

حمایت کیفری از حق بر سلامت مصرف‌کننده و دادخواهی پذیری آن

رضا شریفی¹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۲۲

امیر پاکنهاد^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۱۴

غلامرضا سلطانفر^۳

چکیده

سلامت و مصونیت از هر عاملی که به نحوی سلامت مستمر جسمانی، روانی و شخصیتی فرد را به خطر می‌اندازد، یکی از حق‌های مسلم بشری است. متناظر با این مولفه مهم و مبنایی زیست‌سالم، حق بر سلامت، امروزه یکی از اصلی‌ترین و بنیادی‌ترین حقوق انسان‌هاست که در اسناد بین‌المللی مختلف نیز به وضوح به این امر اشاره شده است. دولت‌های عضو یا ملحق به این اسناد نیز تعهد بر تأمین و تضمین این حق دارند و بدین ترتیب، قصور یا تقصیر آن‌ها در تأمین یا تضمین حق پیش‌گفته، موجبات مسئولیت آن‌ها در برابر شهروندان را فراهم می‌آورد و چه بسا سبب تحقق مسئولیت بین‌المللی آن‌ها در برابر دیگر دولت‌ها و شهروندان نیز بشود. جلوه بارز تأمین و تضمین حق بر سلامت، در مورد مصرف‌کنندگان، مطرح است. بدین سان، تأمین و تضمین حق بر سلامت مصرف‌کنندگان، به مثابه یک تکلیف و تعهد عمده و اصلی، امروزه بر عهده دولت‌ها قرار گرفته است. با وجود این، نحوه تأمین و تضمین این حق در عمل نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. در این میان، حمایت کیفری از حق بر سلامت، مهم‌ترین و موثرترین نوع حمایت حقوقی از این حق به شمار می‌رود. این حمایت، از رهگذر جرم‌انگاری هر رفتاری که به نحوی، این حق را نقض کرده و یا در معرض نقض قرار می‌دهد، جلوه‌گر می‌شود. از سوی دیگر، آنچه می‌تواند تضمینی مناسب برای تحقق عملی حمایت کیفری از حق بر سلامت باشد، دادخواهی پذیری آن است. دادخواهی پذیری، در مفهوم ساده، به معنای این است که هر یک از شهروندان که به نوعی حق بر سلامت خود را در معرض نقض یا نقض شده از سوی دولت یا اشخاص حقیقی دید، می‌تواند با اقامه دعوا یا شکایت، در صدد تضمین قضایی این حق برآید. بدین ترتیب، قضاوت پذیری حق بر سلامت، مشتمل بر تعهد دولت‌ها در استقرار مراجع ذیصلاح و استفاده از سازوکارهای قضایی برای مقابله با موارد نقض این حق است. در این نوشتار، پس از بررسی و تحلیل جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی، ضرورت حمایت کیفری از آن تبیین و نیز قابلیت دادخواهی آن، مورد مطالعه قرار خواهد گرفت.

کلیدواژگان:

حق بر سلامت، اسناد بین‌المللی، حمایت کیفری، حقوق مصرف‌کننده، تضمین قضایی حق بر سلامت، دادخواهی پذیری، تعهد دولت‌ها.

¹ دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. r.sharifilaw66@gmail.com

² am.paknahad@gmail.com استادیار گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول).²

³ rezasoltanfar@gmail.com استادیار گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.³

به رغم همه ادعاهایی که در باب ضرورت حفظ و ارتقای سلامت فردی و عمومی شهروندان مطرح شده و می شود، مقوله سلامت، همچنان یک موضوع فراموش شده ارزیابی می گردد. از نظر فردی، سلامت برترین نعمت و موهبت الهی است که به انسان ارزانی شده است اما همواره مورد غفلت واقع می شود. از دید اجتماعی هم موضوع سلامت، غالباً بسیار کمتر از دیگر موضوعات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی مورد توجه قرار می گیرد.^۱ در سطح بین المللی، پس از جنگ جهانی اول، تا زمان تهیه پیش نویس اساسنامه جامعه ملل، موضوع سلامت از یاد رفته بود و تنها در آخرین لحظات، به یاد تهیه کنندگان این سند جهانی خطور کرد.

در پایان جنگ دوم بین الملل نیز زمانی که نمودار تشکیلات سازمان ملل متحد طراحی و ترسیم می شد، همچنان سلامت موضوعی مغفول بود^۲ لیکن نهایتاً در کنفرانسی که در سال ۱۹۵۴ در شهر سانفرانسیسکو از سوی سازمان ملل برگزار شد، موضوع بهداشت و سلامت به عنوان یک موضوع اختصاصی مطرح شد.^۳ در دهه های اخیر، نهضت های جدیدی ظهور یافته اند که در آن ها سلامتی به عنوان یک حق بشری از یک سو و به عنوان یک هدف اجتماعی تضمین شده از جانب دولت ها از سوی دیگر مورد شناسایی قرار گرفته است. اضافه می شود که در سی امین گردهمایی جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۷ مقرر گردید که هدف اصلی دولت ها و رسالت سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۰۰ میلادی، رساندن

^۱ Randall, R. C., Principles and Foundation of Health promotion and Education, New York, Allyn Bacon Inc., 1999, p.13.

^۲ نقل از: سیدموسوی، میرسجاد، حق سلامت و الزامات دولت ها، رساله دکتری حقوق عمومی، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۹۲، ص ۵. گفتنی است این رساله، توسط نشر میران، برای نخستین بار، در سال ۱۳۹۳ به چاپ رسیده است.

^۳ پارک، جی. آی. و ک. پارک، کلیات خدمات بهداشتی، ترجمه حسین شجاعی تهرانی و حسن ملک افصلی، انتشارات سماط، چ اول، ۱۳۸۷، ص ۳۱.

همه مردم جهان به سطحی از سلامتی باشد که بتواند یک زندگی اجتماعی و اقتصادی سودمند و بارآور را به ارمغان آورند.^۱

بدینسان رفته رفته مفهوم سلامت و حق شهروندان بر برخورداری حداکثری از آن، حائز اهمیت و جایگاه خاصی در مطالعات حقوق بشری شده است اما نکته مهم آن است که در سالیان اخیر، مفهوم سلامت، دیگر از مفهوم «فقدان بیماری» به در آمده و وسعت شمول یافته و مفهوم و مصداق های گسترده تری یافته است و لذا دیگر نمی توان با تکیه صرف بر نظریه های سنتی و با کاربست الگوهای عملی مرسوم و معمول، آن را تحقق یافته قلمداد کرد. علاوه بر معنای فقدان بیماری یا بیمار نبودن، امروزه مولفه هایی شامل عادات فردی، عوامل عاطفی و روانی، رفاه اجتماعی، کیفیت زندگی و توانایی مشارکت نیز از محورهای سلامت و حق بر سلامت ارزیابی می شوند.^۲ و نکته مهم دیگر این است که در ادبیات راجع به حق بر سلامت- با فرض این حق به عنوان یک حق مسلم بشری- هر عاملی که به نحوی و به هر میزانی این مولفه ها و محورها را با مانع و چالش روبرو سازد و جریان تحقق یا اثربخشی آنان را مسکوت و مسکون گذارد، یک «خطر» قلمداد شده است.^۳

بر این اساس، حق بر سلامت، در اسناد بین المللی، جزو یکی از حقوق اولیه بشری قلمداد و دولت های عضو یا ملحق به این اسناد، متعهد به تأمین و تضمین آن نسبت به شهروندان خود شده اند. در این میان، نکته مهم دیگر، این است که حمایت حقوقی از حق بر سلامت، اولاً نسبت به مصرف کنندگان، از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار است و ثانیاً این نوع حمایت، به ویژه از طریق حمایت کیفی از آن می تولند صورت گیرد. در این باره، فرض بر این است که حمایت از رهگذر کاربست نهادها و

^۱ شجاعیان، خدیجه، حق بر سلامت؛ تحلیل تطبیقی اسناد بین المللی حقوق بشر و نظام حقوقی ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق عمومی، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۸۸، ص ۲۴.

^۲ تویی، بریژیت، حق بر بهداشت، ترجمه علی کمالی، انتشارات مجد، چ اول، ۱۳۸۸، ص ۳۰.
^۳ زارعی، مرتضی، بررسی ابعاد حقوقی حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بشر، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ۱۳۸۹، ص ۳۳ و نیز

- Labontee, R. & Others, Trade and Health, In: Williams, O.P. & Kay, A., (eds.), Global Health Governance: Crisis, Institutions and Political Economy, London, Palgrave Mc. Millan, 2009, p. 88.

سازوکارهای مدنی، در نهایت، نمی تواند به صورت کامل و جامع، از حق سلامت مصرف کنندگان حمایت کند و به سبب این نقص و ضعف، باید به حمایت کیفری از این حق متوسل شد. جرم انگاری و وضع کیفر برای رفتارهایی که حق سلامت مصرف کنندگان را نقض کرده و یا در معرض نقض قرار می دهد، به مراتب، اثر حمایتی بیشتری از مصرف کنندگان نسبت به سازوکارهای مدنی دارد. علاوه بر این، دادخواهی پذیر کردن حق بر سلامت نیز اثر حمایت کیفری از آن را دوچندان خواهد کرد. در نوشتار حاضر، با تکیه بر چنین مفروضاتی، ابتدا مفهوم و مولفه های حق بر سلامت بررسی خواهد شد. سپس، ضرورت حمایت کیفری از حق بر سلامت مصرف کنندگان، تبیین خواهد شد. در نهایت نیز این نوع حمایت در پرتو دادخواهی پذیری آن، مورد تحلیل قرار خواهد گرفت.

