

رویکردی حقوقی به نظریه سلامت زیستی

ولی الله وحدانی نیا^۱، میرسجاد سیدموسوی^{۲*}

۱. پژوهشگر ارشد مرکز مطالعات سیاستگذاری عمومی دانشگاه تهران و مدیر مطالعات راهبردی دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

۲. استادیار گروه علوم پایه دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۱۷

دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۰۵

چکیده

مقدمه: مفهوم سلامت و پیرو آن، حق بر سلامت از مفاهیم مهم در عالم نظر و عمل است که به هر شکل آنها را تعریف و حدودشان را مشخص کنیم، بی تردید، بر سلامت افراد جامعه و دسترسی آنها به خدمات سلامت اثر مستقیم می‌گذارد.

روش‌ها: این پژوهش بر اساس روش توصیفی و تحلیلی انجام و داده‌های آن از طریق منابع چاپی مانند کتاب، مقاله و منابع اینترنتی از زبان‌های انگلیسی و فارسی گردآوری شده است.

نتایج: نظریاتی که مفهوم سلامت را وامی‌کاوند اغلب نگاه فردگرایانه یا جمع‌گرایانه به آن داشته‌اند که امروزه چندان دفاع‌کردنی نیستند و رویکرد غالب رویکرد تلفیقی است که بر وجه فردی و اجتماعی مفهوم سلامت تأکید می‌کند. حق بر سلامت، که سلامت مفهوم هسته‌ای و کلیدی در آن است، محل چالش‌های نظری بوده است که اغلب به نقش حداقلی یا حداکثری دولت در مواجهه با حق بر سلامت می‌پردازد.

نتیجه‌گیری: مفهوم سلامت، مانند هر مفهوم دیگری می‌تواند در پارادایم‌های مختلف تفکر به شکل متفاوت تعریف شود. در «الگوی زیست‌پزشکی»، سلامت عبارت از نداشتن اختلال جسمی است. «الگوی زیستی-روانی-اجتماعی» بیماری را پدیده‌ای گسترده در سراسر ارگان‌سیستم حیات انسان برمی‌شمارد. در نهایت، بر اساس رویکرد حق‌مدار، حق برخورداری از سلامت حق-ادعایی است بر برخورداری از تسهیلات، امکانات و خدمات مربوط به سلامت که در اسناد بین‌المللی نیز به رسمیت شناخته شده است. دستیابی به «بالاترین سطح قابل حصول سلامت» مستلزم تحقق شرط‌هایی است و بدون وجود بسترهای فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی از یک سو و منابع مالی و انسانی در اختیار دولت از دیگر سو، تحقق نمی‌یابد.

واژه‌های کلیدی:

حق بر سلامت، پارادایم سلامت، الگوی زیست-پزشکی، الگوی زیستی-روانی-اجتماعی، نظریه عدالت

نحوه استناد به مقاله:

سیدموسوی میرسجاد، وحدانی نیا ولی‌الله. رویکردی حقوقی به نظریه سلامت. مجله ایرانی حقوق و اخلاق زیست پزشکی. ۱۳۹۸؛ ۱(۱): ۹۸-۱۰۸.

مقدمه

در ادبیات مربوط به اسناد حقوق بشری، «حق بر حیات» از بارزترین حق‌های مدنی و سیاسی است. این عبارت هرگز به مفهوم حیات ابدی تلقی نمی‌شود، بلکه غالباً به همان مفهومی اشاره دارد که در متون معاهده‌ای دقیق‌تر و مفصل‌تر آمده است. این متون، مفهوم حق حیات را به نحو مشخص و مبرز شرح و بسط می‌دهند و مفهوم آن را در رویه بین‌المللی و داخلی بیان می‌کنند. به همین وصف «حق بر سلامت» نیز به معنای «حق سالم بودن» نیست، بلکه بر همان معنایی دلالت دارد که در معاهدات مفصل‌تر و کامل‌تر آمده و شرح مفصل و دقیق آن در اسناد، تفاسیر و رویه‌های قضائی منعکس در سطوح و مراجع مختلف بیان شده است (۱).

همچنین «حق بر سلامت» عبارتی گسترده و وسیع است که مفاهیم بهداشتی و درمانی و بخش‌هایی از لوازم و متعلقات مربوط به آن را به همراه دارد. این اصطلاح، که در سطح سازمان ملل و مراجع تخصصی و فنی به کار می‌رود، اغلب در مقررات معاهدات بین‌المللی استفاده می‌شود و نه تنها حق مراقبت‌های بهداشتی را در بر می‌گیرد، بلکه شامل حق برخورداری از برخی مقدمات مهم و اساسی آن، از جمله آب آشامیدنی سالم، بهداشت کافی، بهداشت محیط زیست و بهداشت محیط کار، است. بنابراین، «حق بر سلامت» مفهومی متفاوت و متمایز از «حق بر بهداشت» قلمداد می‌شود؛ به این معنا که حق بر بهداشت جزئی از حق بر سلامت است نه تمام آن.

از سوی دیگر، «سلامت»، که در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی^۱، به بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف شده است، مفهوم ذهنی مبهمی است که موجب سردرگمی و مجادله میان صاحب‌نظران و اندیشمندان عرصه سلامت شده است. در نگاه اول، «حق بر سلامت» مفهومی نامأنوس و غریب برای عموم و مباحثه برانگیز و پیچیده برای خواص این علم به نظر

می‌رسد؛ چرا که ممکن است این مفهوم معنای حق سالم بودن را به ذهن متبادر کند، یا ادعایی باشد نسبت به هر آنچه برای استیفا و برخورداری از سلامت کامل و دستیابی به تمامی ملزومات و متعلقات آن لازم و ضروری می‌نماید (۲). در این مقاله، دقیقاً حق بر سلامت را به این معنای مؤخر پی خواهیم گرفت.

