر درمان، بهداشت و سلامتی در نظام بینالمللی حقوق بشر

حق بر بهداشت، درمان و سلامت به عنوان یکی از حقوق اقتصادی- اجتماعی بشر، به منزله حقی قلمداد می شود که تحقق آن ضرورتاً مستلزم مداخله دولت است. در این زمینه به طور کلی در نظام بینالمللی حقوق بشر و به ویژه در خصوص حق بر سلامتی، سه دسته تعهد کلی برای دولتها قابل شناسایی است. تعهد به رعایت، حمایت و اجرا. تعهد به رعایت و احترام به حق بر سلامتی مستلزم اینست که دولتها به طور مستقیم یا به طور غیرمستقیم از مداخله در بهره مندی از حق بر سلامتی اجتناب کنند. تعهد به حمایت، دولت را ملزم می کند که از بهره مندی از حق بر سلامتی در برابر مداخلات و مزاحمت های طرفین ثالث حمایت به عمل آورد و در نهایت تعهد به اجرا در بردارنده طیف وسیعی از اقدامات قانونی، قضایی، مالی جهت اجرا و پیشبرد حق بر سلامتی است.

با این حال تحقق حق بر بهداشت ضرورتاً به صورت تدریجی و با استفاده حداکثری از منابع در دسترس دولتها صورت خواهد

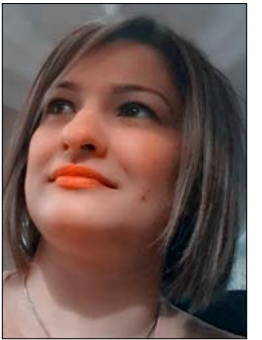
پذیرفت. دولتهای عضو متعهدند که تلاش حداکثر داشته باشند تا هرچه بیشتر به سوی عالیترین استاندارد قابل حصول سلامتی جسم و روان گام بردارند. میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۱ ماده ۲ در خصوص ماهیت کلی تعهدات دولتهای عضو مقرر میدارد «دولتهای عضو میثاق متعهد می شوند که با سعی و اهتمام خود و از طریق همکاری و تعاون بین -المللی به ویژه در زمینه های اقتصادی و فنی و با استفاده از حداکثر منابع موجود به منظور حصول تدریجی و اعمال کامل حقوق شناخته شده در این میثاق با کلیه وسایل مقتضی به خصوص با اقدامات قانون گذاری اقدام نمایند.»

بنابراین به نظر میرسد که اگر دولتی به جهت فقدان ابزار و منابع، در تحقق حق بر بهداشت و درمان ناتوان از تأمین عالیترین استاندارد قابل حصول سلامتی جسم و روان باشد، نمی توان او را مسئول دانست. با این وجود در حوزه حقوق بشر، پذیرش این توجیه با تردید همراه است؛ چرا که مطلقاً ناتوانی دولت نمی تواند مجوزی برای عدم اجابت تعهدات بینالمللی حقوق بشری از جمله تعهدات ناشی از میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باشد. در واقع اگر دولتی ادعا داشته باشد که به علت محدودیت یا فقدان منابع و امکانات، نتوانسته تعهدات ناشی از میثاق در زمینه تحقق حق بر بهداشت، درمان و سلامت را به صورت عالیترین استاندارد قابل حصول سلامتی، اجرا نماید، باید ثابت کند که کلیه تلاش های خود را به کار گرفته است، لیکن به دلیل محدودیت منابع، از اجرای کامل تعهدات بازمانده است.

منابع:

- ۱- کاتارینا و روساس، حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی، ترجمه اردشیر امیر ارجمند
- ۲- زمانی، سید قاسم، شبیه سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بینالملل بشر
- ۳- ساداتاخوی، سیدعلی، پیشنویس پروتکل اختیاری میثاق حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی
- ۴- شایگان، فریده، تقویت همکاری های بینالمللی در زمینه حقوق بشر
- ۵- قاری سیدفاطمی، سیدمحمد، حقوق بشر در جهان معاصر
- ۶- جاوید احسان، قلمرو حق بر سلامتی در نظام بینالملل حقوق بشر
- ۷- نیاورانی صابر، حق بر سلامتی در نظام بینالملل
- ۸- دکتر عباسی محمود، الزامات حقوقی اسناد بین المللی در قبال بهداشت و سلامت عمومی
- ۹- دهقانی غزاله، اسناد بینالمللی حمایت از بهداشت و سلامت عمومی
- ۱۰- رضایی راحله، الزامات حقوقی اسناد بینالمللی در قبال بهداشت و سلامت عمومی





نعیمه دوستدار

بر اساس آمارهای مرتبط به پایان دولت دهم، در حالی که به طور متوسط، شاخص پرداخت هزینه درمان از جیب مردم در کشورهای مختلف دنیا ۱۷.۹ درصد بود، در ایران، این شاخص ۵۶.۱ می‌رسید. برای هر هزار نفر جمعیت، ۱.۴ تخت وجود داشت که ۵۳ درصد از آنها هم فرسوده بودند. ۱۶.۷ درصد از جمعیت ایران بیمه نشده بودند. بین ۱۰ تا ۱۵ درصد از هزینه‌های سلامت به صورت پرداخت‌های زیرمیزی در بخش دولتی و خصوصی هزینه می‌شد و هر سال ۷۰۰ هزار نفر به علت هزینه‌های بهداشت و درمان به زیر خط فقر منتقل می‌شدند. این آمارها اندکی در دوران دولت یازدهم تغییر کرده است اما مشکل درمان مردم حل نشده است. چون در قانون اساسی ایران گرچه بر حق سلامت تاکید شده اما این قوانین تمام و کمال اجرا نشده‌اند.

حق سلامت، حقی انسانی

حق سلامت به معنای دسترسی همگانی به خدمات پزشکی، بهداشتی، آب سالم، غذای کافی، محیط زیست تمیز و محیط کار سالم در بالاترین سطح استاندارد فیزیکی و روانی است و به حق دسترسی به خدمات پزشکی محدود نمی‌شود.

به طور کلی، حقوق سلامت به دو حق سلامت فردی و اجتماعی تقسیم می‌شوند. کیفیت سلامت در گروه‌های مختلف اجتماعی، متفاوت است و ارتباط مستقیم با آگاهی و سطح سواد مردم دارد. اما تامین سلامت اجتماعی، وظیفه حاکمیت و دولت‌هاست و به همین دلیل است که خدمات و پوشش‌های بیمه‌ای در دنیا یکی از شاخص‌های تقسیم‌بندی کشورها به توسعه یافته و در حال توسعه است.

اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران می‌گوید که «برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، بی‌سرپرستی، از کار افتادگی، حوادث و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به شکل بیمه و غیره، حق همگان است.» بر اساس همین اصل، و دولت مکلف است که طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی سلامت و درمان را برای تک تک ایرانیان تامین کند.

آیا نظام سلامت ایران متحول می‌شود؟



شرایط مناسب برای تامین مراکز پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلا به بیماری تلاش کنند.» اسناد بین‌المللی دیگر هم حق سلامت را به شکل‌های مختلف به رسمیت شناخته‌اند. مثلاً ماده ۵۵ منشور ملل متحد به شکل تلویحی و ضمنی به حق بر سلامت اشاره کرده است. بند ۲ ماده مذکور می‌گوید: «حل مسائل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و مسائل مربوط به آنها و همکاری بین‌المللی فرهنگی و آموزش» از جمله اموری است که مورد تشویق سازمان ملل متحد است. در مقدمه اساسنامه بهداشت جهانی، بهره‌مندی از بالاترین استاندارد برای دستیابی به سلامتی، یکی از حق‌های بنیادین هر انسانی شناخته شده و تاکید شده که سلامتی ملت‌ها، برای دستیابی به صلح و امنیت، واجد اهمیت اساسی است.

در پیمان‌نامه بین‌المللی رفع تبعیض نژادی، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، در بخش‌هایی از پیمان‌نامه بین‌المللی رفع تبعیض علیه زنان و پیمان‌نامه حقوق کودک، پیمان‌نامه بین‌المللی حمایت از حقوق کارگران مهاجر و اعضای خانواده آنها و پیمان‌نامه حقوق افراد دارای معلولیت

همچنین در بند یک اصل ۴۳ قانون اساسی، بهداشت و درمان نیازهای اساسی انسانی شمرده شده و تامین آن برای همه از وظایف دولت قلمداد شده است.

ایران در سال ۱۳۵۴ به میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که یکی از معاهدات بین‌المللی شناخته شده است، پیوسته. این میثاق جزئی از نظم حقوقی داخلی کشورهای متعهد به آن محسوب می‌شود و از قوانین الزام آور است.

در این میثاق، الزامات و تعهدات دولت‌های عضو در خصوص بهداشت، تفصیل بیشتر و دقیق‌تری دارد. در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تصریح کرده که «دولت‌های طرف این میثاق حق هر کس را به بهره‌مندی از بهترین حال سلامت جسمی و روحی قابل دستیابی به رسمیت می‌شناسند و بر این اساس باید برای کاهش میزان نوزادان فوت‌شده و مرگ و میر کودکان و تامین رشد سالم آنان، بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از هر نظر، پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر - بومی - حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها و همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها، ایجاد

نیز بر این حق تاکید شده است.

حق مراقبت پزشکی، حق مسئولیت در برابر سلامت، حق محیط زیست سالم، حق غذا نیز از دیگر اشکال حقوقی هستند که با حق سلامت مرتبطند یا از شاخه‌های آن تلقی می‌شوند.