حقوق بیمار بستگی به الزامات جامعه دارد و به عبارت دیگر توسط دولت یا سایر مراجع حقوقی یا خصوصی به مورد اجرا درمی آید. بیمار مانند هر انسان دیگری نیازهایی حیاتی دارد. او به علت بیماری نمی تواند برخی از نیازهایش را به طور کامل تأمین کند و به کمک اطرافیان نیاز دارد. در واقع حقوق بیماران چیزی جز حمایت از حقوق بشر در حوزه هایی که همانا خدمات در حوزه بهداشت و سلامت است، نمی باشد. حتی بیانیه جهانی حقوق بشر سازمان ملل به خصوص ماده 25 آن که تصریح دارد: «هر فردی حق برخورداری از سطحی از زندگی را دارد که در آن سلامت و رفاه خودش و خانواده اش تأمین باشد که شامل حق برخورداری از غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت های پزشکی است». حمایت از این قانون نشانگر تعارض با عرضه کنندگان خدمات در عرصه بهداشت و درمان نیست، بلکه نمایانگر زوایایی ارتباط میان آنان یا بیماران بوده و هر دو طرف را قادر می سازد تا روابط خود را به نفع بیماران مدیریت کنند.

در منشور حقوق بیمار، حق دریافت خدمات سلامت در 14 بند توضیح و تبیین شده است. اما اگر به این حقوق توجه نماییم بیش تر این حقوق، حقوقی آرمانی است که هر جامعه ی آرمانگرایی در کسب آن است و شاید در هیچ جامعه ای این حقوق به طور کامل قابل دستیابی نباشد. مانند این که بر پایه ی صداقت و انصاف باشد (بند 2-1) یا فارغ از هر گونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع

بیماری و جنسیتی باشد (بند 3-1) یا مبتنی بر منافع بیمار باشد (بند 5-1) یا مبتنی بر عدالت باشد (بند 6-1) یا در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد (بند 10-11) یا در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد (بند 11-1).

مواردی از این قبیل که در منشور حقوق بیمار ذکر شده است، بیش تر از آن که قانون باشند فقط حقی را برای گروه خاص از اقشار جامعه در نظر گرفته است چراکه صداقت و انصاف معنای وسیعی دارد و صرف هرگونه برخورد را نمی توان عدم صداقت نامید یا این که منفعت بیمار در چه چیزی است؟ آیا در درمان یا عدم درمان است؟ چه کسی این منفعت را تشخیص می دهد؟ یا این که مبتنی بر عدالت باشد تعریف عدالت چیست؟ آیا در سریع ترین زمان ممکن یا این که احترام گذاشتن به وقت بیمار با توجه به روند پذیرش در بیمارستان امکان پذیر است؟ از کجا می توان قومیت یا فرهنگ یا زبان دیگری را که متعلق به چه قوم یا فرقه ای می باشد تشخیص داد؟ طرف مقابل که برآورد این انتظار قاعدتا در حیطة وظایف اوست، گروه درمان است.¹

۱- مفهوم و مولفه های حق بر سلامت

در این قسمت، ابتدا معنای حق بر سلامت و سپس، مولفه های مقوم این مفهوم را مورد بحث و بررسی قرار می دهیم.

۱-۱ معنای حق بر سلامت

شناسایی حقی با عنوان حق بر سلامت در سطح جهانی، هرگز به معنای روشن بودن همه ابعاد و جوانب آن و محتوای آن به طور کامل نیست. تبیین حق بر سلامت کاری دشوار است. در معنای محدود، حق بر سلامت مساوی است با حق بر برخورداری از ارگانسیم بدنی سالم و بدین ترتیب حق بر سلامت معادل است با حق بر سالم بودن و مریض نبودن. در معنای گسترده اما این معنای محدود، تنها بخشی از معنای حق بر سلامت را شکل می دهد. در مفهوم گسترده، سلامت معادل رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و نه فقط عدم بیماری یا فقدان ناتوانی. در مفهوم اخیر، حق بر سلامت، تعبیری چون «حق بر مراقبت های پزشکی» (Right to medical cares)، «حق بر مراقبت های بهداشتی» (Right to

^۱ - سوادبه جولایی، «منشور حقوق بیمار و راهکارهای ارتقاء آن»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دوم، شماره ششم، پاییز ۱۳۸۷،

(health cares)، «حق بر حمایت و صیانت از سلامتی» (Right to health protection) را نیز دربرمی‌گیرد.^۱ باید اشاره داشت به اینکه به رغم شناسایی حق بر سلامت به عنوان یکی از حق‌های بشری، ماهیت و محتوای این حق به طور کامل روشن و آشکار نیست و از وضوح و شفافیت لازم نیز برخوردار نیست به طوری که تحلیل و تبیین محتوایی حق مزبور را امری دشوار و پیچیده می‌سازد زیرا عبارت حق بر سلامت، تعبیری نارسا قلمداد شده است.^۲

کاربرد این عبارت در میان عامه مردم جایگاهی نداشته و برای خواص نیز دچار پیچیدگی و ابهام است هرچند بر اساس تحلیل‌های مقدماتی که در این باره صورت گرفته، برخی نتایج قابل‌تحصیل‌اند از جمله اینکه سلامتی، یک موهبت الهی است و با دیگر حق‌های بشری در پیوند وثیق است. در عین حال، سلامت مفهومی در حال تحول است. با وجود این به نظر می‌رسد به منظور تحلیل معنای این حق، بتوان در نظریات ارائه شده حول آن فحص کرد و جایگاه آن را در نظام بین‌المللی حقوق بشر کاوش نمود. این دو مقوله را در ادامه پی می‌گیریم.

۱-۱-۱ نظریات ارائه شده

حق بر سلامت به مثابه حقی بشری، همانند بسیاری دیگر از مفاهیم و مباحث مهم دانش بشری، محل ابهام و اختلافات فکری و نظری است. از یک طرف به اعتقاد برخی، موضوع سلامت، امری نسبی است که متناسب با شخصیت و محیط زندگی و نوع فعالیت و اشتغال افراد تغییر می‌یابد و لذا مفهومی در نوسان است.^۳ از سوی دیگر، سلامت نه فقط به معنای بیمار نبودن بلکه به مفهوم برخورداری از وضعیت رفاه کامل و یا لاقفل نسبی جسمی، روانی و اجتماعی است و فقدان بیماری، تنها جزئی از مفهوم ارائه شده است لذا حق بر سلامت را نمی‌توان به حق بر سالم بودن و مریض نشدن منحصر کرد.^۴

^۱ George P. Smith, Human Rights and Bioethics: Formulating a Universal Right to Health: Health care or health protection? Vanderbilt Journal of Transnational Law, No. 38, 2008, p. 20.

^۲ ابراهیمی، صمد، حق بر سلامتی، انتشارات پژوهشکده باقرالعلوم (ع)، قم، چ اول، ۱۳۹۱، ص ۴.

^۳ اکبری، مجید و عباس زارع نژاد، سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چ اول، ۱۳۸۵، ص ۱۷.

^۴ بالینی، حسن، جستاری نقادانه در نظام حقوقی تأمین اجتماعی ایران، فصلنامه حقوق (مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران)، دوره ۳۸، ش ۴، ۱۳۸۷، ص ۵۹ و نیز بهدین،

از جهتی بنابر اعتقاد برخی دیگر، حق بر سلامت را نمی توان دقیقاً به معنای برخورداری از سلامت معمول و متعارف فرض کرد بلکه باید آن را ناظر بر طیف متنوعی از تسهیلات، امکانات و خدمات دانست که دولت ها به موجب معاهدات بین المللی، بدان ها متعهد شده و افراد انسانی به واسطه آن، قابلیت برخورداری و استحقاق بهره مندی از آن را یافته اند.^۱ عده ای دیگر از متخصصان امر معتقدند حق بر سلامت، در تمامی سطوح و در همه اشکال و نمودهایش، حاوی و شامل اصول به هم پیوسته و مرتبطی است که نقش اساسی و تأثیرگذار در تحقق کامل این حق دارند.

با وجود این، کاربرد دقیق و مناسب آن ها بستگی به شرایط و مقتضیات حاکم بر هر کشور خواهد داشت اما اصول راهبردی حاکم بر این حق همانند محتوای اصلی حق بر سلامت، به اندازه کافی دارای انعطاف می باشند که پذیرش جهانی را به ارمغان آورند. بر همین سیاق، عده ای، عبارت «خدمات سلامت» را به هر نحو دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و نیز خدمات پیش شرط استقرار نظام سلامت اطلاق کرده اند و پیش شرط های مورد اشاره را نیز عبارت دانسته اند از برابری و عدم تبعیض در دسترسی به امکانات و تسهیلات و خدمات سلامت، در اختیار بودن دائمی امکانات، تسهیلات و خدمات سلامت، قابلیت پذیرش امکانات، تسهیلات و خدمات به معنای امکان سازگار کردن و متناسب کردن امکانات، تسهیلات و خدمات سلامت با شرایط و هنجارهای بومی و ملی، کیفیت بالای امکانات، خدمات و تسهیلات سلامت و توزیع جغرافیایی مناسب امکانات، تسهیلات و خدمات سلامت.^۲ بر اساس همین اندیشه هاست که عده ای نتیجه گرفته اند که حق بر سلامت با دیگر حق های بشری ارتباط تنگاتنگی دارد از جمله حق بر حیات، حق بر غذا، حق بر مسکن و پوشاک، حق بر آزادی بیان و حق بر گردش اطلاعات و حق بر حریم خصوصی.