بنا بر فروض اصلی در این نوشتار اینگونه به نظر می‌رسد که سلامت فقدان بیماری نیست، بلکه به بهزیستی و رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی اطلاق می‌شود. همچنین، حق برخورداری از سلامت، که در اسناد بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی، به معنای برخورداری از تسهیلات، امکانات و خدمات ملّی، به معنای برخورداری از تسهیلات، امکانات و خدمات مربوط به سلامت به رسمیت شناخته شده، از جنس حق-ادعا است. گرچه مفهوم حق برخورداری از سلامت و دستیابی به «بالاترین سطح قابل حصول سلامت» مستلزم تحقق شرط‌هایی است و بدون وجود بسترهای فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی از یک سو و منابع مالی و انسانی در اختیار دولت از دیگر سو، محقق نمی‌شود، اما به عنوان حقی بشری از سوی مردم قابل مطالبه و ادعا است و این همان مراد ما از حق-ادعا بودن حق برخورداری از سلامت است. تحقق تمام و کمال حق برخورداری از سلامت، به مثابه حق-ادعا، همواره با موانع و محدودیت‌های نظری و عملی فراوانی روبروست (۳) که در این نوشتار، با طرح و بررسی نظریات حقوقی رقیب و با رویکردی جامع‌نگر و حق‌مدار به تشریح و تحلیل آن می‌پردازیم.

در بیان اهمیت و ضرورت موضوع، باید گفت که حق بر سلامت یکی از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین پایه‌ها و ارکان لازم برای حصول یک زندگی رفاه‌مند و منطبق بر استانداردهای جهانی است. از همین رو، شناختی دقیق‌تر و عمیق‌تر از این حق بشری به همراه بررسی مفاهیم، عوامل و نظریات مربوط به آن می‌تواند تعارض‌ها و کاستی‌های موجود در زمینه‌های نظری و عملی را مشخص کند، تصویری از قابلیت‌های مطالباتی این حق و سازوکارهای نظارتی آن به دست دهد و

1. Constitution of the World Health Organization

زمینه تجزیه و تحلیل فرایندهای موجود و محدودیت‌ها و چالش‌های فراروی را فراهم آورد.

روش‌ها

این پژوهش بر اساس روش توصیفی و تحلیلی انجام و داده‌های آن از طریق منابع چاپی مانند کتاب، مقاله و منابع اینترنتی از زبان‌های انگلیسی و فارسی گردآوری شده است.

نتایج

نظریاتی که تلاش می‌کنند مفهوم سلامت را توضیح دهند در دو طیف قرار دارند. عده‌ای بر وجه فردی سلامت تأکید می‌کنند و عده‌ای بر وجه جمعی آن؛ به این معنا که سلامت مفهومی فردی و در عین حال جمعی است، چون افراد جامعه زیست جمعی، و نه فردی، دارند و مفهوم سلامت هم ناگزیر از این واقعیت اثر می‌پذیرد. امروزه نظریاتی پذیرفتنی‌اند که سلامت را با مجموعه‌ای از عوامل زیست پزشکی، اجتماعی، روان‌شناختی، اقتصادی، فرهنگی و حتی سیاسی تبیین می‌کنند. متأثر از مفهوم سلامت، حق بر سلامت، به معنای برخورداری از سلامت، و تکلیف دولت‌ها در مواجهه با آن حق تعاریف و اشکال گوناگون می‌یابد.

بحث

سیر تطور مفهومی سلامت

در جهانی که پیوسته در حال دگرگونی است، مفاهیم جدید بر مبنای الگوهای نوین اندیشه و روش جدید علمی شکل می‌گیرند. «سلامت» در قرون متمادی از مفهومی انفرادی به هدفی اجتماعی و حتی راهبردی جهانی تبدیل شده است که شامل تمامیت یک زندگی کیفی می‌شود. اگر رویکرد پارادایم‌محور به مفهوم سلامت داشته باشیم، آن مفهوم نیز، مانند دیگر مفاهیم، می‌تواند در پارادایم‌های مختلف تفکر به شکلی متفاوت تعریف شود. به عبارتی، تعریف سلامت وابسته به زیربنای پارادایمی تفکر است.

پارادایم^۱، در روش‌شناسی و فلسفه علم، الگو یا نمونه تمثیلی به شمار می‌آید. این مفهوم را تامس کوهن^۲، فیلسوف آمریکایی علم در سال ۱۹۶۲، در کتاب «ساختار انقلاب‌های علمی»^۳ ارائه کرد و بیانگر دستاورد یا موفقیت علمی خاصی مشتمل بر نتایج علمی و تجربی، رویه‌ها و فرایندهای تجربی و عینی الگوها و انگاره‌های تفسیر نظری و جهت‌گیری روش‌شناختی است (۴). هر پارادایم خاص، جهان‌بینی و مفروضات هستی‌شناختی، روش‌شناختی و معرفت‌شناختی خود را دارد. هستی‌شناسی عبارت است از آنچه واقعیت در نظر گرفته می‌شود. روش‌شناسی قواعد بازی حاکم بر روابط اشیا است و معرفت‌شناسی توانایی و قابلیت است که به وسیله آن دانش یا معرفت خلق می‌شود (۵). بنابراین، از آنجاکه هر یک از دانشمندان و فلاسفه علم در پارادایم‌های مختلف نظریات مختلفی ابراز می‌دارند و آنها را از طریق روش‌شناسی‌های مختلف پایه‌ریزی می‌کنند، می‌توان نتیجه گرفت که در جهان‌های مختلفی از واقعیت زندگی می‌کنند (۵). در ادامه، مفهوم سلامت را در پارادایم‌های مختلف بررسی خواهیم کرد.

الف) پارادایم زیست پزشکی^۴: در پارادایم زیست پزشکی، سلامت به طور سنتی به معنای «نبود بیماری» در نظر گرفته می‌شد و اگر کسی بیمار نبود، سالم به شمار می‌رفت. این مفهوم اساس نظریه «میکروبی بیماری‌ها» محسوب می‌شود که در آغاز سده بیستم میلادی اندیشه علم پزشکی را تحت الشعاع قرار داده بود. «پارادایم زیست پزشکی» بیماری را نوعی فرایند ناهنجار جسمی یا ناهنجاری جسمانی تلقی می‌کند که عامل آن نوعی هویت بیماری‌زاست، همانند نقصی ژنتیکی یا میکروارگانیسمی مهاجم (۶). این مدل و نگاه محدود آن به بیماری را اولین بار جرج انگل به چالش کشید؛ نگاهی که بیماری را صرفاً دارای ریشه‌های زیست‌شناختی یا میکروبی می‌دانست (۷).