بخش عمده‌ای از تعهدات دولت‌ها در این زمینه جنبه ایجابی و مثبت دارد. یعنی دولت باید با تبیین سیاست‌های مناسب، برخی اقدامات عملی و اجرایی را که منجر به بهبود بهداشت عمومی و فردی می‌شود، انجام دهد. توسعه نظام بیمه درمانی یا اعمال نظارت‌های لازم بر مراجع پزشکی و بهداشتی در جهت تامین درمان رایگان و ارزان برای شهروندان از شکل‌های مختلف این اقدامات است.

حق بر سلامت در قوانین بیمه

در اصل ۲۳ قانون اساسی و در مواردی از قانون برنامه چهارم توسعه، بر توسعه بیمه خدمات درمانی در کشور تاکید شده است.

زمانی که لایحه تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در مجلس شورای اسلامی مطرح شد، ماده‌ای به آن اضافه شد که دولت را مکلف کرد تا لایحه بیمه همگانی خدمات درمانی را تقدیم مجلس کند.

بر مبنای قانون، بیمه درمانی اقشار مختلف جامعه نظیر «کارکنان دولت، روستاییان، عشایر، خویش‌فرمایان، خانواده‌های شهدا، ازادگان، جانبازان، روحانیون، طلاب حوزه‌های علمیه و دانشجویان به سازمان بیمه خدمات درمانی محول شد. همچنین ماده یک قانون، هدف از تشکیل این سازمان را «تامین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی» بیان می‌کند. به عبارتی، طبق قانون بیمه همگانی، دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم کند.

قانون مرتبط دیگر، «قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی» است. با تصویب این قانون، وزارت رفاه و تامین اجتماعی تاسیس شد و سازمان تامین اجتماعی از آن زمان از وزارت بهداشت منفک شد و زیر نظر وزارت رفاه قرار گرفت. سازمان تامین اجتماعی یک سازمان بیمه‌گر اجتماعی است که مأموریت اصلی آن پوشش کارگران (به صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به صورت اختیاری) است.

طرح تحول نظام سلامت

یکی از پر بحث‌ترین و مهم‌ترین اتفاقات سال‌های اخیر در حوزه سلامت، طرح تحول نظام سلامت است.

در بخش دیگری از این طرح، برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند برنامه حفاظت مالی پیشنهاد شده که بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج تحت عنوان مشترک بیماری‌های ویژه، تحت پوشش معاونت درمان وزارت بهداشت قرار بگیرند و هزینه‌های بالای تشخیصی و درمانی بیماری آنها تحت حمایت قرار گیرد.

راه‌اندازی اورژانس هوایی با تاسیس ۱۴ پایگاه اورژانس هوایی انجام شده و آن طور که گفته می‌شود، حدود یک سوم کشور تا شعاع ۱۵۰ کیلومتری تحت پوشش اورژانس هوایی قرار گرفته است.

وزارت بهداشت ایران می‌گوید که تاکنون ۱۰۲ میلیون ویزیت، ۱۶ میلیون بستری، ۱.۵ میلیون زایمان طبیعی در طرح سلامت انجام شده است.

اما این طرح از زمان اجرای آن، زیر تیغ تیز انتقادات قرار داشته است. مهم‌ترین انتقاد منتقدان، عدم پایداری منابع و نبود مدیریت یکپارچه بر منابع این حوزه است که اجرای آن را دچار اختلال می‌کند و تداوم آن را زیر سوال می‌برد.

همچنین کمبود نیرو و افزایش حجم کاری کادر سلامت به ویژه پرستاران، باعث اعتراضات کادر پرستاری شده چون آنها به شکاف عمیق به وجود آمده بین درآمد خود با پزشکان اعتراض دارند. تعمیق شکاف درآمدی در کادر درمانی، ناتوانی در تأمین منابع و بالابردن کیفیت خدمات، دولت را در بزرگترین طرح و مداخله اجتماعی با بحران روبه‌رو کرده است و البته بین دو وزارتخانه بهداشت و رفاه هم تعارضاتی در این زمینه وجود دارد.

همچنین منتقدان به درمان محوری به جای توجه به پیشگیری و پزشک محوری به جای خدمات محوری و بیمار محوری به جای سلامت محوری انتقاد دارند.

اظهار عجز بیمه‌ها در پرداخت تعهدات، کسری ۳۰ هزار تخت و ۲۰۰ هزار پرستار، همکاری نکردن بیمه‌های پایه و تکمیلی که باعث شده بعضی از خدمات درمانی تحت پوشش قرار نگیرند، قطع بسته تشویقی زایمان طبیعی مخصوص ماماها و کاهش پرداخت به پزشکان، از چالش‌هایی هستند که در روند اجرای این طرح پیش آمده‌اند.

به طور کلی، علاوه بر کاستی‌هایی که در سطح قوانین عادی و مقررات وجود دارد، تعهدات دولت به اندازه کافی شفاف نیست و مشخص نیست که آیا در نهایت درمان در ایران رایگان است یا از یارانه و کمک دولتی می‌گیرد و این کمک‌ها و بودجه‌ها تا چه زمانی تأمین خواهند شد؟ به عبارت دیگر، ضمانت اجرای قانونی در مورد قوانین حوزه درمان روشن نیست و با اینکه بنا بر تکالیف قانونی تأکید شده، ضمانت اجرایی برای آنها در نظر گرفته نشده است.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران بر اساس وظایف و مأموریت‌های کلی و اسناد بالادستی‌اش به ویژه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، همچنین بر اساس سیاست‌های کلی سلامت ابلاغ شده از سوی رهبر جمهوری اسلامی و مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و برنامه‌های دولت یازدهم، برنامه تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی شش ماهه از اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ آغاز کرد. تحول پیش‌بینی شده در نظام سلامت قرار است با حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا شود.

سیاست‌های کلی سلامت ابلاغ شده از سوی رهبر جمهوری اسلامی بر همگانی کردن بیمه پایه درمان و پوشش کامل نیازهای پایه‌ای درمان توسط بیمه‌ها برای همه گروه‌های جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تأکید دارد. بر این اساس قرار است که طرح تحول سلامت باعث افزایش پاسخگویی نظام سلامت و کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم شود و درصد خانوارهایی که به خاطر دریافت خدمات سلامت دچار هزینه کمرشکن شده‌اند هم کمتر شود. بهبود پی‌آمدهای بیماران اورژانسی و افزایش زایمان طبیعی هم در بان طرح گنجانده شده است.

برای کاهش میزان پرداخت بیماران بستری در بیمارستان‌های دولتی، هدف این طرح این بوده که تمام بیماران دارای بیمه پایه سلامت ساکن در شهرها که در بیمارستان‌های دولتی بستری می‌شوند، تنها ۱۰ درصد از کل صورتحساب بیمارستان را پرداخت کنند و بیماران روستایی، عشایر و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان‌های دولتی مراجعه می‌کنند، ۵ درصد هزینه‌های درمان را پرداخت کنند. همچنین بیماران یا همراهان آنها برای تهیه دارو، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری و سایر ملزومات پزشکی به بیرون از بیمارستان ارجاع داده نشوند.

حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی برای اینکه بیماران اورژانسی ۲۴ ساعته به پزشک دسترسی داشته باشند، ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های دولتی، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های دولتی از برنامه‌های این طرح است.

برنامه ترویج زایمان طبیعی برای ارتقای سلامت مادر و نوزاد از اولین روز اجرای طرح تحول سلامت اجرا شده و بر اساس این برنامه، بیمارستان‌ها ملزم به کاهش میزان سزارین هستند. برای تشویق مادران به انجام زایمان طبیعی و کاهش پرداخت از جیب ایشان، زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی رایگان انجام می‌شود و بیمار هیچ هزینه‌ای بابت زایمان طبیعی پرداخت نمی‌کند.

حق درمان در زمان جنگ



علی مهتدی

افراد در زمان جنگ وضع کرده و نهادهایی مثل صلیب سرخ جهانی، هلال احمر، پزشکان بدون مرز و ... مسوولیت اجرای این قوانین در شرایط جنگی را بر عهده دارند. مطابق توافق نامه ژنو، حفظ حقوق زخمی ها و بیماران در هر شرایطی لازم است و چنانچه در زمان جنگ، تعرضی به حقوق افراد زخمی یا بیمار شود جزو جرایم جنگی محسوب می شود. توافق نامه ژنو همچنین تاکید دارد که امنیت پزشکان و کسانی که به جنگ زدگان خدمات پزشکی ارایه می کنند باید تحت هر شرایطی حفظ شود، حتی اگر برای دفاع از خود یا بیماران شان سلاح به دست بگیرند. در عین حال طرفین درگیر در یک نزاع مسلحانه خواه دولت باشند یا گروه های شبه نظامی، باید راه رسیدن کمک های پزشکی به جنگ زدگان را باز گذاشته و به افراد مجروح یا بیمار کمک کنند. پروتکل اول و دوم اضافه شده به توافق نامه ژنو در ژوئیه ۱۹۷۷ یکی از مهم ترین وظایف افراد درگیر در نزاع مسلحانه را حفظ

محرمانه بودن اطلاعات پزشکی افراد دانسته و تاکید دارد که هیچ کدام از طرفین درگیر در جنگ های مسلحانه حق ندارند پزشکان و امداد رسانی را مجبور به ارایه اطلاعات در مورد بیماران، مجروحان یا افراد نزدیک به آنها قرار دهند. کمیته بین المللی مامور شده از طرف سازمان ملل در سال ۲۰۱۱ برای بررسی شرایط درمانی افراد در زمان جنگ در همکاری با اتحادیه جهانی پزشکان، صلیب سرخ جهانی، شورای بین المللی پرستاران و اتحادیه جهانی داروسازان؛ سندی را منتشر کرد و از تمامی طرف های درگیر در نزاع های مسلحانه خواست تا تحت هر شرایطی به مفاد آن پایبند باشند. سند صادر شده از طرف این کمیته بر اساس مفاد توافق نامه ژنو مصوب ۱۹۴۹ و دو پروتکل اضافی آن مصوب ۱۹۷۷، منشور جهانی حقوق بشر، میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی و همچنین توافق نامه جهانی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تنظیم شده است.