کیقباد، سلامت برای همه در هزاره سوم، ماهنامه توسعه سلامت و پزشکی، س ۲، ش ۱، فروردین ۱۳۸۲، ص ۲۹ و نیز شیری، علی، تأمین اجتماعی در اقتصاد مردم سالار، مجله رفاه اجتماعی، ش ۵، ۱۳۸۱، ص ۴۹.

¹ Ashr, Jadith, the right to health: a resource manual for NGOs, common wealth medical trust, London, 2004, p. 70.

² Gostin, Lawrence O. and Lazzarini Zita, human rights and public health in the Aids pandemic, Oxford University press, 1995, p. 38.

در واقع، اینگونه گفته اند که حق بر سلامت، هرچند در تبیین آن و در تحلیل قلمرو آن اختلافاتی وجود دارد لیکن ارزشی معادل دیگر حق های بشری دارد از جمله نمی توان حق بر حیات را به کسی داد اما حق بر سلامت را از او گرفت و او را در شرایط حیات غیر سالم قرار داد و یا نمی توان به بهانه حفظ سلامت فرد به حریم خصوصی او تعدی کرد.^۱ نکته دیگر اینکه، گفته شده که در تعریف حق بر سلامت باید آن را در عین استقلال ماهوی از دیگر حق های بشری، واجد پیوند وجودی با آن ها دید.^۲ با عنایت به مطالبی که ارائه شد، حق بر سلامت را در گفتمان های جدید، حق بر برخورداری از طیف متنوع تسهیلات، خدمات و شرایط ضروری برای تحقق سلامت تعریف کرده اند و بر این نکته تصریح نموده اند که این حق، شرایطی را دربرمی گیرد که امکان یک زندگی سالم برای افراد را در همه ابعادش فراهم کند.^۳ در کنار بررسی نظریات ارائه شده در مورد حق بر سلامت، نگاه به مفاد اسناد بین المللی مشعر بر حق های بشری و جایگاه حق بر سلامت در نظام بین المللی حقوق بشر، مفید بلکه ضروری است.

۱-۱-۲ جایگاه حق بر سلامت در نظام بین المللی حقوق بشر

حق بر سلامت، در نظام بین المللی حقوق بشر - که نشانگرهای این نظام را می توان عبارت دانست از اسناد بین المللی ناظر بر حق های بشری- به رسمیت شناخته شده است از جمله در بند (۱) ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر مبنی بر حق هر کس بر سطح زندگی کافی برای سلامتی خود و خانواده اش، بندهای (۱) و (۲) ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در خصوص حق بر بالاترین سطح قابل وصول سلامتی به همراه مصادیق و اقدامات عملی دولت ها در تحقق کامل این حق بشری، ماده ی ۵ کنوانسیون بین المللی راجع به محو کلیه اشکال تبعیض نژادی مبنی بر تضمین حق هر فرد انسانی فارغ از هر گونه تبعیض نسبت به سلامت عمومی، مادتین (۱۱) و (۱۲) کنوانسیون راجع به محو اشکال تبعیض علیه زنان درباره تکلیف دولت های عضو به اتخاذ اقدامات مقتضی در راستای

¹ Baderin mashood A. & Mc corquodale Robert, Economic, Social and Cultural Rights in Action ,Oxford University press, 2007, p.66.

² Gostin Lawrence O. and Lazzarini Zita, health and human rights, Ashgate publishing company, 2007, p. 53.

³ Gostin Lawrence O. and Lazzarini Zita, Perspectives on health and human rights, edited by safia Gruskin and Others, Routledge Taylor Franis Group, 2005, p. 33.

تضمین دسترسی یکسان زنان و مردان به خدمات مراقبت و سلامت و ماده (۲۴) کنوانسیون حقوق کودک مبنی بر حق هر کودک در برخورداری از بالاترین معیارهای بهداشتی و تسهیلات قابل حصول درمانی. همچنین برخی اسناد منطقه ای نیز حق بر سلامت را شناسایی کرده اند؛ ماده (۱۱) اصلاحی منشور اجتماعی اروپا، ماده (۱۶) منشور آفریقایی حقوق بشر و ملت ها، ماده (۱۰) پروتکل الحاقی به کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر در حوزه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی. اضافه باید نمود که بندهای اول و دوم ماده (۱۲) میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی با اتخاذ بیانی تمثیلی و غیرحصری، حق بر سلامت را حقی فراگیر شامل گونه های متنوع و مختلف سلامت دانسته است. کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل متحد نیز حق بر سلامت را حقی فراگیر تفسیر نموده که نه تنها شامل مراقبت های سلامت به موقع و مناسب بلکه دربردارنده عوامل اساسی تأثیرگذار بر سلامتی نظیر دسترسی به آب سالم آشامیدنی، نظافت عمومی، عرضه مناسب و کافی غذاهای سالم، مسکن مناسب، شرایط ایمن شغلی و بهداشت حرفه ای، محیط زیست سالم و دسترسی به آموزش و اطلاعات مرتبط با سلامت در همه ابعادش نیز می گردد.^۱

برخی عقیده دارند که حق بر سلامت، هم حاوی آزادی ها و هم شامل استحقاق هاست. استحقاق های مربوط به این آزادی ها مواردی اند از قبیل حق بهره مندی از نظام های حمایتی و تأمینی. از سوی دیگر، مفهوم «بالاترین سطح قابل حصول سلامتی» مذکور در بند (۱) ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بدون وجود بسترهای زیست شناختی، اجتماعی و اقتصادی از یک طرف و منابع مالی و انسانی در اختیار دولت از سوی دیگر مقدور و میسر نمی گردد. در عین حال این نکته را نیز باید بیفزاییم که کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل در نگارش ماده ۱۲ میثاق مورد اشاره، تعریف سلامت مندرج در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی به «وضعیت بهروزی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» را نپذیرفت.^۲ اما با وجود این، تاریخچه تدوین و عبارات صریح بند دوم ماده ۱۲ مورد اشاره به این اذعان دارد که حق بر سلامت، دربرگیرنده طیف وسیعی از عوامل

¹ Ibid p. 35.

² Gostin Lawrence O. & Lazzarini Zita, Realizing the Right to edited by Andrew Clapham and Others, 2009, available at: [//www.medicusmudi.org/](http://www.medicusmudi.org/)

اجتماعی و اقتصادی است که شرایط و وضعیتی را ارتقا می دهد که مردم بتوانند زندگی سالمی داشته و به عوامل اساسی موثر بر سلامتی نظیر آب سالم، تغذیه کافی و... دسترسی داشته باشند. بدین ترتیب است که حق بر سلامت را می توان حق- ادعایی دانست که افراد انسانی به واسطه آن، قابلیت برخورداری و استحقاق بهره مندی از تنوعی از تسهیلات، امکانات و خدمات سلامت را یافته و دولت های عضو به موجب معاهدات بین المللی بدان متعهد گردیده اند.

اما در کنار بررسی مفهوم حق بر سلامت، باید مولفه های مقوم این حق را نیز برشمرد و مورد تحلیل قرار داد. بررسی مولفه های مقوم حق بر سلامت، موضوع قسمت بعد از این نوشتار است.

۱-۲ مولفه های مقوم حق بر سلامت

به ویژه دو مولفه را می توان به عنوان قوام دهنده و تقویت کننده حق بر سلامت دانست؛ حق بر زیست سالم و حق بر ایمنی و محافظت. هر یک را مستقلاً تحلیل می کنیم.

۱-۲-۱ حق بر زیست سالم

زیست سالم در واقع چیزی جز برخورداری و بهره مندی از استانداردهای رفاهی در زندگی نیست. بنابر عقیده برخی، در مرکز حقوق رفاهی، حق بر استاندارد مناسب زندگی قرار دارد. (با استناد به اعلامیه جهانی حقوق بشر ماده ۲۵، میثاق بین المللی حقوق اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی ماده ۱۱ و کنوانسیون حقوق کودک ماده ۲۷) بهره مندی از این حق، مستلزم این است که هر شخص از حق های ضروری برای معاش و زیست بهره مند باشد. مفهومی کاملاً مرتبط با این معنا، مفهوم «مراقبت» و «مساعت» است. مراقبت و مساعت، در واقع اصلی ترین سازوکارهای صیانت از حق بهره مندی از زندگی سالم و استاندارد هستند. در میان حق های مرتبط با حق بهره مندی از زیست سالم، حق بر مساعت و مراقبت (میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ماده ۱۰، کنوانسیون حقوق کودک ماده ۱۰) و حق بر تأمین اجتماعی (اعلامیه جهانی حقوق بشر ماده ۲۵ و میثاق بین المللی حقوق

¹ Mark, Tushnet, Social welfare Rights and the forms of Judicial Review, Texas Law Review, Vol. 82, 2000, p. 30 and Dean, Halty, welfare, Law and Citizenship, University of Luton, California, First published, 1998, p.13.

اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ماده ۹ و کنوانسیون حقوق کودک ماده ۲۶) از اهمیت مضاعفی برخوردارند.