1. Paradigm
2. Thomas Samuel Kuhn
3. The Structure of Scientific Revolutions
4. Biomedical

بیماری، «ناسازگاری وجود انسان با محیط زیست» تلقی می‌شود.

ج) پارادایم روان‌شناختی^۲: با پیشرفت‌های علوم اجتماعی در دوران معاصر آشکار شد که سلامت تنها پدیده‌ای زیست‌پزشکی نیست، بلکه می‌تواند تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی قرار گیرد. بنابراین، هنگام تعریف سلامت و تبیین نشانگرهای آن باید این عوامل را هم در نظر گرفت (۱۰). این مدل مفهومی نشان داد که سلامت پدیده‌ای زیست‌پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است.

د) پارادایم تمامیت یا جامعیت^۳: انتقاداتی که بر نظریات پیشین وارد شد نشان داد که هر یک از مدل‌های مزبور نقش پاره‌ای از عوامل تعیین‌کننده سلامت را برجسته کرده و از توجه به عوامل دیگر بازمانده‌اند. مدل تمامیت یا جامعیت که ترکیبی از همه مفاهیم ذکر شده است در صدد شناسایی تأثیر عوامل پزشکی، زیست‌محیطی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی بر سلامت است. این پارادایم که رویکردی ترکیبی و چندبعدی است، به سلامت همه مردم در رابطه با محیط پیرامون، می‌پردازد.

در حقیقت، این مدل بازگشتی است به نظریه‌ای باستانی که معتقد است سلامت نشانه‌ای از فکر سالم و متعالی در بدن سالم، خانواده سالم و محیط سالم است و در نگاهی کلی‌تر دلالت بر آن دارد که همه بخش‌های جامعه، به‌ویژه بخش‌های کشاورزی، دامداری، غذا، صنعت، آموزش، مسکن، خدمات عمومی و ارتباطات، بر سلامت تأثیر می‌گذارند (۱۰). خلاصه آنکه در این مدل، تعریف سلامت از میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع و شرایط و ویژگی‌های جغرافیایی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی آنها تأثیر می‌پذیرد و ارتقای سلامت جز با ترکیب و تجمع همه عوامل مؤثر بر سلامت شدنی نیست. با این وصف، بیماری پدیده‌ای گسترده در سراسر ارگانیک انسان به شمار می‌رود؛ چرا که اختلال ارگانیک هم فرد اندیشه‌گر، احساس‌گر و کنش‌زا و هم محیط اجتماعی و فرهنگی او را

در غالب مدل‌های زیست‌پزشکی که از نظر فلسفی، در پارادایم مادی و تقلیل‌گرا ریشه دارند، سلامت بر حسب عملکردها و فرایندهای معمول زیستی درک و تعریف می‌شود. «حالتی از عملکردهای جسمی و فرایندهای زیستی عادی که در آن جسم و روان استانداردهای جداگانه‌ای به شمار می‌آیند. بنابراین، از دیدگاه زیست‌پزشکی، ویژگی‌های چندبعدی حیات در دنیای واقعی طب به ابعاد مادی (زیستی) آن تقلیل می‌یابند و سلامت اساساً عبارت از نداشتن اختلال جسمی است (۷).

این مدل فرضی ایجاد بیماری‌ها، اگر چه در درمان بیماری‌های میکروبی موفقیت‌هایی کسب نمود، ولی در چاره‌جویی برای حل مسائل اساسی بهداشت و سلامت انسان، مانند سوءتغذیه، اعتیاد، بیماری‌های مزمن، بیماری‌های روانی، عوارض ناشی از آلودگی‌های محیط زیست و پیامدهای مربوط به رشد سریع جمعیت، رسایی و جامعیت لازم را نداشت (۸). در این مدل، انسان به صورت ماشینی فرض می‌شود که وجود بیماری کارکرد آن را مختل می‌کند. همچنین، این رویکرد از آن جهت که بر فرضیه جداسازی فرد از اجتماع تاکید و از گنجانیدن فرد در جامعه، به عنوان عضوی فعال اجتناب می‌کند، مورد انتقاد قرار گرفته است (۹).

ب) پارادایم بوم‌شناختی^۱: نارسایی‌های پارادایم زیست‌پزشکی منجر به ظهور پارادایم‌های دیگری شد. پارادایم «بوم‌شناختی» فرضیه جالبی را پیش کشید و سلامت را تعادلی پویا میان انسان، محیط زیست و بیماری تعبیر کرد و آن را به سازگاری وجود انسان با محیط زیست تشبیه نمود. پارادایم بوم‌شناختی، دو موضوع انسان ناقص و محیط ناقص را مطرح کرد و به خوبی ثابت نمود که بهبود در تطابق انسان با محیط زیست طبیعی او می‌تواند منجر به افزایش امید به زندگی و بهتر شدن کیفیت زندگی شود، حتی اگر خدمات بهداشتی مدرن هم در کار نباشند (۸). بدین‌سان در پارادایم بوم‌شناختی، «تندرستی» یک وضعیت رفاه کامل و پایدار (متعادل) درون یک اکوسیستم پایدار و در داخل یک زیست‌کره پایدار و