مبادی اخلاقی حق درمان در زمان جنگ

۱- مبادی و اصول اخلاقی کمک رسانی به بیماران و مجروحان در زمان جنگ با زمان صلح هیچ فرقی ندارد، به این ترتیب که در زمان صلح، تامین حق درمان در بالاترین کیفیت ممکن و وظیفه دولت هاست و در زمان جنگ وظیفه جریان های یا دولت های درگیر در نزاع مسلحانه.

۲- فعالان عرصه کمک رسانی به بیماران و مجروحان در تمامی شرایط تحت حمایت قوانین بین المللی و ملی هستند و باید با مراجعه به وجدان خویش، آداب و مبانی اصول درمانی و پزشکی را رعایت کنند. پزشکان و دست اندکاران همچنین موظف هستند از تمامی امکانات موجود برای کمک رسانی به مجروحان و بیماران در زمان درگیری های مسلحانه استفاده کرده و به تمامی نیازمندان به شکل برابر کمک کنند.

۳- وظیفه اصلی عاملان عرصه درمان در زمان جنگ، حفظ سلامت بدنی و روحی افراد و به خصوص غیر نظامیان است تا بتوانند از رنج و محنت آن ها بکاهند. پزشکان و امداد رسانی همچنین موظف هستند تا کرامت افراد را حفظ کرده و در راه کمک رسانی در شرایط جنگی یا اضطراری هیچ گونه تبعیضی قایل نشوند.

۴- امداد رسانی تحت هیچ شرایطی نباید امتیازاتی که برای آن ها در شرایط فوق العاده یا جنگی در نظر گرفته می شود را در راه منافع شخصی مورد استفاده قرار دهند.

۵- امداد رسانی و پزشکان تحت هیچ شرایطی و به هیچ دلیلی نباید در شکنجه افراد یا رفتارهای غیر انسانی و توهین آمیز با آنها شرکت داشته باشند. این افراد در شرایط جنگی یا اضطراری حتی نباید هنگام شکنجه افراد حاضر باشند.

رابطه با بیماران

۱- فعالان عرصه امداد رسانی در زمان جنگ باید منافع بیمار

را در درجه اول اهمیت قرار داده و تا جایی که امکان دارد با موافقت او فعالیت خود را ادامه دهند. چنانچه این افراد در جریان انجام وظیفه خود با شرایطی مواجه شدند که منافع بیمار در خطر قرار گرفت باید به اصول حرفه ای خود و التزامی که نسبت به بیمار دارند اولویت دهند.

۲- امداد رسانی و پزشکان باید هر چه در توان دارند به خرج دهند تا هر چه سریع تر بتوانند به افراد بیمار یا زخمی در شرایط جنگی کمک رسانی کنند، مگر در شرایطی که الزامات پزشکی ایجاب می کند.

۳- چنانچه امداد رسانی یا پزشکان تهدید شوند که اطلاعات محرمانه مربوط به بیمار، زخمی یا درگذشتگان را ارایه دهند باید از آن خودداری کنند. همچنین هرگونه استفاده تبلیغاتی از بیماران و مجروحان یا سوء استفاده از آنها برای تحقق اهداف سیاسی یا نظامی در زمان جنگ ممنوع است.

حمایت از امداد رسانی و پزشکان

۱- تمامی طرف های درگیر در نزاع مسلحانه خواه دولت باشند یا گروه های شبه نظامی باید تحت هر شرایطی امنیت امداد رسانی و پزشکان و همچنین مراکز بهداشتی و درمانی را حفظ کرده و شرایط را برای ادامه فعالیت های آنها مهیا کنند. ۲- هیچ کدام از طرف های درگیر در یک جنگ مسلحانه حق ندارند رفت و آمد پزشکان و امداد رسانی برای انجام وظیفه شان را محدود کنند.

۳- امداد رسانی و پزشکان در شرایط جنگی باید علایمی مانند آرم صلیب سرخ جهانی یا هلال احمر را با خود همراه داشته باشند تا آنها را از دیگران متمایز کرده و بتوانند بدون محدودیت وظیفه کمک رسانی خود را انجام دهند.

۴- پزشکان و امداد رسانی تحت هیچ شرایطی و به هیچ بهانه ای به خاطر انجام وظیفه قانونی و اخلاقی خود نباید توسط دولت ها یا شبه نظامیان مجازات شوند.

توافق نامه چهارم ژنو

توافق نامه حمایت از غیر نظامیان در زمان جنگ که به توافق نامه چهارم ژنو مشهور است، یکی از چهار پیمانی است که در ماه آگوست ۱۹۴۹ به تصویب رسید و اکنون ۱۹۶ کشور جهان آن را امضا کرده اند. در سال ۱۹۹۳ شورای امنیت سازمان ملل بعد از بررسی گزارش دبیر کل این سازمان اعلام کرد که توافق نامه ژنو در گذر سال ها به قانونی عرفی تبدیل شده و به این ترتیب حتی کشورهای که این توافق نامه را امضا نکرده اند، در زمان جنگ موظف به رعایت مفاد آن هستند.

ماده دوم از توافق نامه ژنو تاکید دارد که امضا کنندگان پیمان در شرایط جنگی، درگیری های مسلحانه و همچنین اشغال سرزمین کشوری دیگر ملزم به رعایت تمامی مفاد توافق هستند.

در ماده سوم از پیمان ژنو آمده که «هنگامی که کشورها

با یکدیگر درگیر می‌شوند، طرفین حداقل‌هایی را باید رعایت کنند بدین ترتیب که با غیرنظامیان، افراد مسلحی که سلاح خود را زمین گذاشته‌اند، زخمی‌ها، بیماران و اسرا رفتار انسانی داشته باشند. تعدی به زندگی و سلامت بدنی این افراد و شکنجه‌ی آنها در هر شکلی ممنوع است و افراد غیر نظامی باید از خدمات پزشکی بهره‌مند شوند. گروگان‌گیری، تعدی به کرامت افراد و همچنین اجرای احکام مختلف از جمله اعدام بدون طی کردن روند محاکمه عادلانه ممنوع است.

- ماده سیزدهم تاکید دارد که حقوق ساکنان دو کشور درگیر در یک نزاع مسلحانه باید بدون هیچ‌گونه تبعیض بر اساس نژاد، جنسیت، دین یا باور سیاسی باید رعایت شده و طرفین درگیر نسبت به کم کردن رنج جنگ برای غیرنظامیان و آرایه خدمات پزشکی و امدادی به آنها تعهد داشته باشند.

- دو ماده هجدهم و نوزدهم پیمان ژنو به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در زمان جنگ پرداخته است: «در هیچ شرایطی نباید به بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی که در حال خدمت‌رسانی به بیماران، زخمی‌ها و افراد سالمند هستند حمله شود و کشورهای درگیر در نزاع مسلحانه باید از این مراکز حمایت کرده و به آنها گواهی یا نشان‌هایی بدهند که نشان دهد این مراکز در حال خدمت‌رسانی به غیرنظامیان هستند. طرفین درگیر همچنین تا حد امکان باید تدابیری اتخاذ کنند که مراکز درمانی کاملاً برای دشمن قابل شناسایی باشد تا امکانی برای هدف قرار دادن آن فراهم نشود. در عین حال، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی باید به گونه‌ای بنا شوند که در دورترین فاصله ممکن از اهداف نظامی باشند.

- توقف حمایت از مراکز درمانی و بیمارستان‌ها ممنوع است مگر در شرایطی که از چارچوب وظایف خود خارج شده و از آنها برای ضربه زدن به دشمن استفاده شود. در این صورت توقف حمایت از این مراکز باید با اخطار قبلی همراه شود و فرصت کافی داده شود تا کارکنان این مراکز متوجه توقف این حمایت شوند.

نهادهای امداد رسان در شرایط اضطراری

در شرایط جنگی و با استناد به مفاد توافق‌نامه ژنو، سازمان‌های دولتی و غیردولتی مختلفی وظیفه کمک‌رسانی به جنگ‌زدگان، زخمی‌ها و بیماران را بر عهده دارند. بارزترین این سازمان‌ها؛ «صلیب سرخ جهانی»، «پزشکان بدون مرز» و «پزشکان برای حقوق بشر» است.

صلیب سرخ جهانی

سازمان جهانی صلیب سرخ، انجمن و سازمان غیردولتی انسان‌دوستانه است که مقر اصلی آن در شهر ژنو سوئیس قرار دارد. این سازمان در سال ۱۸۶۳ توسط هنری دونانت بانک‌دار سوئیسی تاسیس شد و در ابتدا وظیفه‌اش فقط مراقبت از سربازان زخمی جنگ بود؛ اما بعدها دامنه فعالیت‌های خود



را گسترش داد تا غیر نظامیان در شرایط جنگی و همچنین قربانیان بلایای طبیعی مثل زلزله و سیل را نیز پوشش دهد. تقریباً در همه کشورهای دنیا شعبه‌هایی از صلیب سرخ وجود دارد که در طول جنگ و صلح کار می‌کنند.