اینگونه توجیه کرده اند که یکی از مولفه های حق بر سلامت، حق بر زیست سالم است زیرا تنها در پرتو شناسایی و تضمین حق بر زیست سالم یا زیست برخوردار از استانداردها و حقوق رفاهی است که می توان حق بر سلامت را عینی و محقق دانست و تنها در فرض وجود استانداردهای رفاهی و برخورداری از سازوکارهای تضمین کننده آن است که می توان حق بر سلامت را مستقر محسوب نمود. بنابراین تا زمانی که فردی از استانداردهای رفاه بهره مند نباشد نمی توان گفت حق بر سلامت نسبت به وی جریان دارد. حق برخورداری از استانداردهای رفاه، به عنوان یک مبنا برای استحقاق هایی که می توانند مجموعه ای از استانداردهای مناسب برای زندگی را تضمین کنند عمل می کند.^۱ گفته شد که حق بر سلامت تنها به معنای حق بر بیمار نبودن یا بیمار شدن نیست بلکه گستره ای وسیع تر از این دارد. در عین حال «حق بر زیست سالم» مهم ترین موضوع داخل در گستره حق بر سلامت است. در واقع، ما فرد انسانی را برخوردار و منتفع از حق بر سلامت در همه ابعادش محسوب کرده ایم چون او حق دارد از زیست سالم بهره مند باشد و لذا بر فرض، اگر حق بر زیست سالم از وی گرفته شود، دیگر نمی توان مدعی بود که حق بر سلامت نیز نسبت به وی در جریان است.

پس می توان بر این ادعا پافشاری کرد که حق بر زیست سالم که در برخورداری از استانداردهای رفاهی متجلی است، مفهوم مقوم حق بر سلامت است. حال در این میان، مفهوم دیگری که می تواند در کنار حق بر زیست سالم، مفهوم حق بر سلامت را قوام بخشد، حق بر ایمنی و محافظت است که در واقع به نوعی گویای سازوکار تضمین حق بر سلامت نیز هست. آنگونه که برخی اعتقاد دارند، می توان حق بر زیست سالم یا استانداردهای رفاهی را تقویت کننده و تحکیم کننده و حق بر محافظت و ایمنی را تضمین کننده حق بر سلامت محسوب نمود. در ادامه در مورد حق بر محافظت و ایمنی سخن خواهیم گفت.

^۱ Clayton, Richard and Hugh Tomlinson, the Law of Human Rights, vol.1, Oxford University press, first published, 2001, p. 1346.

^۲ همتی، مجتبی، حقوق رفاه اجتماعی و اشکال کنترل قضایی، فصلنامه راهبرد، س ۱۸، ش

گفته شده که سازوکار اعمال حق بر سلامت و تضمین آن از سوی دولت در برابر شهروندان، تعهد به محافظت و ایمنی است به نحوی که شهروندان احساس کنند از بالاترین و یا دستکم از استانداردهای متعارف ایمنی بهره مندند و بدین ترتیب، حق بر سلامت خود را استقرار یافته و تضمین شده می یابند.^۱ نکته مهم آن است که با مطالعه در منابع موجود، می توان به این نتیجه رسید که گویا حق بر ایمنی و محافظت، در ارتباط با حق بر سلامت، اغلب در ارتباط با ایمنی و محافظت در برابر بیماری ها مورد توجه نظام هایی حقوقی بوده یعنی حق بر سلامت را تنها در معنای محدود و مضیق آن تصور کرده اند از جمله مثلاً در منشور حقوق بیماران در ایالات متحده، انگلستان و استرالیا، بر «حق دریافت مراقبت های ایمنی با کیفیت بالا» از سوی بیماران تصریح شده^۲ حال آنکه در مفهومی که ما از حق بر سلامت به دست دادیم، مفهوم و معنای موسع سلامت و حق بر سلامت مورد نظر بود و فقط یک جنبه آن، حق بر بیمار نبودن و بیمار نشدن شناخته شد. در معنای موسع، حق بر ایمنی و محافظت، معنایی معادل محافظت و تعهد به محافظت از افراد واجد حق بر سلامت در برابر همه مظاهر و زمینه ها و عوامل نقض حق بر سلامت دارد که همچنانکه گفته شد، به نوعی دلالت بر تعهد دولت ها در قبال شهروندانشان نیز دارد. گفته اند که حق بر ایمن بودن از مخاطرات و متعاقب آن، تکلیف دولت ها به اعمال حداکثر محافظت از شهروندان، لازمه بقای اجتماعی انسان و حافظ ارزش ها، حقوق بنیادین و شأن بشری انسان هاست.^۳ حق بر ایمنی و محافظت، امروزه به عنوان یکی از موضوعات صدرنشین در میان حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی مورد مطالبه و درخواست بشریت قرار گرفته است.

^۱ هولت، آلف جان، اصول بهداشت، ایمنی و محیط زیست در کار، ترجمه احمد فیاض بخش و محمد حیدری، نشر فن آوران، چ اول، ۱۳۸۹، ص ۲۷.

^۲ ملکی، روح الله، تأمین اجتماعی به عنوان یک حق بشری، نشریه حقوق اساسی، ش ۵، زمستان ۱۳۸۴، ص ۱۴۷.

^۳ همتی، مجتبی و اردشیر امیرارجمند، بررسی و تحلیل تضمینات حقوق اقتصادی و اجتماعی بین الملل (حقوق رفاهی) در نظام های حقوقی داخلی، مجله الهیات و حقوق، ش ۲۳، بهار ۱۳۸۶، ص ۴۴.

حق بر ایمنی و محافظت، طبق تفسیر و توجیهی که برخی ارائه داده اند، یک حداقل بسیار مهم برای زندگی متناسب با شأن انسان است و لذا از جمله حقوق ذاتی نوع بشر نیز می تواند محسوب شود. گفته شده که حق بر ایمنی و محافظت در واقع ترجمان تعهد محور از حق بر تأمین اجتماعی نیز هست. در این باره به مقدمه اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز استناد شده که اشعار می دارد؛ «...از آنجا که مردم ملل متحد، ایمان خود را به حقوق اساسی بشر و مقام و ارزش فرد انسانی و تساوی حقوق مرد و زن مجدداً در منشور اعلام کرده اند و تصمیم راسخ گرفته اند که به پیشرفت اجتماعی کمک کنند و در محیطی آزاد، وضع زندگی بهتری به وجود آورند...»

همچنین اظهار شده که در ماده ۲۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر در معنایی عام مقرر شده است که «هر کس به عنوان عضو اجتماع حق دارد و مجاز است به وسیله مساعی ملی و همکاری بین المللی، حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خود را که لازمه مقام و نمو آزادانه شخصیت اوست، با رعایت تشکیلات و منابع هر کشور به دست آورد.»

در این ماده، ایمنی (تأمین)، گویا به عنوان خمیر مایه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دانسته شده است. در ماده ۲۵ همین اعلامیه می خوانیم «۱- هر کس حق دارد سطح زندگانی، سلامتی و رفاه خود و خانواده اش را از حیث خوراک، مسکن و مراقبت های طبی و خدمات لازم اجتماعی تأمین کند و همچنین حق دارد که در مواقع بیکاری، نقص اعضاء، بیوه گی، پیری یا در تمام موارد دیگری که به علل خارج از اراده انسان، وسایل امرار معاش وی از بین رفته باشد، از شرایط آبرومندانه زندگی برخوردار شود. ۲- مادران و کودکان حق دارند از کمک و مراقبت مخصوص بهره مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج به دنیا آمده باشند، حق دارند از کمک و مراقبت مخصوص بهره مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج به دنیا آمده باشند، حق دارند که همه از یک نوع حمایت اجتماعی برخوردار شوند.»

به نظر می رسد حق بر تأمین (ایمنی و محافظت) بتواند دربردارنده بسیاری از حقوق رفاهی دیگر نیز باشد و بدین ترتیب از یک سو با حق بر زیست سالم و از دیگر سو با حق بر سلامت، واجد ارتباط تنگاتنگی خواهد بود. در هر حال، حق بر ایمنی و محافظت، یک مفهوم کاملاً مرتبط با حق بر سلامت است. همانند آنچه در مورد ارتباط حق بر سلامت با حق بر زیست سالم گفته شد، می توان ادعا کرد که

نمی توان حق بر سلامت را برای افراد شناسایی کرد اما حق آنان بر ایمنی و محافظت (حق بر تأمین) را مغفول گذاشت. زمانی حق بر سلامت نسبت به افراد مُجرا قلمداد می شود که آنان بتوانند در برابر همه مخاطرات و زمینه ها و عوامل و بستریهای خطر مورد محافظت قرار گیرند و دولت ها، تعهدات خود مبنی بر حفظ و ارتقای ایمنی آنان را جامه عمل بپوشانند.^۱

۲- تبیین ضرورت حمایت کیفری از حق بر سلامت مصرف کننده

حقوق خصوصی با ضمانت اجراهای قراردادی و غیر قراردادی می تواند از مصرف کننده در مقابل صاحب حرفه حمایت کند. اما آیا این حمایت کافی است؟ در حالی که نقض حقوق مصرف کنندگان در بلند مدت ضربات جبران ناپذیری به اقتصاد وارد می کند. بسیاری معتقدند که حمایت جمعی و عمومی بسیار مؤثرتر از دادن حقوق خصوصی گسترده به مصرف کننده است.^۲ حمایت از مصرف کننده باید در جهت تقویت و کنترل عملکرد بازار باشد و جبران خسارت فردی نمی تواند به تنهایی منافع اقتصاد را در بلند مدت تأمین کند. البته در این که اصولاً آسیب پذیری مدعی خصوصی از ضرر و زیان ناشی از

^۱ بنگرید به:

- Eide, A., Future Protection of economic and social rights in Europe, Bloed, A., monitoring human rights in Europe: Comparing International procedures and Mechanisms, 1993, p.70.
- Liebenberg, Sandra, the protection of economic and social rights in domestic legal systems, in: Eide, a., Economic, social and Cultural Rights, 2th eds., 2001 Martinus Nijhoff Publishers, p.77.
- Scheimin, Martin, Economic, social and Cultural rights as legal rights, in: Eide, A., Economic, Social and Cultural Rights, 2 th eds., 2001, Martinus Nijhoff publishers, p.103.
- Ostlin, Pirooska & Others, and Gender and health promotion: A multirectoral policy approach, Oxford University Press, 2007, p.70.
- Anand, P., Financing the Provision of Global public Goods, world Economy, 27(2), 2004, p.100.
- Bouergenthal, T., to Respect and Ensure: state obligations and permissible Derogations, in: Henkin, L.(ed). The International Bill of Rights, 3th eds., 1999. p. 72.