2. Biopsychosocial

3. Holistic

1. Ecologic

دیدگاه‌های نظری

حق بر درمان و مراقبت‌های بهداشتی از جمله حق - ادعاهای مثبتی است که لازمه آن مکلف بودن دولت به ارائه خدمات و امکانات مقتضی در قبال مطالبه و ادعای مزبور است، ولی حدود و قلمرو بهره مندی از آن بستگی به محتوا و مفاد این حق بشری دارد. مراقبت‌های بهداشتی، طیف نسبتاً گسترده‌ای از اقدامات بهداشتی و پزشکی را دربر می‌گیرد که برخی از آنها کاملاً فردی و در جهت پیشگیری (از) یا درمان بیماری‌های شخصی است، گرچه پاره‌ای از این اقدامات مستلزم مداخله دولت هستند. در خصوص تجویز مداخله دولت دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد؛ اما نظر غالب آن است که به دشواری می‌توان حق بر سلامت، به معنای حق برخورداری از سلامت، را به بهره‌مندی از این‌گونه حق‌ها تسری داد و دولت را در قبال تعهدات ناشی از آن مسئول قلمداد نمود (۱۲). با این وصف، در این نوشتار، به بررسی برخی از نظریات مبتنی بر دیدگاه‌های حقوقی رقیب می‌پردازیم که اساساً پیرامون نقش دولت در تأمین آن حق شکل گرفته‌اند.

الف) نظریه حق‌های ناپذیرفتنی: اگر تقسیم حق‌ها را، آنگونه که در اسناد حقوق بشری آمده است، بپذیریم، حق تابعیت و حق بر شکنجه نشدن به لحاظ اصل فاعلیت اخلاقی انسان و در جهت حفظ اصالت و گوهر وجودی انسانی در عداد حق - ادعاهای پذیرفتنی‌اند که نظام حقوقی باید آنها را به رسمیت بشناسد؛ حق بر شرایط عادلانه کار، حق بر ارتقای شغلی بر اساس شایستگی و حق بر پرداخت مساوی برای کار مشابه، به لحاظ مباحثه برانگیز بودن موضوع این نوع حق‌ها، در زمره حق - ادعاهای مناقشه‌بردارند که به کمک داده‌های علوم انسانی و تجربی نهایی می‌شوند، و حق کار و حق بر بالاترین استاندارد قابل حصول در بهداشت تن و روان، ذیل حق - ادعاهای ناپذیرفتنی قرار می‌گیرند که تحقق آنها تا حد زیادی به فرهنگ و جامعه مدنی بسته است (۱۳). با این توضیح، فراهم آوردن بالاترین استاندارد قابل حصول

شامل می‌شود. این نوع نگرش تلویحاً بیانگر تعریفی از سلامت است که عبارت است از «نوعی وضعیت تندرستی ذهنی، رضایت از توانمندی جسمی و توانایی اجرای نقش‌های اجتماعی واجد ارزش و مجموعه‌ای از متغیرهایی که اغلب با عنوان «کیفیت زندگی» بررسی می‌شوند» (۶).

این رویکرد بیشتر بر عواملی تأکید دارد که مقاومت متفاوت افراد در برابر بیماری را تعیین می‌کند، به‌ویژه عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری. این نوع دیدگاه را می‌توان به طور ضمنی، در پژوهش‌هایی مشاهده کرد که ثابت می‌کنند عمر طولانی تا حدودی تابع برآوردها و محاسبات سلامت ذهنی و رفتارهایی چون عادات غذایی، الگوهای خواب و مشخصات اجتماعی، مانند تأهل و برخورداری از تحصیلات عالی، است. شالوده نظری این رویکرد نتایج مستقیمی را برای تبیین عواملی که سلامت و بیماری را کنترل می‌نمایند، در بر دارد.

در حالی که تبیین موضوع براساس الگوی زیست‌پزشکی از نقش عامل واحد یعنی فقط عامل زیست‌شناختی حمایت می‌کند، الگوی اخیر مشوق و مروج رویکردی چندبعدی و چندسطحی در خصوص سلامت است که در تبیین آن عوامل جامعه‌شناختی، روان‌شناختی و زیست‌شناختی بر یکدیگر تأثیرگذارند (۶). برای نمونه، بر اساس این رویکرد، بیکاری و سلامت، فقر و سلامت یا آگاهی از حق بر سلامت نوعی رابطه دیالکتیک، همراه با تأثیر متقابل بر هم، دارند (۱۱).

مبنای پارادایم پزشکی جدید و در حال ظهور، یعنی «پارادایم عملکردی»، نه فرضیه‌های بیماری و درمان، بلکه توانایی عملکردی فردی است که در آن فرد انسانی از وضعیت سلامت و محدودیت‌های عملکردی خود آگاهی دارد و متخصصان و کارکنان بهداشت حرفه‌ای در مقام مشاور یا تسهیل‌کننده عمل می‌کنند و همچنان مسئولیت مهار شرایط حاد و تهدیدکننده زندگی را به عهده دارند. به عبارت دقیق‌تر، تمرکز اصلی پارادایم پزشکی در دنیای معاصر بر ارائه خدمات مراقبتی بهتر در جهت سازگاری با تغییرات جمعیتی، اقتصادی، سیاسی و محیطی است (۱۲).

در بهداشت تن و روان، بیشتر به رؤیا و شاید کابوس شبیه است تا واقعیت (۱۳). به علاوه، اینکه ماده ۱۱ «اعلامیه آمریکایی حقوق و تکالیف بشر»، هر شخصی را در حفظ بهداشت خود، از طریق اقدامات بهداشتی و اجتماعی، به منظور تأمین غذا، لباس، مسکن و مراقبت‌های پزشکی، تا آنجا که منابع عمومی و اجتماعی اجازه می‌دهد، محق می‌داند، حاکی از توجه نویسندگان این اعلامیه به محدودیت‌های موجود در تأمین حداقل‌های بهداشتی مذکور است (۱۳). بنا بر «نظریه حق»، صحبت از واقعیت قابل حصولی به نام «حق بر بالاترین سطح بهداشت تن و روان» برای کشورهای کمتر توسعه‌یافته و حتی در حال توسعه عمیقاً مورد تردید و تشکیک است.