در سال ۱۹۸۳ کمیته بین‌المللی صلیب سرخ تاسیس شد که فعالیت‌های صلیب سرخ و هلال احمر را پوشش می‌دهد و توسط تمامی کشورهای امضاکننده توافق‌نامه ژنو به رسمیت شناخته شد. وظیفه اصلی این سازمان، رسیدگی به وضعیت درمانی سربازان و غیرنظامیان در شرایط جنگی و همچنین کمک‌رسانی به افراد قربانی بلایای طبیعی است.

پزشکان بدون مرز

این سازمان در سال ۱۹۷۱ توسط گروهی از پزشکان فرانسوی بنیان نهاده شد. بنیان‌گذاران سازمان پزشکان بدون مرز بر

جنگی تاسیس شد.

«حق درمان در شرایط جنگی در خطر است»

در ژانویه سال ۲۰۱۶ ده سازمان جهانی فعال در زمینه تامین حق درمان برای جنگ‌زدگان از جمله صلیب سرخ جهانی، سازمان پزشکان بدون مرز، اتحادیه جهانی بیمارستان‌ها، انجمن جهانی پزشکان و ... با انتشار گزارشی از وضعیت امداد رسانی به جنگ‌زدگان از امضاکنندگان توافق‌نامه ژنو خواستند تا هر چه سریع‌تر نسبت به اجرای کامل مفاد این پیمان اقدام کنند؛ چرا که «حق درمان در شرایط جنگی در خطر است».

تهیه‌کنندگان این گزارش با استناد به قطعنامه شماره ۴ سی و دومین نشست صلیب سرخ جهانی که اعلام کرده بود «حق درمان در شرایط جنگی در خطر است»، مفاد آن را به رسمیت شناختند. در گزارش این ده سازمان جهانی تاکید شده که علیرغم تعهد کشورهای امضاکننده پیمان ژنو، وضعیت امداد رسانی به زخمی‌ها و غیرنظامیان جنگ بدتر از قبل شده است. در این گزارش به وضعیت حق درمان جنگ‌زدگان در سه منطقه ملتهب جهان (سوریه، عراق و یمن) پرداخته شده است.

سوریه: سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ نزدیک به ۱۲۰ حمله به مراکز امداد رسانی و پزشکی را ثبت کرده است. این آمار حاکی از این است که ۱۳۵ مورد تعرض به مراکز امداد رسانی در سال ۲۰۱۵ و ۹۳ مورد در سال ۲۰۱۴ به ثبت رسیده است. در شرایط جنگی حاکم بر شهر حلب تنها یک بیمارستان از مجموع ۹ بیمارستان حلب شرقی مشغول کمک‌رسانی به غیرنظامیان زخمی است و چهار بیمارستان به شکل کامل تخریب شده‌اند. در عین حال، امداد رسانی در سوریه وضعیت وخیمی داشته و هدف خشونت‌های کور و بی‌هدف قرار می‌گیرند.

یمن: از زمان شروع جنگ در این کشور در سال ۲۰۱۵ صلیب سرخ جهانی ۱۶۰ حمله به بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و فعالان این عرصه ثبت کرده است. این در حالی‌ست که تعداد مراکز درمانی در یمن به نصف کاهش یافته و به دلیل کمبود امکانات امداد رسانی، به شکل متوسط روزی ۲۰ نفر از زخمی‌ها جان خود را از دست می‌دهند.

عراق: در سال ۲۰۱۶ حملات مختلف به مراکز امداد رسانی ادامه یافته و بسیاری از این مراکز منهدم شده‌اند. مردم در نقاطی که درگیری شدیدتر است، به خدمات پزشکی و امدادی دسترسی ندارند و ظرف دو سال نزدیک به ۴۵ درصد فعالان عرصه امداد رسانی به خاطر وخامت شرایط، فرار کرده‌اند. بسیاری از خودروهای حامل بیماران یا کمک‌های پزشکی توسط افراد مسلح مورد حمله قرار گرفته و بسیاری از گروه‌های شبه‌نظامی از علایم و نشان‌های امداد رسانی درمانی سوء استفاده می‌کنند.

اساس این باور شکل گرفت که تمامی افراد بدون توجه به جنسیت، دین، باور یا وابستگی سیاسی خود حق بهره‌مند شدن از خدمات پزشکی و درمانی دارند. پزشکان بدون مرز نخستین سازمان غیر دولتی است که هم در کمک‌رسانی به افراد فعالیت می‌کند و هم گزارش‌هایی از شرایط افرادی که از کمک‌های این سازمان بهره‌مند می‌شوند تهیه کرده و تعاریفی مشخص در مورد بحران‌هایی می‌دهد که باعث می‌شوند افراد نتوانند از حق درمان استفاده کنند.

پزشکان برای حقوق بشر

سازمان جهانی پزشکان برای حقوق بشر در سال ۱۹۸۶ برای مبارزه با شکنجه، قتل‌های سیاسی رخ داده توسط دولت‌ها یا سازمان‌های مختلف، تلاش برای بهبود شرایط درمانی در زندان‌ها و همچنین دفاع از پزشکان و امداد رسانی در شرایط

تبعیض درمانی؛ شهروندانی که با دیگران نابرابر ترند



آیدا فجر

حق بهداشت، درمان و سلامت از جمله حقوق اولیه انسان‌ها شناخته می‌شود که دولت‌های مختلف موظف‌اند در هر شرایط و بحرانی تحقق آن را تضمین کنند. در واقع دولت‌های مختلف وظیفه دارند بدون توجه به سن، میزان ثروت، نژاد، جنسیت، مذهب، گرایش جنسی، وضعیت توان‌خواهی و هر توصیف دیگر امکانات و درمان برابر و با کیفیت را در اختیار تمامی شهروندان قرار دهند. مساله‌ای که هم در قوانین بین‌المللی و هم قوانین ملی کشورها بر آن تاکید ویژه شده است.

برابری در حق بهداشت و درمان برای گروه‌های مختلف اجتماعی حتی در کنوانسیون‌های مختلف خصوصا مدنی نیز مورد تاکید قرار گرفته. از جمله حقوق کودکان، توان‌خواهان و مهاجران. می‌توان به این لیست هر گروه اجتماعی دیگر مثل زنان یا ملیت‌ها و اقوام مختلف را هم افزود. جدای از گروه‌های اجتماعی مساله ثروت در دوران اخیر نقش پررنگی در دسترسی به امکانات و حق درمان ایفا کرده است.

در عین حال توجه به رسیدگی درمانی بهداشتی برای بازداشتی‌ها، اسرا و زندانیان نیز از موارد مورد تاکید است. به طوری که در ماده ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی آمده: «هیچ‌کس نباید بدون رضایت خود محکوم شود که تحت آزمایش علمی و پزشکی قرار بگیرد.»

با توجه به این مرور گذرا بر چند موردی که می‌تواند تبعیض درمانی به دنبال داشته باشد، به راحتی می‌توان دریافت که در ایران، تبعیض در بهداشت و درمان چنان پررنگ است که هر گروه اجتماعی ممکن است مورد آن قرار بگیرد.



زنان؛ قربانیان خاموش تبعیض درمانی

از دهه هفتاد میلادی فمینیست‌ها توانستند فعالیت‌های خود را علیه تبعیض و نابرابری‌های جنسیتی در حوزه امکانات پزشکی آغاز کنند. اگرچه این جریان و فعالیت آن‌ها همواره با تمسخر و مانع همراه بود اما بالاخره تلاش آن‌ها به بار نشست و دهه‌هاست که صحبت از این نوع تبعیض درمانی در میان است.

یکی از مهم‌ترین تبعیض‌ها در این خصوص به مساله تحقیقات آزمایشگاهی و دانشگاهی برمی‌گردد. در طول تاریخ عموماً این مردها بودند که هم در سمت محقق می‌نشستند و هم در جایگاه بیمار. بیشتر تحقیق‌ها حتی در مورد نوع بیماری یا داروهای لازم روی مردان صورت می‌گرفت. به طوری که بیماری‌های زنان در گزارش سالانه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۸ هنوز یک تم مستقل نبود.

همین کاستی را می‌توان در خصوص بیماری‌های روحی و روانی زنان مشاهده کرد. با توجه به آن‌که خشونت گسترده علیه زنان در لابه‌لای زندگی روزمره آن‌ها

کمین کرده و بنا به گفته پزشکان، زنان بیشتر در معرض افسردگی قرار دارند یا به آن مبتلا هستند اما جهان به تازگی توانسته روی این مساله متمرکز شود.

هرچه مساله زنان تابوتر باشد، پرداختن به آن هم کم‌تر است. وقتی به بدن زن می‌رسیم تابوها شدت پیدا می‌کند و تا حد انکار هم پیش می‌رود.

دکتر اندرو گلدستین، مدیر مرکز نارسایی وولوواژینال در واشنگتن در همین خصوص گفته است: «به مشکلات سکسی زنان به نسبت نارسایی‌هایی سکسی مردان اهمیت کمتری داده می‌شود. به نظرم یک استاندارد دو گانه وجود دارد. متأسفانه نارسایی و یا ناتوانی‌های جنسی مردان شناخته شده و پذیرفته شده اند ولی اگر زنان چنین نارسایی‌هایی داشته باشند به آنها انگ می‌زنند. به آنها گفته می‌شود که در اختیار خود شماست.»

بنا به روایت این پزشک «مدت تکمیل تخصص من در رشته پزشکی زنان حدود ۲۰ هزار ساعت بود و از تمام این مدت ما فقط یک درس ۴۵ دقیقه‌ای در مورد کارکرد جنسی زنان داشتیم. و می‌توانم به شما اطمینان دهم که

تمام چیزهایی که در آن ۴۵ دقیقه به ما آموزش داده شد کاملاً غلط بودند.»