^۲ Beale, H., The Principles of European Contract Law and the Harmonization of The Laws of Contracts, Oxford Hart Publishing, 1997, pp. 24-25.

جرم محسوس تر از آسیب پذیری هیئت اجتماع و دولت است و تقدم حق خصوصی بر حق عمومی منطقی است، شکی نیست. حمایت از بزه دیده ایجاب می کند که در ابتدا از وی خسارت زدایی شود^۱. حقوق باید همگام با تحولات بشر به روز شود. حقوق خصوصی سنتی باید به چالش کشیده شود و تبدیل به حقوقی پویا گردد تا قادر به حمایت همه جانبه از مصرف کننده باشد^۲. جبران خسارت مادی و معنوی مصرف کننده هر چند ضروری و لازم است اما این احساس را در او بر می انگیزد که صاحب حرفه به راحتی قادر به تکرار عمل خود در نقض حقوق سایر مصرف کنندگان است. مسئولیت کیفری و مدنی مکمل هم هستند. به خصوص که با ظهور نظریه های جدید در مسئولیت مدنی تولید کنندگان که اصولاً بر اصل جبران خسارت تأکید دارند و نقش تقصیر در آن کم رنگ تر است و با پیدایش اندیشه های عدالت ترمیمی در حقوق کیفری با تأکید بر جبران خسارت بزه دیده، حقوق کیفری و حقوق خصوصی رسالت یکسانی را در پی گرفته اند.

در نگرش عدالت ترمیمی جرم، تعدی و تجاوز به افراد و روابط است و این تعدی و تجاوز موجب تعهداتی می شوند. هدف عدالت ترمیمی ایجاد بهبود و التیام برای کلیه کسانی است که از جرم متأثر شده اند^۳. در یازدهمین کنگره پیش گیری از جرم و عدالت کیفری سازمان ملل که در سال ۲۰۰۵ در وین (اتریش) برگزار شد، از عدالت ترمیمی به عنوان یکی از راه های اصلاح نظام عدالت کیفری یاد شده است. در این کنگره تأکید شده است در حالی که تنها حدود ۲۵ سال از ظهور عدالت ترمیمی می گذرد، این پارادایم در سطح جهانی به عنوان یکی از مهم ترین الگوهای تغییر و تحرک در عدالت کیفری سنتی مطرح شده است^۴.

در نتیجه استفاده از آموزه های نوین حقوق کیفری می تواند در عین حال که حقوق خصوصی افراد را تأمین کند، نظم اقتصادی و اجتماعی را نیز برقرار سازد. به خصوص در شرایط کنونی که بین قوانین ما و

^۱ ابراهیمی، پیمان، بزه دیده به منزله شاکی و حقوق او در مقررات کیفری ایران، مجله حقوقی دادگستری، شماره ۵۲-۵۳، پاییز و زمستان ۱۳۸۴، ص ۳۱۵.

^۲ Emiroglu, H, Food Produced Biotechnology: How Does The Law Protect Consumers?, International Journal of Consumer Studies, vol. 26, No. 3, September 2002, p. 204.

^۴ زهر، هوارد، کتاب کوچک عدالت ترمیمی، ترجمه حسین غلامی، انتشارات مجد، چاپ هشتم، ۱۳۹۳، صص ۴۲-۴۴.

^۵ غلامی، حسین، عدالت ترمیمی، نشر سمت، چاپ ششم، زمستان ۱۳۹۶، ص ۲۱۹.

اوضاع و احوال اقتصادی موجود در جامعه ما تناسب و هم‌آهنگی لازم موجود نیست. به این دلیل که تحولات اقتصادی ناشی از دوران توسعه کشور و همچنین همزمان شدن این وضعیت با گسترش و توسعه تکنولوژی و فن‌آوری اطلاعات موجب سهولت انجام فعالیت‌های اقتصادی و تجاری متقابلانه^۱ و نقض آشکار حقوق مصرف‌کننده و تهدید سلامت مصرف‌کننده به خصوص در مورد تولیدات دارویی و بهداشتی شده است.

تأمین و تضمین حق بر سلامت مصرف‌کننده از رهگذر سازوکارهای کیفی، در برخی نظام‌های حقوقی، از اهمیت و ضرورت بی‌چون و چرایی برخوردار است. در این زمینه، رویکرد اتحادیه اروپا قابل ذکر است. می‌توان گفت با همه اهمیتی که در برنامه‌های اتحادیه اروپا برای جرم‌زدایی وجود دارد، ضرورت بقای نظارت و حمایت کیفی از سلامت مصرف‌کنندگان از جمله حوزه‌هایی است که به صورت حداکثری، در دستور کار اتحادیه قرار دارد. هر چند که دولت‌ها امروز دریافته‌اند که استفاده از حقوق کیفی باید کنترل شود و بر این اساس، در برخی حوزه‌ها، استفاده از حقوق کیفی و سازوکارهای مبتنی بر مجازات دهی، محدود گردیده است اما در برخی حوزه‌های دیگر، این استفاده، نه تنها کمتر نشده بلکه گسترده‌تر نیز شده است که حوزه حمایت از حقوق مصرف‌کننده، یکی از بارزترین این حوزه‌هاست.^۲ بسیاری از نویسندگان معتقدند که استفاده از حقوق کیفی باید یک مبنای اصلی برای مقابله با نقض جدی حقوق مصرف‌کنندگان (مثلاً در حوزه سلامت و بهداشت) باشد. به عقیده ایشان، سازوکارهای مدنی، در نهایت، چه بسا نتوانند حمایت بایسته و شایسته‌ای از حقوق مصرف‌کننده به عمل آورند زیرا نهایت ضمانت اجرایی که می‌توان در این حوزه برای متخلف در نظر گرفت، جریمه‌ها و جزای نقدی است که برای اشخاص حقیقی یا حقوقی متمول و متمکن، چندان اثر بازدارندگی ندارد. ولی اعمال حمایت کیفی از حق سلامت مصرف‌کننده و اقدام به جرم‌انگاری رفتارهای ناقض حق بر سلامت و وضع و اجرای کیفر نسبت به این رفتارها، ضمن اینکه بازدارندگی به مراتب بیشتری به منظور جلوگیری از وقوع رفتارهای خسارت‌بار و آسیب‌رسان ایجاد می‌کند، در نهایت، حمایت بهتر و

^۱ ولیدی، محمد صالح، حقوق کیفی اقتصادی، نشر میزان، چاپ اول، ۱۳۸۶، ص ۴۲.

^۲ Cartwright, P., Crime, Punishment and Consumer Protection, Journal of Consume Policy, Vol. 30, 2007, p. 1.

به گفته این نویسنده از سال ۱۹۹۷، ۸۰ تخلف کیفی جدید در اروپا بوجود آمده است.

موثرتری از حقوق مصرف کننده به عمل می آورد. لازم به ذکر است که در اتحادیه اروپا در برخی حوزه‌ها مدتهاست که حمایت کیفری از مصرف کننده، نهادینه شده و فرض بر این قرار گرفته است که تبدیل این ضمانت اجراها به سازوکارهای غیر کیفری، ممکن است خسارت جبران ناپذیری به دنبال داشته باشد.^۱

۳- مفهوم و کارکرد دادخواهی پذیری (قابلیت دادخواهی یا قضاوت پذیری) حق بر سلامت مصرف کننده و اثر آن در تثبیت حمایت کیفری از آن

۳-۱ مفهوم دادخواهی پذیری حق بر سلامت مصرف کننده

امروزه در میان اکثریت قریب به اتفاق اعضای جامعه بین‌المللی، تمایل و گرایش‌های قابل توجه به سوی پذیرش، مطالبه پذیری و قضاوت پذیری حق بر سلامت مشاهده می‌شود به نحوی که معیارهای مبتنی بر پاسخگویی مقامات دولتی و اتخاذ تدابیر قضایی شایسته از جمله نکاتی است که نگاه ناظران بین‌المللی را به خود معطوف کرده است. در این میان، رسانه‌های ارتباط جمعی از نقش و اهمیت کلیدی برخوردارند به طوری که آن‌ها را می‌توان دیدبان‌ها و ناظران اقدامات و فعالیت‌های مسولان و موثر در افزایش و ارتقای جریان اطلاعات به روی مردم دانست.