با این تفسیر، حق بر بالاترین سطح بهداشت تن و روان به «مراقبت اضطراری پزشکی» فروکاسته می‌شود که خود مفهومی غامض و دشوار است و نمی‌توان به آسانی تعریفی از آن به دست داد و حدود مرز آن را مشخص کرد. برای نمونه، آیا درمان تومور نهفته مغزی یا عکسبرداری‌های پیشگیرانه در مورد سرطان در زمره این خدمات قرار می‌گیرند؟ (۲).

در نقد این دیدگاه، که به تقلیل مفهوم حق بر بهداشت و سلامت به صرف مراقبت اضطراری پزشکی می‌انجامد، باید گفت که هسته اصلی حق بر بهداشت، همانگونه که پیش‌تر آمد، مراقبت از هر کس و تحت هر شرایط است که شمول بیشتری از صرف مراقبت اضطراری پزشکی دارد. به عبارتی، حق بر بهداشت «مستلزم درمان مقتضی و مناسب بیماری‌ها و صدمات متداول» و همچنین دربرگیرنده حق «دسترسی به داروهای ضروری» است که اولی معنایی موسع‌تر از خدمات اضطراری پزشکی دارد.

ب) نظریه مطالبات حداقلی در قلمرو حق‌های رفاهی: «نظریه مطالبات حداقلی در قلمرو حق‌های رفاهی» را می‌توان حق-ادعاهایی علیه دولت دانست که مستلزم مداخله حمایتی دولت است. اما برخی در این که بتوان حق‌های رفاهی را حق نامید، به دو دلیل تردید درافکنده‌اند. نخست آنکه لازمه حق-ادعاها وجود متعهدی در مقابل آنهاست و دوم آنکه به لحاظ مبنایی

و نظری، پیش‌فرض هرگونه تکلیف و تعهدی توان انجام آن است. به عبارت دیگر، قدرت انجام تکلیف از شرایط عامه تکلیف است. از این رو، مقرر داشتن فهرستی از حق‌های اقتصادی، اجتماعی، آموزشی و بهداشتی برای همه انسان‌ها، که لازمه آن مکلف دانستن دولت‌ها به تأمین آنها است، برای بسیاری از کشورها امری غیرقابل اجراست و به تکلیفی مالایطاق بر دوش دولت می‌ماند. بنابراین تحمیل تعهدات و تکالیفی فراتر و بالاتر از توان دولت‌ها، نشان از ناموجه بودن این تعهدات و تکالیف دارد و چنانچه تعهد به اجرا که لازمه حق-ادعاهای مورد نظر است، ناموجه باشد، ملزوم آنها که همان محق بودن افراد نسبت به این حق‌ها است نیز موجه نخواهد بود. از همین روی، برخی از فلاسفه و صاحب‌نظران حقوق بشر، برچسب حق را برای این‌گونه مطالبات نمی‌پسندند (۱۴).

حال، پرسش آن است که اگر حق بر سلامت را به مثابه حق-ادعایی در قلمرو حق‌های رفاهی بپذیریم، آیا می‌توان طیف وسیعی از اقدامات بهداشتی را، که در سه سطح «اقدامات و مراقبت‌های پیشگیرانه»^۱، «اقدامات و مراقبت‌های درمانی»^۲، «اقدامات و مراقبت‌های حین و پس از نقاهت»^۳ خلاصه می‌شوند، ذیل این حق آورد؟ ناگفته پیداست که هر کدام از موارد یادشده خود شامل طیف بسیار گسترده‌ای از اقدامات بهداشتی و درمانی خواهد بود؛ به طوری که از پژوهش‌های علمی گرفته تا معاینات و اقدامات بالینی، از اقدامات اورژانس و فوریت‌های پزشکی تا عمل‌های زیبایی، از اعمال سرپایی تا عمل‌های سنگینی نظیر پیوند اعضا به همراه مراقبت‌های کوتاه‌مدت یا طولانی‌مدت حین و پس از نقاهت می‌تواند در زمره هر یک از آن سه سطح قرار گیرد. از منظر مدعیان مطالبات حداقلی، برای پاسخ به آن پرسش، باید در نظر داشت که حق-ادعاهای مثبت، که اغلب حق‌های رفاهی را شامل می‌شود و مستلزم مداخله حداکثری دولت‌اند، به دلیل ماهیت هزینه‌آفرین بودن آنها برای دیگران از منظر

1. Preventive cares
2. Curative cares
3. Rehabilitative cares

«اقدامات و مراقبت‌های حین و پس از نقاهت»، در برمی‌گیرد. از نظام‌های ترکیبی در برخی از کشورهای اروپایی نظیر هلند نیز نباید غافل ماند که تلفیقی از حمایت‌ها و بیمه‌های دولتی و مشارکت‌های فردی و بخش خصوصی است (۱۶).

بنابراین، حتی در حداقلی‌ترین دولت‌ها، نظیر ایالات متحده آمریکا، که به واسطه دیدگاه‌های سنتی دولت‌های رفاه کمتر مورد اقبال و توجه قرار می‌گیرند، مداخله و حمایت‌های بهداشتی در حد تکلیف مراکز بهداشتی و درمانی به ارائه خدمات درمانی اورژانسی به افراد پیش‌بینی شده‌اند.

البته نباید پنداشت که عدم مداخله حمایتی فراگیر دولت‌ها الزاماً به خاطر ناتوانی اقتصادی آنها است، مانند آنچه در کشورهای توسعه نیافته یا در حال توسعه جریان دارد، این تصمیم، گاه، از نگاه حداقلی به دولت و شیوه اداره جامعه نشئت می‌گیرد.

ج) عدالت در حوزه سلامت: در حال حاضر، کیفیت سلامت مردم در هر جامعه گویای توسعه و رشدیافتگی آن جامعه است. سازمان بهداشت جهانی معتقد است بی‌عدالتی در سلامت نتیجه نظامی پیچیده است که در سطح جهانی، ملی و محلی اعمال می‌شود و بر چگونگی سازماندهی امور، جایگاه و مراتب سازمانی و اشکال و تشریفات مربوط به آن تأثیر می‌گذارد. متخصصان و صاحب‌نظران عرصه سلامت چهار شاخص و تعریف اختصاری از عدالت در سلامت را ارائه نموده‌اند که عبارت‌اند از: بهره‌مندی برابر، توزیع براساس نیاز، دسترسی برابر و پیامدهای سلامت برابر (۱۸).