سوفیا لوسون، پزشک متخصصی است که در تهیه گزارشی تازه نقش داشته. طبق این گزارش تفاوت دریافت امکانات درمانی میان بیماران قلبی زن و مرد همچنان به قوت خود باقی‌ست. به گفته او «این بررسی در طول ده سال صورت گرفته و تصور این بود که این تفاوت درمانی میان زنان و مردان کاهش یافته است. اخیراً تشخیص داده شد که برای درمان برخی از مشکلات جدی قلبی، بهتر است از روش درمانی با بالن استفاده شود. بررسی انجام شده نشان می‌دهد که از این روش در مورد بیماران قلبی زن در مقایسه با مردان کمتر استفاده می‌شود. علاوه بر این، روش‌های دیگر درمانی مانند تجویز دارو نیز در مورد زنان و مردان بیمار متفاوت است.»

در کنار این موارد پایه‌ای می‌توان به آمار بالای مرگ و میر مادران هم اشاره کرد. نداشتن امکانات کافی بیمارستان و کادر درمانی در شهرستان‌ها و حواشی شهرها یا روستاها یکی از مهم‌ترین عواملی است که جان مادران را تهدید می‌کند. در عین حال هرچه از مراکز شهرهای بزرگ به حاشیه‌ها قدم برمی‌داریم با کمبود این امکانات بیشتر مواجه می‌شویم.

تنها در یک نمونه ناهید اسکندری، عضو شورای شهر «سرکان» استان همدان هست که روایت می‌کند زمانی که به ریاست شورا رسیده بود، اگرچه هیچ‌کس او را به عنوان یک زن جدی نمی‌گرفت اما توانست برای نخستین بار مجوز افتتاح مرکز سونوگرافی و ماموگرافی را برای زنان در «تویسرکان» شهری در همان استان کسب کند. همین مثال نشان می‌دهد که مسایل بهداشتی و درمانی زنان تا چه اندازه مورد توجه جمهوری اسلامی است.

این در حالی‌ست که زنان به دلیل آن‌که در گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی خصوصاً در کشورهای توسعه‌نیافته یا در حال توسعه هستند بایستی مورد توجه خاص قرار بگیرند. اما همین تبعیض و کاستی را می‌توانیم در مرحله آموزش بیماری‌های آمیزشی هم شاهد باشیم. اما نه در کتاب‌های آموزشی و نه در منابع تولید ارزش نمی‌توان آموزش جلوگیری از این بیماری‌ها و حتی آموزش جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته را شاهد بود.

به عنوان نمونه طبق آمار رسمی در جمهوری اسلامی بیماری‌های ایدز که جنسیت هم نمی‌شناسد و یکی از راه‌های انتقال آن رابطه جنسی غیرایمن است، همواره از سوی

مسئولان مورد انکار قرار می‌گیرد. چندین سال پیش بود که حتی یکی از مسوولان آموزش و پرورش گفت ایدز برای دانش‌آموزان خارج از مدرسه اتفاق می‌افتد پس مسوولیت آن برعهده خانواده‌هاست. همین تابو کردن باعث شده که راه‌های جلوگیری از بیماری ناشناخته بماند و مبتلایان از بیماری خود احساس شرم و گناه کنند. در نهایت جامعه نیز آن‌ها را نپذیرد و مورد تبعیض و تحقیر قرار بگیرند.

در موردهای دیگر در خصوص زنان می‌توان به مساله پرپود ماهیانه آن‌ها اشاره کرد که در بسیاری از شهرستان‌ها و شهرهای کوچک یا روستاها، زنان دسترسی به امکانات بهداشتی مثل نواربهداشتی هم ندارند. در حالی که عدم رعایت بهداشت در دوران پرپود می‌تواند بیماری‌های بسیاری به دنبال داشته باشد.

در کنار این موارد می‌توانید عدم دسترسی برابر به بیمه درمانی را هم اضافه کنید. خصوصاً برای زنان کارگری که در شهرستان‌ها شبانه روز مشغول به کار هستند؛ اما نه بیمه دارند، نه حق بازنشستگی و نه حتی در زمره نیروی کار محسوب می‌شوند.

دگرباشان جنسی؛ تبعیض درمانی همراه با خشونت
گروه دیگر اجتماعی که همواره در حوزه درمان مورد تبعیض و حتی خشونت قرار می‌گیرد، دگرباشان جنسی هستند. در روایت‌های بسیاری از افراد دگرباش می‌توان با برخورد نامناسب کادر درمانی بیمارستان‌ها یا پزشکان مواجه شد. هرچه علائم ظاهری در افراد دگرباش بیشتر باشد - مثل ترنس‌ها یا میان‌جنسی‌ها - آن‌ها بیشتر مورد تحقیر، تمسخر و حتی ارایه ندادن امکانات پزشکی و درمانی قرار می‌گیرند.

در مهم‌ترین نمونه‌ای که می‌توان برای این نوع تبعیض که خشونت و حتی شکنجه ارزیابی می‌شود، می‌توان به سیستم درمانی اشاره کرد که اصولاً دگرباشی را «بیماری» توصیف می‌کند و آن را نیازمند درمان می‌داند. در واقع دگرباشان جنسی در نخستین قدم با تبعیض مواجه شده و هویت جنسی‌شان به عنوان بیماری‌شان مورد بحث قرار می‌گیرد.

بسیاری از آن‌ها که تحت فشار خانواده و جامعه یا از ترس مجازات عرفی و حکومتی روی به تغییر جنسیت می‌آورند، بارها توسط خانواده‌شان به اجبار نزد پزشک برده می‌شوند. عدم رضایت درونی آن‌ها برای طی کردن این پروسه خود به تنهایی تبعیض و خشونت شناخته می‌شود. پیش از آن‌که پزشکان به نتیجه جراحی برای تغییر



جنسیت برسند، با داروهای هورمونی سعی می‌کنند هویت جنسی فرد را تغییر دهند. آثار جانبی این داروها و تاثیری که در روزمره این اشخاص می‌گذارد به باور بسیاری از کنش‌گران مصداق شکنجه است. در حالی که دنیای مدرن ثابت کرده گرایش جنسی قابل تغییر با دارو نیست و دگرباشان بیمار نیستند، اما همچنان هم جامعه ایران و هم جامعه بهداشت و درمان، آن‌ها را بیمار می‌پندارد.

چه بسا بسیاری از این افراد هستند که در طول درمان از سوی کادر پزشکی و بیمارستان مورد آزار جنسی و تجاوز نیز قرار می‌گیرند.

مهاجران؛ خارج از صف‌های درمان

این‌که مهاجری بتواند در ایران از حقوق برابر با شهروندان برخوردار شود، گاه حتی ناممکن به نظر می‌رسد. بزرگ‌ترین گروه مهاجر را در ایران اهالی افغانستان تشکیل می‌دهند. اما مساله بهداشت و درمان برای آن‌ها به همان اندازه که تحصیل دشوار است، سخت و طاقت‌فرساست.

مهاجرانی که نتوانسته‌اند مدارک رسمی تهیه کنند بیش از دیگران مورد تبعیض قرار می‌گیرند. این گروه از مهاجران از داشتن حق بیمه درمانی محروم‌اند و قشر کارگر آن‌ها نیز حتی بیمه کارگری ندارد، خصوصاً در شرکت‌های خصوصی که بیشترین بهره را از آن‌ها می‌برند. حتی آن‌هایی که توانسته‌اند خود را قانونی ثبت کنند نیز

توان خواهان؛ بدون بیمه، همراه با خشونت

در کنار گروه‌های اجتماعی که نام بردیم، می‌توان به دیگر گروه‌های اجتماعی نیز اشاره کرد. مثلاً توان خواهان. در برخی از کشورهای بیماران توان‌خواه از امکانات برابر با دیگر شهروندان برخوردار نیستند. بسیاری از آن‌ها در مراکز نگهداری می‌شوند که کیفیت کادر پزشکی پایینی دارد. اما وضعیت نامناسب جسمی این افراد نتوانسته باعث توجه ویژه‌تری به آن‌ها شود. حتی گفته می‌شود نوع برخورد با آن‌ها در برخی از بیمارستان‌ها یا درمان‌گاه‌ها به نحوی است که انگار مرده و زنده‌شان فرقی نمی‌کند. برای این گروه اجتماعی نیز برخورداری همه‌گانی از بیمه دولتی به معضلی می‌ماند که در کنار دیگر معضلات‌شان، انگار خیال حل شدن ندارد.

توان خواهان عموماً به خاطر آسیب‌پذیری بالایی که دارند، بیشتر مورد خشونت نیز قرار می‌گیرند. در حوزه درمان می‌توان به پرستارانی اشاره کرد که برای پیگیری درمان این افراد به محل زندگی‌شان مراجعه می‌کنند. چه بسیار روایت‌هایی که از نوع برخورد خشونت‌بار کادر پزشکی با توان خواهان موجود است. ناتوانی جسمی آن‌ها عاملی شده تا تحت تبعیض و فشار بیشتر، مشکلات روحی و روانی نیز برایشان به همراه داشته باشد.

در کنار تمامی این مواردی که برشمردیم، می‌توان گروه‌های اجتماعی دیگر را هم اضافه کرد که به دلیل همین گروه اجتماعی‌شان، همواره مورد تبعیض، تمسخر و تحقیر قرار می‌گیرند یا کادر درمانی از ارایه امکانات برابر و منصفانه به آن‌ها خودداری می‌کند. اما یکی از مهم‌ترین عوامل این تبعیض، خصوصاً در دهه‌های اخیر مساله پول است.