در همین جا باید تصریح شود که دولت ایران نیز از آنجا که به میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پیوسته و تعهدات راجع به حق بر سلامت را پذیرفته، لذا متعهد به ایفای این تعهدات خواهد بود. گفته شده که حق بر سلامت به عنوان یک حق بشری، منطبق با قواعد حقوق بین‌الملل عرفی، مورد پذیرش رسمی دولت ایران قرار گرفته و تعهدات ناشی از آن برای دولت‌ها موجب مسئولیت بین‌المللی آن‌هاست.^۲

میزان پای‌بندی دولت‌ها به تعهداتی که در راستای تأمین حق بر سلامت شهروندانشان قبول کرده‌اند و تعهداتی که در جهت کاهش پیشگیری از وقوع جرائم ضد حق بر سلامت و مقابله با این قبیل جرائم (مانند جرائم مرتبط با مواد مخدر از قبیل تولید، توزیع، قاچاق، خرید و فروش و مصرف) پذیرفته‌اند، به ویژه از درجه قضاوت‌پذیری حق بر سلامت و در واقع، امکان مطالبه این حق از طرق

¹ Ibid. p. 2.

² Report of The International Narcotics Control Board, Shared Responsibility in International Drug Control, INCB, 2010, pp.1-8.

قضایی در قلمرو سرزمینی آن‌ها و توسط شهروندان آن‌ها قابل استنباط و استنتاج است. از این رو برخی گفته‌اند که قابلیت دادخواهی حق بر سلامت، از جمله ویژگی‌های مهم این حق در حقوق بین‌الملل معاصر است و چنانچه دولتی، سازوکارهای دادخواهی نسبت به موارد نقض حق‌های بشری از جمله حق بر سلامت را در نظام حقوقی خود ایجاد نکرده باشد، می‌توان در صحت ادعای آن دولت مبنی بر تأمین و تضمین حق بر سلامت تردید کرد.^۱

۲-۳ رویکردهای بین‌المللی در مورد دادخواهی پذیری حق بر سلامت

در این زمینه، با عنایت به امکان رسیدگی قضایی به موارد نقض حق بر سلامت، سه تعهد مهم «احترام به حق سلامت شهروندان»، «حمایت قضایی از حق بر سلامت شهروندان» و «ایفاد(ایفای) حق بر سلامت شهروندان» برای دولت‌ها منظور شده‌اند.^۲ یک نمونه بسیار جالب که معتقدین به قضاوت‌پذیری حق بر سلامت ذکر کرده‌اند، دعوایی است که از جانب گروهی از هواداران محیط زیست در دادگاه قانون اساسی اکوادور در ۱۹۹۰ اقامه شده است. آن‌ها شرکت دولتی استخراج نفت را متهم کردند که بند ۲ ماده ۱۹ قانون اساسی اکوادور که دربرگیرنده حق زیستن در محیط عاری از آلودگی است را نقض کرده‌اند. دادگاه قانون اساسی اکوادور در سپتامبر ۱۹۹۰ به اتفاق آراء اعلام داشت که برنامه‌های استخراج نفت در پارک ملی یاسونی اکوادور، بند ۲ ماده ۱۹ قانون اساسی اکوادور را نقض می‌کند. نتیجتاً تعهد دولت مبنی بر عدم آلوده‌ساختن پارک ملی بر اساس حق زیستن در محیط سالم و حق بر سلامت، قابل مطالبه قضایی محسوب شد.^۳

نمونه دیگر، تصمیم اداره بازرسی ملی هلند راجع به سرایت ویروس ایدز از طریق فراورده‌های خونی است. بند ۱ ماده ۲۲ قانون اساسی هلند مقرر می‌دارد که «مسئولین باید در جهت ارتقای بهداشت و سلامت مردم اقدام کنند.» مفاد این ماده همچنانکه حق فرد بر سلامت و بهداشت را به رسمیت

² Dorfman, L. & Ohters, More than a message: Framing Public Health Advocacy to change corporate practices, Health Education & Behavior, vol. 32(3), 2005 p. 120.

² Taylor, S., Wealth, health and equity, university of London, WC1E6BT, 2009, pp. 1-19.

³ Center for economic and social rights, rights violations in the Ecuadorian amazon, 1994, p. 29.

می‌شناسد، تعهد عام مسئولان هلند را ناظر بر ارتقای بهداشت و سلامت اعلام می‌کند. همسو با همین دیدگاه، اداره بازرسی ملی هلند اعلام داشت که بند ۱ ماده ۲۲، حکومت را مورد خطاب قرار می‌دهد و لذا این حق، قابل مطالبه قضایی است. این نهاد اضافه می‌کند که دولت می‌توانست به نحو فعال‌تری در جهت ارتقای سلامت دخالت کند.^۱

در اسناد بین‌المللی، حق دادخواهی نسبت به حقوق مسلم و اساسی بشری محفوظ دانسته شده است. در ماده ۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر می‌خوانیم: «در برابر اعمالی که حقوق اساسی فرد را مورد تجاوز قرار بدهد... هر کس حق رجوع به محاکم ملی صالح را دارد.» بعلاوه بند اول ماده ۱۴ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی مقرر کرده که هر کس حق دارد به اینکه دادخواهی‌اش منصفانه و علنی در یک دادگاه صالح، مستقل و بی‌طرف و طبق قانون رسیدگی شود. مطابق بند(ب) ماده ۱۹ اعلامیه حقوق بشر اسلامی، مراجعه و پناه‌بردن به دادگاه(تظلم)، حقی است که برای همه تضمین شده است.

۳-۳ دادخواهی پذیری حق بر سلامت در حقوق ایران

در اصل ۳۴ قانون اساسی کشور خودمان نیز دادخواهی حق مسلم هر فرد شناخته شده است. در هر صورت، حمایت‌های قضایی از حق‌های بشری، مستلزم وجود نهادهای قضایی و برقراری سازوکارهای مناسب و تشریفات لازم است. در ایران، تا حدودی نهادهای قضایی و شبه قضایی صالح به رسیدگی به شکایت‌ها و دعاوی علیه نهادها و مراجع متولی سلامت از جمله بیمارستان‌ها، پزشکان، پرستاران و... شکل گرفته‌اند؛ از جمله در سازمان نظام پزشکی، در واحدهای مربوط، به تخلفات کادرهای پزشکی، بیمارستانی و پرستاری رسیدگی می‌شود و یا به استناد ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷، در مرکز هر استان، کمیسیون ماده ۱۱ قانون تعزیرات تشکیل می‌شود که وظیفه این کمیسیون‌ها اظهارنظر در مورد پرونده‌های مطرح در آن‌هاست. اصلی‌ترین وظایف محوله به این کمیسیون، رسیدگی به جرائم پزشکی، رسیدگی به جرائم دارویی و رسیدگی به جرائم مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی است.

¹ Public report of the national ombudsman, 19 July 1995: HIV-Besmetting van hemofilie - patient, NJCM- Bulletin, vol. 20, No. 8, 1995, pp.1005-1033.

با این همه به نظر می‌رسد حمایت‌های قضایی از حق بر سلامت در کشور ما چندان قوی نیست در حالیکه در بیشتر دیگر کشورها اینگونه حمایت‌ها مبتنی بر یکی از اصلی‌ترین مؤلفه‌ها و ویژگی‌های حق بر سلامت یعنی قضاوت‌پذیری و مطالبه‌پذیری آن هستند و لذا تأکید مسئولان و دست‌اندرکاران، بر اعمال قوی‌ترین حمایت‌های قضایی از حق بر سلامت است. هرچند گاه و بیگاه مسئولان قوه قضایی از عزم این قوه برای حمایت از طرح‌های حامی سلامت مردم حکایت می‌کنند لیکن به نظر می‌رسد تشکیلات ساختاری- قضایی مربوط به اعمال حمایت‌های قضایی از حق بر سلامت در کشور ما آنگونه که باید و شاید تعریف و ایجاد نشده‌اند.

۳-۴ اثر دادخواهی‌پذیری حق بر سلامت مصرف‌کننده در تثبیت حمایت کیفری آن

گفته شده است که بخش و جزء مهمی از فرایند تثبیت حمایت کیفری از حق بر سلامت مصرف‌کننده، دادخواهی‌پذیر کردن یا قضاوت‌پذیر نمودن آن است به نحوی که مصرف‌کننده ای که سلامت خود را به سبب مصرف کالایی خاص (از جمله دارو یا مواد خوراکی) نقض شده یا در معرض نقض می‌بیند، باید بتواند ضمن مراجعه به مراجع قضایی، اقدام به طرح شکایت کیفری از تولیدکننده یا توزیع‌کننده متخلف کرده و اعمال قوانین کیفری را نسبت به وی مطالبه نماید. به عقیده برخی، قضاوت‌پذیر کردن حق بر سلامت مصرف‌کننده، بیش از هر سازوکار دیگری می‌تواند در تثبیت و تحکیم حمایت کیفری از این حق، موثر باشد زیرا در صورت تأمین و تضمین شرایط برای قضاوت‌پذیری این حق، تولیدکننده یا توزیع‌کننده، درخواهد یافت که تخلف وی، صرفاً با ضمانت اجرای اداری یا مدنی روبرو نخواهد بود بلکه ضمانت اجرای کیفری نیز در کمین اوست. بر این اساس، مصرف‌کننده، نه تنها حق دارد که با اقامه دعوی حقوقی، تولیدکننده یا توزیع‌کننده را ملزم به تعمیر کالا، تعویض، مطالبه ارجش و فسخ قرارداد و پرداخت تمامی خسارات وی از حیث مدنی کند، بلکه حق دارد که از آن‌ها به دادگاه کیفری شکایت برده و محکومیت جزایی آن‌ها را خواستار شود. در واقع می‌توان گفت اعطای جنبه کیفری و جزایی به موضوع، به مراتب نسبت به زمانی که صرفاً جنبه حقوقی یا مدنی برای آن مطرح باشد، اثر بازدارندگی و پیشگیرانه از وقوع تخلف و جرم نسبت به مصرف‌کننده و حقوق وی، ایجاد می‌کند. بدین ترتیب، می‌توان از دادخواهی‌پذیر کردن حق بر سلامت مصرف‌کننده را در واقع، حلقه مکمل

فرایند حمایت حقوقی از این حق، معرفی کرد که بدون وجود آن، در حقیقت، این فرایند، چه بسا ابتر و بی نتیجه باقی بماند.