در اوایل دهه ۱۹۹۰ تعریف مختصر و مجمل از نابرابری‌های سلامت ارائه شد که بیشتر به تفاوت‌هایی در مقوله سلامت اشاره داشت که نه تنها غیرضروری و قابل اجتناب، بلکه ناعادلانه و غیرمنصفانه بودند. عدالت در سلامت دلالت بر این دارد که به طور ایدئال هر کسی باید برای به دست آوردن بالقوه سلامت کامل فرصت برابر داشته باشد. از این منظر، عدالت عبارت است از دسترسی برابر به مراقبت‌های موجود برای نیازهای یکسان، بهره‌مندی یکسان برای نیازهای یکسان

اخلاقی و رویه‌های حقوق بشری خلاف اصل‌اند. بدین معنی که اگر اصل اولیه عدم تعهد و تکلیف بر دوش شهروندان و آزاد بودن آنان باشد، هر قسم محدود کردن آزادی یا مالکیت دیگر شهروندان برای ارائه خدمات در حوزه سلامت و بهداشت نیاز به دلیل موجه دارد و باید به حدود و میزان اخلاقاً موجه آنها بسنده کرد (۱۴). از این رو، در این نظریه، دولت مکلف به مداخله مثبت برای تأمین حداقلی مصادیق حق بر سلامت است. واژه «حداقلی» در این ادعا بار اصلی را بر دوش می‌کشد و از مداخلات دولت برای تأمین سلامت و بهداشت تا آنجا دفاع می‌کند که به محدود کردن آزادی دیگر افراد جامعه و منابع موجود برای سلامت افراد نینجامد.

همان‌گونه که در عالم نظر، صاحبان اندیشه دیدگاه‌های مختلفی را برگزیده‌اند، در حال حاضر، رویه واحدی در کشورهای مختلف وجود ندارد. برای نمونه، در ایالات متحده آمریکا، که ثروتمندترین کشور جهان است، بیمه‌های درمانی دولتی به طور فراگیر و کامل وجود ندارد. اگرچه باراک اوباما رئیس‌جمهور وقت ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۱۰ با طرح «مراقبت‌های اوباما»^۱ و تصویب «قانون خدمات بیمه»، در جهت حمایت از بیماران، مقرون به صرفه کردن هزینه‌های درمانی و گسترش پوشش‌های بیمه‌ای و نظارت دولت بر آنها، باعث به وجود آمدن تحولاتی شد، نیز با وجود آنکه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به موجب قانون نمی‌توانند از ارائه خدمات درمانی اورژانسی به افراد در معرض خطر امتناع نمایند (۱۵)، به نظر می‌رسد هنوز تهیدستان و افراد کم‌بضاعت جامعه عملاً تحت پوشش جدی خدمات درمانی نیستند. در مقابل این سیاست درمانی، می‌توان از پوشش نسبتاً فراگیر خدمات بهداشتی ملی^۲ در کشور انگلستان نام برد که بر مبنای آن، تمامی افراد بدون لحاظ توان مالی آنها مشمول دریافت خدمات بهداشتی و درمانی هستند. این خدمات تقریباً هر سه سطح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را، یعنی «اقدامات و مراقبت‌های پیشگیرانه»، «اقدامات و مراقبت‌های درمانی»،

1. Obama care
2. National Health Service (NHS)

رسیدن به موازنه‌ای میان منابع دولت و نیاز افراد است که از جامعه‌ای به جامعه دیگر تغییر می‌کند (۱۹).

چالش‌های عملی

طب در دنیای معاصر، تنها به هنر یا علم تشخیص و درمان بیماری‌ها اطلاق نمی‌شود. دیگر، فرضیات خلطی، ایجاد خودبه‌خودی، واگیر بودن و فرضیه میکروبی ایجاد بیماری نمی‌تواند به‌تنهایی پاسخگوی سؤالات و پرسش‌های جدید باشد. دیگر، پزشکی با هزاران سال سابقه و با کمک فنون و روش‌های پیشرفته، تجهیزات فوق‌مدرن، آزمایشگاه‌های تشخیص طبی، فلوشیپ‌ها و رشته‌های فوق‌تخصصی نمی‌تواند تمامی مسائل و مشکلات سلامت را رفع کند. و دیگر، بیماری‌های عفونی و واگیردار تنها عامل مرگ و میر انسان‌ها به شمار نمی‌رود.

پدیده «گذار اپیدمیولوژیک»^۶ ناظر بر آن است که طی دو دهه اخیر روند بیماری‌ها از بیماری‌های واگیردار متأثر از عوامل زیستی به سوی بیماری‌های غیرمُسری مزمن ناشی از عوامل محیطی، ارثی و عمدتاً رفتارهای ناهنجار غیربهداشتی تغییر مسیر داده و این در حالی است که رشد سریع و همه‌گیر بیماری‌های نوپدید و بازپدید غیرمُسری در کشورهای در حال توسعه نگرانی‌های جدیدی را به بار آورده است (۱۷).

به رغم درخواست‌ها، مطالبات و ادعاهای بسیار، سلامت همچنان موضوعی فراموش شده و مورد غفلت است. افزون بر این، مفهوم سلامت، به دلیل اختلاف دیدگاه‌ها و نظریات اندیشمندان و صاحب‌نظران در حوزه‌های پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، در حال تغییر و دگرگونی است. به طوری که سلامت در طی قرون از مفهومی انفرادی به هدفی اجتماعی و جهانی و نظامی مبتنی بر کیفیت زندگی مبدل شده است. به طوری که نشانگرهای سلامت، که همان شاخص‌ها یا تعیین‌کننده‌های سلامت به شمار می‌آیند، علاوه بر شاخص‌های میرایی، ابتلا، ناتوانی، وضعیت تغذیه، بهداشت محیط و حرفه‌ای، نشانگرهای دیگری را نیز شامل می‌شود که برای نمونه می‌توان به شاخص‌های زیست‌محیطی، روانی،

و کیفیت یکسان مراقبت‌ها برای همه (۱۸). نقطه قوت این تعریف آن است که هر دو بعد تخصیص منابع و دسترسی به مراقبت‌های سلامت را، که دو رکن مهم عدالت افقی و عمومی هستند، شامل می‌شود. «عدالت افقی»^۱ یعنی درمان برابر برای نیازهای یکسان و «عدالت عمودی»^۲ یعنی درمان نابرابر برای نیازهای نابرابر که همان صرف منابع بیشتر برای نیازهای بیشتر است.