به راحتی می‌توان فردی از اعضای خانواده هر ایرانی را یافت که قبل از انجام هر درمانی، از او طلب پول شده است. بدون آن‌که توجهی به امنیت جانی و روحی او شود. این در حالی‌ست که پزشکان در آغاز فعالیت خود، قسم خورده‌اند که نجات جان انسان‌ها برای‌شان در اولویت باشد. در آخرین نمونه که شبکه‌های اجتماعی را نیز به واکنش انداخت، حرکت پزشکی بود که پیش از عمل جراحی با دستگاه کارت‌خوان بالای سر مریض آمد.

اما آیا آماری هست که چندین نفر در سال از درمان منصفانه جا می‌مانند؟ حال به دلیل آن‌که در یکی از گروه‌های اجتماعی قرار دارند یا آن‌که نمی‌توانند از پس تامین هزینه درمان‌شان برآیند.

از حمایت‌های قانونی مثل بیمه درمانی، بیمه بیکاری یا بیمه تامین اجتماعی بی‌نصیب مانده‌اند.

اما از بیماری که گریزی نیست. سالانه میلیون‌ها تومان از طریق مهاجران بدون بیمه به بیمارستان‌ها، درمان‌گاه‌ها یا مطب‌های شخصی پرداخت می‌شود.

در کنار نداشتن حق بهره‌مندی از بیمه، طبق قوانین جمهوری اسلامی انجام عمل جراحی پیوند اعضا نیز برای اتباع کشورهای دیگر در ایران ممنوع است. در مرداد ماه سال جاری بود که حسن قاضی‌زاده هاشمی، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرد طبق مصوبه شورای عالی پیوند اعضا، پیوند اندام ایرانیان به اتباع خارجی ممنوع است. این قانون در سال ۱۳۹۳ تصویب و از همان سال اجرایی شد. ظاهراً به گفته مسوولان این قانون برای جلوگیری از قاچاق اعضای بدن مصوب شده اما تبعات آن به معنای تبعیض بیشتر برای مهاجران است. در اواخر مرداد ماه سال جاری بود که مرگ لطیفه، دختر ۱۲ ساله افغانستانی توجه بسیاری به این مساله جلب کرد. او که با مشکل کبد بستری شده بود، به گفته پدرش پزشکان از انجام عمل جراحی خودداری کرده بودند؛ چراکه او در ایران به شکل غیرقانونی اقامت داشت و حتی نتوانست خودش به دخترش کمکی کند. بیمارستان حتی برای تحویل جسد لطیفه از خانواده ۱۷ میلیون تومان هزینه درخواست کرده بود.

«تحریم دارویی» ایران در سال‌های گذشته از سوی که بود؟



مژگان غفاری شیروان

در پی تشدید تحریم‌ها علیه ایران برای مقابله با برنامه‌ی هسته‌ای جمهوری اسلامی (شامل تحریم‌های بین‌المللی و تحریم‌های یک‌جانبه از سوی آمریکا و اتحادیه‌ی اروپا) و گسترش آنها به مبادلات بانکی و تجاری، خصوصاً از سال ۲۰۱۰ میلادی به این‌سو، بحث‌های فراوانی حول موضوع «تحریم دارویی» ایران و تأثیر آن بر زندگی و سلامت شهروندان ایرانی شکل گرفت. در آن دوران، بسیاری از مقامات جمهوری اسلامی در سخنان خود، «تحریم دارویی» و فشار آن بر مردم ایران را نمود پارتی «ظالمانه بودن تحریم‌ها» اعلام کردند و کوشیدند تا صرفاً با محکوم کردن واضعان، به‌گونه‌ای از زیر بار مسؤولیت خود در قبال وضع تحریم‌ها شانه خالی کنند.

همزمان، انتقاد از نقض حقوق بشر از سوی جامعه‌ی بین‌المللی به واسطه‌ی تحریم‌های ایران نیز شدت گرفت. از نامه‌های اعتراضی فاطمه هاشمی رفسنجانی، رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص، شهاب‌الدین صدر، رئیس وقت سازمان نظام پزشکی ایران، علیرضا مرندی، رئیس فرهنگستان علوم پزشکی ایران و نامه‌ی مجلس شورای اسلامی به بان‌کی‌مون، دبیر کل سازمان ملل در سال ۱۳۹۱ شمسی، تا «کمپین اعتراض مردمی به تحریم دارویی علیه ایران» که در سال ۱۳۹۲ تشکیل شد، همگی تحریم‌های دارویی و پزشکی علیه ایران را ناقض حقوق بشر خواندند و هر یک به زبانی از سکوت سازمان ملل و سازمان‌های بین‌المللی حقوق بشر در قبال این مسأله انتقاد کردند.

«حق دسترسی به داروهای ضروری» در اسناد بین‌المللی حقوق بشر و قوانین جمهوری اسلامی

در نگاهی کلی به عمده‌ترین اسناد بین‌المللی حقوق بشری، «حق دسترسی به داروهای ضروری» به‌عنوان یک حقوق اساسی بشری، به‌طور مستقیم و صریح مورد اشاره قرار نگرفته است؛ اما در بررسی عمیق‌تر می‌بینیم که این حق، به‌عنوان بخشی از حق بنیادین «برخوردارگی از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت» (یا همان «حق سلامت») در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است.



داروی ضروری برای انواع بیماری‌ها بود، معمولاً حدود هر دو سال یک بار به روز و داروهای تازه‌تری به آن افزوده می‌شود. سازمان بهداشت جهانی حتی در سال‌های اخیر، با تأکید بیشتر بر ضرورت ارتقای دسترسی، کیفیت و استفاده از داروها و فن‌آوری‌های مرتبط با خدمات پزشکی، این موضوع را در فهرست اهداف میان‌مدت استراتژیک خود (که برای فاصله‌ی سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۳ میلادی تنظیم شده بود) قرار داد. بر همین اساس، به رسمیت شناخته شدن «حق دسترسی به داروها و فن‌آوری‌های مرتبط با خدمات پزشکی» به‌عنوان بخشی از «حق سلامت» در قانون اساسی یا قوانین ملی کشورها، اولین شاخص پیشرفت یک کشور در راستای این هدف معرفی شده است.

در هیچ یک از قوانین جمهوری اسلامی ایران به‌طور مستقیم به «حق دسترسی به داروهای ضروری» اشاره نشده است. در آذر ماه ۹۵، «منشور حقوق شهروندی» از سوی رئیس جمهوری منتشر شد که براساس ماده‌ی دوم آن، «ارتقای سلامت، بهداشت محیط، درمان مناسب و دسترسی به دارو، تجهیزات، کالاها و خدمات پزشکی، درمانی و بهداشتی منطبق با معیارهای دانش

روز و استانداردهای ملی» از جمله حقوق شهروندان شناخته می‌شود. البته این منشور هنوز به قانون یا حتی آئین‌نامه‌ی دولتی هم تبدیل نشده و از هیچ‌گونه ضمانت اجرایی برخوردار نیست.

آیا واقعاً ایران درگیر نوعی «تحریم دارویی» شده بود؟ در فهرست بلندبالای تحریم‌های وضع شده علیه ایران، ظاهراً هیچ‌گونه منعی برای دسترسی به داروها یا تجهیزات پزشکی ایجاد نشده بود. واقعیتی که بعضی با استناد به آن، هرگونه «تحریم دارویی» ایران را انکار می‌کردند. اما این‌گونه برخورد با مسأله، در واقع شاید مغالطه‌ای بیش نباشد.

در حوزه‌ی سلامت نیز مثل تقریباً تمام حوزه‌های دیگر قابل بررسی در ایران، از لحاظ آماری اختلاف نظرهای فاحشی وجود دارد. مسؤولان این حوزه، میزان داروهای ضروری وارداتی در ایران را چیزی میان ۲ درصد تا ۳۰ درصد از بازار داروی کشور اعلام کرده‌اند. داروهایی که بخش عمده‌ای از آنها به بیماری‌های خاص یا صعب‌العلاج مانند تالاسمی، هموفیلی، بیماری‌های کلیوی، ام. اس، سرطان و ... اختصاص دارد و کنترل بیماری و ادامه‌ی حیات بیمار به در دسترس بودن آنها بستگی دارد.

هرچند که بسیاری از شرکت‌های داروسازی ایرانی در سال‌های اخیر کوشیده‌اند تا برای تعداد زیادی از داروهای ضروری وارداتی، داروی جایگزین یا مشابه خود را تولید کنند، اما مسأله در این است که بسیاری از اقلام مواد اولیه‌ی تولید داروها نیز از کشورهای دیگر خریداری می‌شود. در مورد مواد اولیه‌ی وارداتی هم آمارها از ۴۰ درصد تا ۹۰ درصد متغیر است.

به این ترتیب، هرچند که دارو در لیست تحریم‌های اعمال شده قرار نداشت، اما با تشدید تحریم‌های مالی و تجاری و مسدود شدن راه‌های انتقال وجه از طریق سیستم بانکی برای معامله با شرکت‌های خارجی، عملاً کمبود یا نایاب شدن تعداد زیادی از اقلام دارویی را موجب شد که در ایران تولید نمی‌شدند. علاوه‌بر آن، کمبود مواد اولیه نیز، در یک فاصله‌ی زمانی کوتاه، ادامه‌ی فعالیت بعضی کارخانه‌های داروسازی و تولید داخلی داروها را با مشکل مواجه کرد.