۴- ارائه خدمت با رعایت شأن، کرامت و باورهای دینی

واژه Dignity معادل انگلیسی واژه شأن است و از دو کلمه لاتین «dignities» به معنای لیاقت شایستگی و «dingus» به معنای «ارزش و بها» مشتق شده است.^{۲۱}

در اعلامیه جهانی حقوق بشر ۱۹۴۸ مجمع عمومی سازمان ملل متحد به اهمیت شأن و مقام به عنوان پایه‌ی اساسی سلامت انسان تأکید شده است. سازمان بهداشت جهانی نیز در اعلامیه‌ی ۱۹۴۴، آمستردام توجه به شأن و مقام را در ارتقاء سلامت بیماران یک فاکتور مهم قلمداد می‌کند.^{۴۳}

از مفهوم شأن دو جنبه‌ی کلی شأن انسانی و شأن اجتماعی استنباط می‌شود. شأن انسانی یک ارزش ذاتی و جدایی‌ناپذیر است که به هر فرد تعق دارد، قبل‌اندازه‌گیری و مقایسه‌نبوده، و از طرفی به چیزی نیز وابسته نمی‌باشد. شأن اجتماعی در شأن انسانی نهفته شده و یکی از پیامدهای آن به رسمیت فرد است. برخلاف شأن انسانی، شأن اجتماعی بستگی به شرایط دارد، تجربی بوده، قابل اعطاء قابل مقایسه و قابل کسب کردن از طریق تعاملات اجتماعی است.^{۴۴} همچنین بایستی به باورهای دینی فرد احترام گذاشته شود و بدون توجه به دین و مذهب وی خدمات سلامت همانند دیگر افراد در اختیار وی قرار داده شود. زیرا قبل از هر چیز وی یک انسان است و بایستی همانند سایر انسانها از نعمت سلامتی و حق درمان برخوردار باشد.

^۱ 14;4002.737

^۲ - Mattie MR, Torrey G. perceptual adjustment levels .patient's perception of their dignity in the hospital setting. Into J nurse stud

^۳ - تابنده صادقی، ناهید دهقان نیری، «شأن و منزلت بیمار» مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی سوم، شماره‌ی ۱، زمستان ۸۸ ص ۱۲.

^۴ - Universal Declaration of Human Rights. Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) and WHO Declaration on promotion of the patient's rights in Europe Amsterdam 1994.

منشور حقوق بیمار در این زمینه مقرر می‌دارد: «ارائه خدمات سلامت باید شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد».

(بند ۱-۱ منشور حقوق بیمار)

شأن و منزلت زمانی حفظ می‌شود که شخص قادر به کنترل و رفتارها و محیط اطراف خود، دریافت اطلاعات و تصمیم‌گیری بوده، و از وضعیت جسمی و روحی خود احساس راحتی نماید. احترام به خود، عزت نفس و حریم مهم‌ترین پارامترهایی هستند که می‌توان مفهوم شأن را با آن‌ها شرح داد. در صورتی که بر اساس این بند، شأن و منزلت بیمار رعایت نگردد، آیا حمایت کیفری از این حق شده است یا خیر؟

شاید بتوان مطابق ماده ۲ آئین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که مقرر می‌دارد: «شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته، مکلف اند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی - سیاسی و اقتصادی بیماران، حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف قانونی و حرفه‌ای خود به کار ببرند» عدم رعایت این حق را مشمول این ماده دانست؛ به گونه‌ای که از این حق از طریق آئین‌نامه‌های انتظامی پزشکی حمایت شده است، اما در قوانین کیفری از چنین حقی حمایت نشده و در نتیجه بیمار یا مصدوم در صورت نقض این حق خود بایستی به مراجع انتظامی پزشکی مراجع و نمی‌تواند از طریق مراجع دادگستری شکایت کیفری نماید.

مطابق م ۲۹ آئین‌نامه مذکور که ناظر به مجازات‌های موضوع تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳/۸/۱۶: «متخلفان از مواد ۲، ... این آیین‌نامه حسب مورد به مجازات‌های مقرر در بندهای الف) (یا ب) محکوم می‌شوند. این مجازات‌ها که در تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی به آن اشاره شده است شامل:

الف) تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیأت مدیره نظام پزشکی محل.

ب) اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل^۵ می‌باشند.

دریافت خدمات صادقانه، محترمانه

حداکثر تدوین کنندگان منشور حقوق بیمار، ظاهراً آن قدر به فکر حقوق بیمار بوده اند که از پزشکان، پرستاران و دیگر کسانی که با بیمار یا مصدوم سرو کار دارند از آن ها انتظار دارند همانند مادری مهربان و پدري دلسوز با بیماران رفتار کنند و با آن ها برپایه صداقت صحبت کنند. در همین راستا بوده که منشور حقوق بیمار در مورد ارائه خدمات سلامت بایستی: «برپایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.» (بند ۲-۱ منشور حقوق بیمار) در صورتی که به نظر می رسد با توجه به حجم بیماران در کشور و کمبود امکانات درمانی و ... این بند در حد یک حقوق آرمانی باشد که قابل رعایت نیست. به هر حال اگر در ضمن صحبت های شان که بایستی با ادب و مهربانی باشد. به بیمار یا مصدوم توهین نمایند عمل ارتكابی شان مشمول توهین م ۶۰۸ ق. تعزیرات می باشد که مقرر می دارد: «توهین به افراد از قبیل فحاشی و استعمال الفاظ رکیک چنانچه موجب حد قذف نباشد به مجازات شلاق تا ۷۴ ضربه و یا پنجاه هزار تا یک میلیون ریال جزای نقدی خواهد بود».

البته بایستی این نکته را افزود که صرف عدم رعایت ادب، همانند سلام نکردن هنگام پذیرش مشمول این ماده نیست. بنابراین این بیمار این حق را دارد در صورتی که به وی در ضمن دریافت خدمات سلامت توهین نمایند، شکایت کند .

نتیجه گیری

اولین و مهمترین وظیفه هر حکومتی، فراهم نمودن امنیت مردم و مقابله با تهدیداتی است که سلامت جامعه را به مخاطره انداخته و راه رشد و کمال و بالندگی را از آنها سلب می نماید. از آنچه گذشت، می توان نتیجه گرفت، «سلامت» صرفاً به معنای فقدان بیماری نیست بلکه بهزیستی و آسایش کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و حتی معنوی است. هرچند این تعریف بسیار آرمان گرایانه و دور از دسترس به نظر می رسد و مجادلات فراوانی را در عرصه سلامت برانگیخته و موجبات مناقشات و ابهامات زیادی در تعیین معیارها و شاخص های کاربردی آن را فراهم ساخته است ولی نشانگر ایده ها و آمال انسانی برای حصول به یک زندگی متعالی است که استانداردها و نرم های جدیدی را نوید می دهد.

از سوی دیگر، «حق بر سلامت» حق بر سالم بودن نیست چراکه ممکن است فردی سالم به نظر آید ولی تندرستی‌اش را از دست رفته بیابد و بالعکس و مهم تر آنکه، «حق بر سلامت»، هم حاوی آزادی‌ها و هم دربرگیرنده استحقاق هاست. آزادی‌ها شامل حق کنترل سلامت و جسم خود، نظیر: آزادی سلامت جنسی و تولید مثل و حق آزاد بودن از مداخلات پزشکی، حق آزاد بودن از شکنجه، حق آزاد بودن از مداوا و آزمایش‌های پزشکی غیررضائی است. در مقابل، استحقاق‌های مربوط به این حق، شامل حق بر بهره‌مندی از سیستم حمایت سلامتی است که عدم تبعیض در دسترسی به خدمات سلامت و برابری فرصت‌های مساوی برای مردم، در بهره‌مندی از خدمات سلامت را به ارمغان می‌آورد.

همچنین دسترسی به بالاترین سطح قابل حصول سلامت، هدفی دور دست تلقی می‌گردد زیرا هم مستلزم پیش شرط‌های زیستی، اجتماعی و اقتصادی فرد و هم نیازمند منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی در اختیار دولت می‌باشد. بدینسان تحقق کامل حق بر سلامت، مستلزم بهره‌گیری از تمامی پتانسیل‌ها و ساز و کارهای تقنینی، قضائی و اجرایی است. بدینسان مشخص می‌گردد که حق‌های مربوط به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و از جمله حق بر سلامت، حق- ادعایی هستند که از یک طرف دولت‌ها را در برابر افراد انسانی متعهد می‌سازد و از طرف دیگر افراد را در برابر دولت‌ها و سازمانهای مسئول و ناظر بر امور سلامت صاحب حق می‌نماید. بنابراین حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت، حق- ادعایی است که لازمه تحقق، تأمین و تضمین آن، وجود متعهد در طرف دیگر می‌باشد، هرچند محدودیت‌های نظری و موانع عملی فراوانی در جهت تحقق این حق بشری وجود دارد.