با این بحث، مفهوم عدالت در سلامت بیشتر به مفهوم عدالت توزیعی نزدیک می‌شود تا دیگر مصادیق عدالت، مانند عدالت حقوقی، مکافاتی یا طبیعی. هدف آن است که منابع موجود میان افراد جامعه براساس شاخص‌هایی که از توزیع عادلانه می‌پروانیم توزیع شوند. در این میان، دولت یکی از مهم‌ترین نهادهایی است که در امر توزیع منابع نقش‌آفرینی می‌کند، زیرا برآوردن اقتضات سلامت نیاز به صرف بودجه و منابع مالی هنگفت دارد که اغلب در اختیار دولت‌ها است و اگر دولت مستقیم این منابع را هزینه نکند، بخش خصوصی رغبتی به انجام این هزینه نخواهد داشت. در مواردی هم که بخش خصوصی وارد عمل می‌شود، نظارت دولت همچنان باید پررنگ باشد، چون پای سلامت افراد جامعه در میان است که نمی‌توان به سادگی از کنار آن گذشت. دولت همواره براساس حجم و اندازه منابع خود دست به توزیع می‌زند یا به فراهم آوردن فرصت برابر برای دسترسی اقدام می‌کند. با این حال، سه معیار اصلی نیازها^۳، حق‌ها^۴ و شایستگی‌ها^۵ نیز در توزیع منابع مهم‌اند و نظریاتی که برای تبیین مفهوم عدالت شکل گرفته‌اند اغلب بر نیازمحوری، حق‌محوری یا شایستگی‌مداری تأکید می‌کنند: «به هر کس به اندازه سهمش و به میزان شایستگی‌اش و مطابق نیازهایش باید اختصاص داد». اما همچنان جای این پرسش مهم و اساسی باقی است که سهم مناسب هر شخص کدام است؟ آنچه مهم می‌نماید

1. Horizontal Equity
2. Vertical Equity
3. Needs
4. Rights
5. Merits

6. Epidemiologic transition

عوامل اجتماعی و اقتصادی را در بر می‌گیرد که شرایطی را فراهم می‌کنند که مردم بتوانند زندگی سالمی داشته و به عوامل اساسی مؤثر بر سلامتی دسترسی داشته باشند. هر چند بهره‌مندی کامل از حق بر سلامتی برای میلیون‌ها انسان در سراسر جهان هنوز هدفی دوردست است و به‌ویژه برای کسانی که در فقر و محرومیت زندگی می‌کنند روز به روز دست‌نیافتنی‌تر می‌شود، هرگز نباید از موانع سرسخت ساختاری و رفتاری ناشی از عوامل ملی و بین‌المللی و سایر عوامل خارج از کنترل دولت‌ها که تحقق کامل ایده «حق بر بالاترین سطح قابل وصول سلامتی» را دشوار می‌سازد، غافل بود.

به‌رغم تصریح اسناد، قوانین و مقررات ملی و بین‌المللی و تلاش‌های بسیاری که برای اجرای برنامه‌های متعددی، همچون پزشکی مبتنی بر شواهد، حاکمیت بالینی، بیمه‌های سلامت و پزشک خانواده و برنامه تحول در نظام سلامت، صورت گرفته، موفقیت این برنامه‌ها مستلزم وجود زیرساخت‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی، تأمین منابع مالی و مهمتر از همه اعتقاد و باور قلبی و همکاری‌های عملی دست‌اندرکاران حوزه سلامت و سایر بخش‌های کشور است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل رساله دکتری با عنوان «حق بر سلامت و الزامات دولت‌ها: بررسی تطبیقی نظام حقوقی ایران با اسناد بین‌المللی حقوق بشر» است. نویسنده از راهنمایی‌های ارزشمند جناب آقایان دکتر زارعی و گرجی کمال تقدیر و تشکر را دارد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی در خصوص این پژوهش ندارند.

اجتماعی، اقتصادی، سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، میزان بهره‌گیری از خدمات سلامت و نشانگرهای مربوط به کیفیت زندگی و یا امید به زندگی اشاره نمود. بدین‌سان، سلامت را می‌توان فارغ از تعریف سنتی آن، یعنی فقدان بیماری یا ناتوانی، بهزیستی یا آسایش و رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی دانست.

حق بر سلامت، گرچه در اکثر اسناد مهم بین‌المللی حقوق بشری به عنوان یکی از انواع حق‌های بشری به رسمیت شناخته شده است، کمتر محترم شمرده می‌شود. مشکلات مربوط به سلامتی به طور مستقیم از عواملی مانند کمبود مواد غذایی، آب آشامیدنی سالم و بهداشتی و نبود بهداشت، یا در کل، از فقر ناشی می‌شود. برای بهبود وضعیت موجود و برخورداری همگان از حق بر سلامتی، نظم جهانی موجود باید تغییر کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به آنچه گذشت، می‌توان دریافت که نگاه پارادایمی به مقوله سلامت می‌تواند هم در زمینه‌های نظری و تحلیل نظریات علمی مبتنی بر آن، از یک سو و هم در عرصه‌های عملی و بررسی پیامدهای ناشی از آن، از سوی دیگر تأثیرگذار باشد. از همین روی، طی سال‌های اخیر، کوشش‌ها و مباحثات جدی‌تری در جهت ترکیب و تلفیق وجه فردی و جمعی سلامت با هدف ایجاد نگاهی جامع و متعادل به مفهوم سلامت صورت گرفته که حاصل آنها پیشنهاد چندین مدل مفهومی بوده است که در آنها، مرکز مداخله به جای بیماری یا عارضه، افراد شناخته می‌شوند. بنابراین، مطالعات انجام‌یافته در پارادایم‌های علمی اخیر مسیری جدید را برای پژوهش در عرصه سلامت ارائه می‌کنند.