حتی ایجاد تسهیلات خاص برای صدور دارو به ایران از سوی وزارت خزانه‌داری آمریکا، در سال ۲۰۱۳ میلادی هم نتوانست کمکی برای حل این مشکل باشد. آن وزارت‌خانه (که بسیاری از تحریم‌های مالی علیه ایران را وضع کرده است) در بیانیه‌ای با اعلام تعهد آمریکا به «برقراری مبادلات بشردوستانه»، دستورالعمل ویژه‌ای صادر کرده بود که براساس آن اگر منشاء پول مبادله‌شده در معاملات انسان‌دوستانه با ایران، بانک مرکزی یا بانک‌های تحریم‌نشده‌ی آن کشور باشد، مشمول مجازات‌های در نظر گرفته شده در تحریم‌های آمریکا نخواهند شد. اما براساس گزارش‌ها، بانک‌ها و مؤسسات مالی خارجی، این‌گونه فعالیت‌ها را پرهزینه و پرخطر می‌دیدند و همچنان از هرگونه مبادلات مالی با ایران خودداری می‌کردند. به این ترتیب، حتی با وجود صدور مجوزهای عمومی از سوی خزانه‌داری آمریکا

برای صادرات دارو به ایران، همچنان مشکل نقل و انتقالات مالی مانع صدور دارو به ایران بود.

بان کی مون، دبیر کل سازمان ملل، در سال ۲۰۱۲ (۱۳۹۱ شمسی) در گزارشی به مجمع عمومی سازمان ملل هشدار داد که تحریم‌ها علیه جمهوری اسلامی، موجب عوارض قابل توجهی بر زندگی مردم ایران شده و آنها را با کمبودهایی اساسی، از جمله در زمینه‌ی دارو مواجه ساخته است. او گفت که شرکت‌های دارویی حتی با وجود دریافت مجوزهای لازم، به دلیل مشکلات نقل و انتقال وجوه، صادرات دارو را به ایران متوقف کرده‌اند که موجب کمبود داروهای مورد استفاده برای درمان بیماری‌هایی همچون سرطان، بیماری‌های قلبی و تنفسی و ام اس شده است. در سال ۱۳۹۱، همزمان با تأکید دبیرکل سازمان ملل بر جلوگیری از آسیب‌های انسانی ناشی از تحریم‌ها، فهرست داروهای نایاب در ایران در عرض چند ماه، از ۳۰، به ۹۰ قلم دارو دارو (و حتی در زمانی بعدتر به ۳۰۰ قلم) رسید و کم‌کم از داروهای ویژه‌ی بیماری‌های خاص، به طیف بیشتری از داروهای ضروری مورد استفاده‌ی عموم مردم گسترش پیدا کرد.

براساس بعضی گزارش‌ها، پیش از تحریم‌های هسته‌ای، ۹۴ درصد از مواد اولیه‌ی ساخت داروها در ایران از دیگر کشورها، به‌ویژه از کشورهای اروپای غربی و آمریکای شمالی وارد می‌شد. با آغاز تحریم‌های بانکی و قطع ارتباطات مالی با این کشورها، ایران سعی کرد بخشی از مواد اولیه را خود تولید کند و بخش دیگری از آن را هم از کشورهایی چون هند و چین و کشورهای اروپای شرقی تأمین کند. هرچند که بدون انجام آزمایش‌های دقیق علمی و تخصصی نمی‌توان با قطعیت در مورد کیفیت این مواد اولیه قضاوت کرد، اما گلایه‌های بسیار بیماران از کیفیت و عوارض جانبی داروهای جایگزین و مشابه ساخت داخل در سال‌های اخیر، احتمال پایین‌تر بودن کیفیت این مواد اولیه را به میان می‌آورد.

از سوی دیگر، تحریم‌ها موجب افزایش تورم و بالا رفتن نرخ برابری ارزهای خارجی در برابر ریال و در نتیجه افزایش شدید قیمت بسیاری از داروهای ضروری شد؛ موضوعی که علاوه‌بر بازداشتن بسیاری از بیماران از تهیه‌ی داروهای مورد نیازشان، موجب دامن زدن به بازار احتکار، دلالی، قاچاق دارو و تقویت چرخه‌ی بالا رفتن قیمت و همچنین افزایش خرید و فروش داروهای بی‌کیفیت و حتی تاریخ‌گذشته در بازارهای غیررسمی دارو مانند ناصرخسروی تهران شد.

به این ترتیب، تحریم‌ها در ایران، هر چهار عامل اصلی مورد تأکید در مورد داروهای ضروری در تفسیر «میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی» را تحت تأثیر قرار داد. این چهار عامل عبارت بودند از: در دسترس بودن، قابل دستیابی بودن، متناسب بودن و کیفیت تضمین‌شده، که حالا با کمبود و نایابی، بالا بودن قیمت‌ها، داروهای جایگزین با عوارض جانبی و بی‌کیفیتی بسیاری از داروها، قابل تحقق نبودند. در نهایت به این ترتیب، عموم مردم ایران از «حقوق دسترسی به داروهای ضروری» محروم شدند؛ محرومیتی که از آن با عنوان «تحریم دارویی»



یاد می‌شود. اما آیا تنها عامل ایجاد این محرومیت، تحریم‌های بین‌المللی علیه ایران بود؟

سهم دولت و نظام جمهوری اسلامی ایران در «تحریم دارویی»

گذشته از مباحث مربوط به دلایل اعمال تحریم‌های هسته‌ای و سهم نظام جمهوری اسلامی در وضع آنها (که در این نوشته نمی‌گنجد)، نکات دیگری نیز در زمینه‌ی نقش دولت در نقض حق دسترسی مردم ایران به داروهای ضروری به‌عنوان بخشی از «حق سلامت» قابل بررسی است.

ماده‌ی دوم «میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی» تأکید می‌کند که دولت‌های عضو وظیفه دارند با حداکثر منابع موجود خود برای دستیابی تدریجی به تحقق کامل حقوق به رسمیت شناخته‌شده در این میثاق گام بردارند و در این راه از وسایل مناسب، از جمله تصویب قوانین مرتبط استفاده کنند.

ایران این میثاق بین‌المللی را پذیرفته و از سال ۱۳۴۷ به عضویت آن درآمده است. اما آیا دولت جمهوری اسلامی ایران خصوصاً در زمان تحریم، از «حداکثر منابع موجود خود» برای تأمین «حق دسترسی به داروهای ضروری» استفاده کرده است؟

مسئله‌ی کمبود دارو در ایران البته مختص دوران تحریم یا صرفاً زاده‌ی شرایط حاصل از تحریم‌ها نیست و در سال‌های پیش از آن هم وجود داشت، اما پس از تحریم‌ها تاحد بسیار زیادی تشدید شد. گروهی از کارشناسان، بخش بزرگی از مشکلات بازار داروی ایران را در دوره‌های مختلف، از جمله در دوران تحریم، با فساد و سوء مدیریت اقتصادی دولت مرتبط می‌دانند. در سال‌هایی که افرادی جان خود را به دلیل کمبود داروهای ضروری از دست دادند و به ادعای گروه‌های مختلف، «تحریم

دارو» سلامت و جان ایرانیان را به خطر انداخته بود، به گواهی مسؤولان رده بالای کشور، ارز لازم برای ورود دارو به کشور، صرف واردات اقلامی دیگر شده بود.

مرضیه وحید دستجردی، وزیر برکنار شده‌ی بهداشت کابینه‌ی دوم محمود احمدی‌نژاد، در سال ۱۳۹۱ بارها از دولت انتقاد کرد که ارز دولتی لازم را برای خرید دارو و تجهیزات پزشکی در اختیار وزارت بهداشت نمی‌گذارد. همزمان رئیس سازمان غذا و دارو نیز از تعلق گرفتن ارز دولتی به لوازم آرایشی، غذای سگ، زین اسب، دسته بیل و ... به‌جای دارو خبر داده بود.

دستجردی بعدتر در سال ۱۳۹۳ بار دیگر در یک برنامه‌ی تلویزیونی گفت: «سال ۹۱ و اوج مسائل تحریم، در ستاد تدابیر ویژه‌ی دولت به دوستان گفتم هر چه می‌توانید به دنبال تهیه‌ی ارز برای دارو باشید. حدود دو و نیم میلیارد دلار ارز برای تهیه‌ی دارو و برخی ملزومات پزشکی مانند وسایل مربوط به بیماری‌های قلبی و غیره لازم داشتیم... فقط ۴۱ میلیون دلار (در مقابل ۲.۵ میلیارد دلار مورد نیاز) ارز به وزارت بهداشت دادند. یک مقدار از پول‌ها را دادند برای لوازم آرایشی و غیره... ارز دارد می‌رود برای پورشه... وسایل و تجهیزات پزشکی ما اولویت هشتم بود، خوراک سگ و دسته بیل و زین اسب اولویت‌های چهارم و پنجم...»

وزیر وقت بهداشت همچنین در صحبت‌هایی دیگر اعلام کرده بود که به دلیل اینکه ارز در اختیار شرکت‌های دارویی گذاشته نشده، مقدار زیادی دارو در گمرک مانده و نمی‌توانند ترخیص کنند. گفته‌ای که از سوی مسؤولان گمرک ایران نیز تأیید می‌شد.

محمدرضا نادری، معاون گمرک ایران، در مرداد ۱۳۹۲ گفت: «دارو در کشور وجود دارد، اما به‌دلیل بوروکراسی اداری، حجم عظیمی از داروها در گمرک‌ها انباشت شده و به دلیل مشکلات ارزی ترخیص نمی‌شود. در شرایطی که در تحریم به سر می‌بریم،

خودمان هم واردات دارو را تحریم کرده‌ایم».

حسینعلی شهریاری، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس نهم نیز آغاز مشکل دارو را از اوایل سال ۹۰ و به علت ناهماهنگی بین بانک مرکزی و وزارت بهداشت اعلام کرد و گفت: «متأسفانه مسؤولان وقت وزارت بهداشت به ما گزارش واقعی نمی‌دادند که چه اتفاقاتی دارد می‌افتد و هر وقت می‌پرسیدیم آیا مشکل ارزی دارید، می‌گفتند نه مشکلی نیست. این روند رسید به شهریور و مهر ۹۱ که اعلام کردند کل ارز اختصاص یافته ۱۲۰ میلیون یورو بوده که ۵۰ میلیون یورو آن به لوازم آرایشی و بهداشتی اختصاص یافته و تنها ۷۰ میلیون یورو برای دارو اختصاص پیدا کرده است.»

اما محمود بهمنی، رئیس وقت بانک مرکزی، در سال ۱۳۹۲ مدعی شد که واردکنندگان به اسم دارو، خودروهای لوکس وارد می‌کردند و گفت: «می‌خواستند به اسم دارو، با ارز دولتی ۷۵ کشتی خودرو و کالای لوکس غیرضروری وارد کنند.»

حتی حیدر مصلحی، وزیر اطلاعات دولت دهم نیز در شهریور ۱۳۹۵ به واردات خودروهای لوکس و گران‌قیمت در دولت‌های دهم و یازدهم اشاره کرد و این سؤال را مطرح کرد که اگر ما تحریم هستیم و پولی رد و بدل نمی‌شود، در چند سال اخیر، رقم سنگین هزینه‌ی این خودروها چطور از کشور خارج می‌شده و ماشین به کشور می‌آمده است.

این گفته‌ها همگی حکایت از آن دارد که واردات دارو در زمان تحریم‌ها ممکن بوده، اما ارز لازم برای این کار، صرف واردات کالاهای غیرضروری شده است. حالا اینکه علت ماجرا در چگونگی تخصیص ارز از سوی بانک مرکزی بوده، یا در رانت‌خواری ارزی وزارت بهداشت و واردکنندگان دارو، تفاوتی در اصل آن ایجاد نمی‌کند. ماجرا چیزی نیست جز فساد و سوء مدیریت و به قول معاون گمرک ایران، تحریم واردات دارو از سوی خود دولت.

آنها که از «تحریم دارو» و نقض حقوق بشری مردم ایران گلایه می‌کردند، می‌گفتند در شرایط تحریم، به دلیل مسدود شدن نقل و انتقالات مالی بین‌المللی، ورود دارو به کشور غیرممکن شده است؛ اما با نگاهی به فهرست‌های بلندبالای واردات در سال‌های تحریم (منتشرشده از سوی خبرگزاری‌ها در سال ۹۴) به نظر می‌رسد که دولت در نهایت راه‌هایی برای معاملات با دیگر کشورها پیدا کرده بود. حالا سؤال اینجاست که چرا از این راه‌ها برای تأمین داروهای لازم در کشور استفاده نمی‌شد؟ آیا عامل کمبود دارو و نقض حق بنیادین «دسترسی به داروهای اساسی» و به خطر افتادن جان میلیون‌ها شهروند ایرانی، تحریم‌ها بود یا فساد و سوء مدیریت در نظام جمهوری اسلامی؟ حتی در نگاهی بدبینانه‌تر، باید پرسیم که نظام جمهوری اسلامی با حفظ و حتی تشدید عامدانه‌ی این کمبود و نقض حقوق اساسی بشری ایرانیان، به دنبال چه اهدافی بود؛ بازی کردن با جان شهروندان، با هدف این که فشار افکار عمومی بر نهادهای بین‌المللی به کاهش یا حذف تحریم‌های بانکی منجر شود؟



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 «فانونی» *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 اجرا می‌شود (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.

برابری و بهداشت درمان

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 گلابیاتورها 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 می‌شدند 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 مباحثی 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 قراردادی 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 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. ناسامانی‌های 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؟

هر دو جنس تفکر اقتصاد سیاسی موسوم به لیبرالیستی و سوسیالیستی، تلاش کردند تا بر ناسامانی‌های ناشی از سیستم سرمایه‌داری 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, 246) 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

برابری طلبانه بعدی و متفکران آن اثری بسزا گذاشت. جنبش‌های برابری خواهانه 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 الیناسیون (از خود بیگانگی) مورد نظر مارکس، در بحث حرفه‌ای پزشکی نیز روی داده است. طبابت که روزگاری غیر از علم، عشق را نیز می‌طلبید، کم‌کم به سوی محل کسب درآمد بیشتر برای زندگی بهتر میل می‌کند. عمده پزشکان معمولاً سطح درآمد بالایی نسبت به سایر اقشار اجتماعی دارند و این خود می‌تواند تبدیل به عاملی شود که از لحاظ طبقاتی با سایر اقشار جامعه فاصله حس کنند و علیرغم همدلی احتمالی با بیماران، ابعاد اجتماعی برابری در درمان را نادیده بگیرند. یکی از نشانه‌های این امر، جدا کردن خود از بخش امور مالی است. پزشکان معمولاً به طور مستقیم

پول را از دست بیمار نمی‌گیرند. بدین ترتیب، در سیستم امروزی، مشکلات احتمالی مالی فرد مریض به افرادی دیگر سپرده می‌شود؛ گویی پزشک تنها وظیفه درمان فیزیکی و فیزیولوژیکی دارد و مسئله توان بیمار در جهت پرداخت برای درمان برابر، مشکل او نیست.

دکتر لیندا گیرگیس، یک پزشک خانواده در ایالت نیوجرسی آمریکا (2015 Girgis) می‌نویسد که «عموم مردم دارند اعتمادشان را به ما از دست می‌دهند. [زیرا] ما را افرادی می‌بینند که به خاطر نفع مالی کار می‌کنیم. آن‌ها فکر می‌کنند که دیگر به نگرانی‌هایشان گوش نمی‌کنیم و نیازهای آنان برای ما اهمیتی ندارد.» او یکی از دلایل این امر را مشکل نظام ارجاع خدمات پزشکی (HMO) می‌داند که پزشکان را به سمت ماشینی شدن و ویژگی‌های پر سرعت سوق می‌دهد. وضع پرستاران در این مورد بهتر است. آنان با تئوری‌های برابری، دست‌کم به صورت کلیشه‌ای و سطحی، آشنایند (Kangasniemi 2010, 825) و به دلیل ماهیت اجتماعی‌تر کارشان و زمان بیشتری که با بیمار می‌گذرانند، به لزوم نگاه برابر به بیماران توجه بیشتری دارند.

مع‌الوصف، این سیستم درمانی کشورهاست که برابری و نابرابری درمان را تعیین می‌کند. خصوصی‌سازی بهداشت و درمان، میزان حمایت دولتی و ساختار نظام سیاسی و اقتصادی یک کشور، از عوامل موثر بر توزیع یا عدم توزیع برابر خدمات درمانی هستند. مقایسه سیستم‌های شمال اروپا با ایالات متحده، ایران و هند، نقش قوانین را در ایجاد برابری درمانی به خوبی نشان می‌دهد. نقش قانون‌گذاران در این حیطه، کلیدی است اما این‌که تا چه حد قانون‌گذاران ابعاد برابری انسانی را در امر بهداشت و درمان نظر می‌گیرند، خود موضوع بحثی دیگر است.

Reference

Aristotle. Translated by H. Rackham (1934).

Nicomachean Ethics, Aristotle in 23 Volumes, Vol. 19. Harvard University Press; London, William Heinemann Ltd.

Bhandari D.R. (1998) *Plato's Concept Of Justice: An Analysis.* J.N.V. University. The Paideia Archive, Boston University. [URL](#).

Broers Adalei (2009) *John Locke on Equality, Toleration, and the Atheist Exception,* Inquiries Journal of Social Science, Arts and Humanities. VOL. 1 NO. 12.

Cole Mike (2012). *Education, Equality and Human Rights: Issues of Gender, race, Sexuality, Disability and Social Class.* Routledge, Abingdon, UK.

Girgis Linda (2015). Why Doctors Are Losing the Public's Trust. *Physician's Weekly.* 20/2. [URL](#)

Heat Malcolm (2008), *Aristotle on Natural Slavery,* Department of Classics, University of Leeds, UK.

Kangasniemi Mari (2010). *Equality as a central concept of nursing ethics: a systematic literature review.* Scandinavian Journal of Caring Sciences. 24; 824-832.

Kantarjian Hagop, Steensma David (2014). Relevance of the Hippocratic Oath in the 21st Century. [URL](#)

Marx Karl (1844). *Economic and Philosophic Manuscripts of 1844.* Electronic version: [pdf](#).

Political Economy (1957), Institute of Economics of the Academy of sciences of the USSR. Lawrence & Wishart, London. [URL](#)

Smith Adam (1776). *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations.* [pdf](#).

Wood Ellen (1998). *The Agrarian Origins of Capitalism.* Monthly Review. Volume 50, Issue 03 (July-August). [URL](#)

*Old Testament i.e. Leviticus 25:44-45, Genesis 9:25-27, Exodus 21:2-6 and Exodus 21:20-21; or used New Testament i.e. Matthew 24:45-46, or some texts like Timothy 6:1-5, Ephesians 6:5-6, Peter 2:13 and 2:18-29.



حقوق ما

ما از عدالت سهمی داریم

دو هفته نامه الکترونیکی تخصصی حقوق بشر
صاحب امتیاز و مدیر مسئول: سازمان حقوق بشر

ایران/ محمود امیری مقدم

سرمدبیر این شماره: کامبیز غفوری

تماس با مجله: mail@iranhr.net