هر چند «نظریه حق» و موضع «حق‌های ناپذیرفتنی» و «نظریه مطالبات حداقلی در قلمرو حق‌های رفاهی» از طبقه‌بندی فنی و استدلال منطقی و قابل دفاعی برخوردارند و دفاع از نظریه‌ای رقیب را مشکل می‌کنند، به نظر می‌رسد ایده «حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت» طیف وسیعی از

References

1. Virginia A. Leary, the right to health care, note 2, 17 -23. 19. Id., at 17, 1996, p 485.
2. Toebes, B. The right to health as a human rights in international law. *Refug Surv Q.* 2001; 20(3):180-8.
3. Seyyed mousavi MS. The right to health and the requirements of governments: a comparative study of Iran's legal system with international human rights instruments [dissertation]. [Tehran]: Shahid beheshti university of medical sciences; 2013. 281 p.
4. Lyotard JF. The postmodern condition: a report on knowledge. Nozari HA, translator. Tehran: Game no; 2002. 368 p.
5. Fay B. Contemporary philosophy of social science: a multicultural approach. Mardiha M, Translator. Tehran: Research institute of strategic studies. 2010. 360 p.
6. Scamber G. Habermas, Critical Theory and Health. Nozari HA, translator. Tehran: Elmi Farhangi Publisher; 2017. 371 p.
7. Lindau ST, Laumann EO, Levinson W, Waite LJ. Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health the interactive biopsychosocial model. *Perspect Biol Med.* 2003;46(3 Suppl):S74-S86.
8. Shojaei Tehrani H, Ebadi fard azar F. Principles of health services. 1st ed. Tehran: Samat Publisher. 197 p.
9. Lindau, Stacy Tessler & others, op.cit, pp 74-86.
10. Park John Everett. Textbook of preventive and social medicine a treatise on community health. 17th ed. Shojaei Tehrani H, Translator. Tehran: Samat; 1387. 170 p. Persian.
11. Vahdani Nia V. Policy analysis and public policy-public policy paradigm of health systems: finding the proper conceptual framework for action [master's thesis]. [Tehran]: Faculty of law and political science; 2010. 214 p.
12. Franco AA, Bouma H, Van Bronswijk JE. Health care paradgms in transition. *Gerontechnology.* 2014;13(1):5-10.
13. Rasekh M. Rasekh M. A theory of rights and the international human rights. *Revue de Recherche Juridique.* 2005;4:12-83.
14. Ghari S. Fatemi S M. [Human rights in the contemporary world: an introduction to theoretical issues concepts, foundations, scope and sources]. Vol. 2. 2nd ed. Tehran: Shahre Danesh. 1389. 496 p. Persian.
15. Oberlander J. Long time coming: why health reform finally passed. *Health Aff.* 2010;29(6): 1112-6.
16. Danies N. Is there a right to health care and if so what dose it encompass? In: Kuhse H, Singer P, editors. A companion to bioethics. United Kingdom: Lackwell Publisher; 2001. p. 594.
17. Jannati A, Jabbari Beirami M, Gholamzade Nikjoo R, Ghoddusi nejad J, Gholizade M, Naseri Asl M. [Rating services in the health system]. 1st ed. Tabriz: Pezeshki Shervin; 1391. 177 p. Persian.
18. Shenkin HA. Rationing of health care. *Lancet.* 1998;352(9145):2026.
19. Ghari S. Fatemi S M. [Human Rights in the Contemporary World: An introduction to theoretical issues concepts, foundations, scope and sources]. Vol. 1. 1st ed. Tehran: Shahre Danesh.1387. 306 p. Persian.

A Legal Approach to Health Theory

Valiollah Vahdaninia¹, Mir Sajjad Seyyed Mousavi^{2*}

1. Senior Researcher, Center for Public Policy Studies, University of Tehran, and Director of Strategic Studies, Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Basic Sciences, Faculty of Paramedical Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Received: Jun. 26, 2019

Accepted: Sept. 8, 2019

Keywords:

Right to health, Health paradigm, Biomedical model, Bio-psycho-social model, Theory of justice

To cite this article:

Seyyed Mousavi MS, Vahdaninia V. [A legal approach to health theory]. Iran J Biomed Law Ethics. 2019;1(1):98-108. Persian.

Abstract

Background: The concept of health and the right to health is one of the most important concepts in the world of thought and practice, wherein any type of defining and demarcating the concept, undoubtedly affects the health of individuals and their access to health services.

Methods: This research is based on descriptive and analytical method and its data were collected from printed sources such as books, articles and internet resources in English and Persian.

Results: Theories that underpin the concept of health have often targeted the issue individualistically or collectivistically, which are not very defensible today, and the dominant approach is the integrated one accentuating individual and social aspects of the concept of health. The right to health, in which the health is the core concept, has been the subject of theoretical challenges that often address the minimal or maximum role of the state and government in facing with the right to health.

Conclusion: The concept of health, like any other concept, can be defined differently in various paradigms of thinking. In "biomedical paradigm", health is not having a physical disorder. The "Biopsychosocial model" considers disease a widespread phenomenon throughout the human organism. Finally, under the "rights-based approach", the right to health is a right/claim to have access to health-related facilities, welfare, and services that are also recognized in international documents. Achieving the "highest attainable level of health" requires specific conditions and requisites. Without cultural, social, economic, and political infrastructure on the one hand, and the financial and human resources available to the state on the other, such level of health cannot be obtained.

* Corresponding author: Mir Sajjad Seyyed Mousavi, Tel: 04133378350, Fax: 0413336300, Email: Mosavi_Saied@yahoo.com