همین خاصیت، ویژگی برجسته دیگری به حق بر سلامت می‌دهد و آن، دادخواهی پذیری آن یا قابلیت اقامه دعوا یا شکایت نسبت به موارد نقض آن از سوی دولت یا اشخاص در دادگاه است. در این باره گفته شد که نمی‌توان به وجود حق بر سلامت تصریح و اعتراف کرد اما تأمین و تضمین آن را به ویژه از راه دادخواهی پذیری آن تحقق بخشید. در این معنا دادخواهی پذیری به طور دقیق، به این مفهوم است که هر یک از شهروندان که به نحوی حق بر سلامت خود را در معرض نقض یا نقض شده دید، بتواند به مرجع قضایی صالح مراجعه و علیه ناقض حق خود خواه دولت باشد و خواه اشخاص حقیقی، اقامه دعوی حقوقی یا شکایت کیفری کند. در تکمیل این مطلب همچنین گفته شده است که تأمین حق بر سلامت بدون تضمین قضایی آن، نقض غرض و ادعای دولتی که مدعی تأمین حق بر سلامت

شهروندان خود اما نمی خواهد یا نمی تواند در تضمین قضایی آن گامی بردارد، قابل تردید است. به نظر می رسد وضعیتی که در حال حاضر در کشورمان شاهد هستیم، بیشتر با فرض اخیر و کمتر با رویه مرسوم در سطح بین المللی و در بسیاری دیگر از کشورها منطبق است.

دادخواهی پذیری حق بر سلامت، از یک سو نسبت به مصرف کنندگانی که این حق خود را نقض شده یا در معرض نقد می بینند، از اهمیت و جایگاه خاصی برخوردار است و از سوی دیگر، می تواند مکمل همه فرایندها و سازوکارهایی محسوب شود که در جهت حمایت کیفری از حق بر سلامت مصرف کننده اعمال شده و به اجرا درمی آید. بر این اساس، یک مفروض اساسی که می تواند مبنای اقدام سیاستگذاران و قانونگذاران در عرصه حمایت بایسته و شایسته حقوقی از حق سلامت مصرف کننده قرار گیرد، این است که اولاً حمایت کیفری از این حق را جدی بگیرند و ثانیاً با قضاوت پذیر کردن موارد و مصادیق نقض این حق، حمایت جامع تر و کامل تری از این حق به عمل آورند و به تعیین و اجرای ضمانت اجراهای مدنی و حقوقی بسنده نکنند.

منابع و مأخذ

۱. اسالمی تبار، شهریار، الهی منش، محمدرضا، مجموعه کامل قوانین و مقررات پزشکی، تهران: مجد، چاپ اول، ۱۳۸۸.

۲. الهی منش، محمدرضا، حقوق کیفری و تخلفات پزشکی، تهران: مجد، چاپ اول، ۱۳۸۷.

۳. پوربافرانی، حسن، جرایم علیه اشخاص (صدمات جسمانی)، تهران: جنگل، چاپ اول، ۱۳۸۸.

۴. جعفری لنگرودی، محمدجعفر، ترمینولوژی حقوق، چاپ هفدهم، تهران: انتشارات گنج دانش، ۱۳۸۶.

۵. جوایی، سودابه "منشور حقوق بیمار و راهکارهای ارتقاء آن"، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دوم، شماره ششم، پاییز ۱۳۸۷.

۶. صادقی، تابنده، دهقان نیری، ناهید، "شأن و منزلت بیمار" مجله اخالق و تاریخ پزشکی، دوره ی سوم، شماره ی ۱، زمستان ۱۳

۷. ابراهیمی، پیمان، بزه دیده به منزله شاکی و حقوق او در مقررات کیفری ایران، مجله حقوقی دادگستری، شماره ۵۲-۵۳، پاییز و زمستان ۱۳۸۴.

۸. ابراهیمی، صمد، حق بر سلامتی، انتشارات پژوهشکده باقرالعلوم (ع)، قم، چ اول، ۱۳۹۱.

۹. اکبری، مجید و عباس زارع نژاد، سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چ اول، ۱۳۸۵.
۱۰. بالینی، حسن، جستاری نقادانه در نظام حقوقی تأمین اجتماعی ایران، فصلنامه حقوق (مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران)، دوره ۳۸، ش ۴، ۱۳۸۷.
۱۱. بهدین، کیقباد، سلامت برای همه در هزاره سوم، ماهنامه توسعه سلامت و پزشکی، س ۲، ش ۱، فروردین ۱۳۸۲.
۱۲. پارک، جی. آی. و ک. پارک، کلیات خدمات بهداشتی، ترجمه حسین شجاعی تهرانی و حسن ملک افضلی، انتشارات سماط، چ اول، ۱۳۸۷.
۱۳. تویی، بریژیت، حق بر بهداشت، ترجمه علی کمالی، انتشارات مجد، چ اول، ۱۳۸۸.
۱۴. زارعی، مرتضی، بررسی ابعاد حقوقی حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق بشر، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ۱۳۸۹.
۱۵. زهر، هوارد، کتاب کوچک عدالت ترمیمی، ترجمه حسین غلامی، انتشارات مجد، چاپ هشتم، ۱۳۹۳.
۱۶. سیدموسوی، میرسجاد، حق سلامت و الزامات دولت ها، رساله دکتری حقوق عمومی، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۹۲.
۱۷. شجاعیان، خدیجه، حق بر سلامت؛ تحلیل تطبیقی اسناد بین المللی حقوق بشر و نظام حقوقی ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق عمومی، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۸۸.
۱۸. شیری، علی، تأمین اجتماعی در اقتصاد مردم سالار، مجله رفاه اجتماعی، ش ۵، ۱۳۸۱.
۱۹. غلامی، حسین، عدالت ترمیمی، نشر سمت، چاپ ششم، زمستان ۱۳۹۶.
۲۰. ملکی، روح الله، تأمین اجتماعی به عنوان یک حق بشری، نشریه حقوق اساسی، ش ۵، زمستان ۱۳۸۴.
۲۱. همتی، مجتبی و اردشیر امیرارجمند، بررسی و تحلیل تضمینات حقوق اقتصادی و اجتماعی بین الملل (حقوق رفاهی) در نظام های حقوقی داخلی، مجله الهیات و حقوق، ش ۲۳، بهار ۱۳۸۶.
۲۲. همتی، مجتبی، حقوق رفاه اجتماعی و آشکال کنترل قضایی، فصلنامه راهبرد، س ۱۸، ش ۵۰، بهار ۱۳۸۸.
۲۳. هولت، آلف جان، اصول بهداشت، ایمنی و محیط زیست در کار، ترجمه احمد فیاض بخش و محمد حیدری، نشر فن آوران، چ اول، ۱۳۸۹.

۲۴. ولیدی، محمد صالح، حقوق کیفری اقتصادی، نشر میزان، چاپ اول، ۱۳۸۶.

Anand, P., Financing the Provision of Global public Goods, world Economy, ۲۵
27(2), 2004.

Ashr, Jadith, the right to health: a resource manual for NGOs, common wealth ۲۶
medical trust, London, 2004.

Baderin mashood A. & Mc corquodale Robert, Economic, Social and Cultural ۲۷
Oxford University press, 2007. ,Rights in Action

Beale, H., The Principles of European Contract Law and the Harmonization of ۲۸
The Laws of Contracts, Oxford Hart Publishing, 1997.

Bouergenthal, T., to Respect and Ensure: state obligations and permissible ۲۹
Derogations, in: Henkin, L.(ed). The International Bill of Rights, 3th eds.,
1999.

Cartwright, P., Crime, Punishment and Consumer Protection, Journal of ۳۰
Vol. 30, 2007.,Consume Policy

Center for economic and social rights, rights violations in the Ecuadorian ۳۱
amazon, 1994.

Clayton, Richard and Hugh Tomlinson, the Law of Human Rights, vol.1, ۳۲
Oxford University press, first published, 2001.

Dean, Halty, welfare, Law and Citizenship, University of Luton, California, ۳۳
First published , 1998.

More than a message: Framing Public Health ,Dorfman, L. & Ohters.۳۴
Health Education & Behavior, vol. ,Advocacy to change corporate practices
32(3), 2005

Eide, A., Future Protection of economic and social rights in Europe, Bloed, A., ۳۵
monitoring human rights in Europe: Comparing Internaltional procedures and
Mechanisms, 1993.

Emiroglu, H, Food Produced Biotechnology: How Does The Law Protect ۳۶
Consumers?, International Journal of Consumer Studies, vol. 26, No. 3,
September 2002.

George P. Smith, Human Rights and Bioethics: Formulating a Universal Right ۳۷
to Health: Health care or health protection? Vanderbilt Journal of
Transnational Law, No. 38, 2008.

- Gostin Lawrence O. & Lazzarini Zita, Realizing the Right to edited by Andrew . ۳۸
Clapham and Others, 2009.
- Gostin Lawrence O. and Lazzarini Zita, health and human rights, Ashgate . ۳۹
publishing company, 2007.
- Gostin Lawrence O. and Lazzarini Zita, Perspectives on health and human . ۴۰
rights, edited by safia Gruskin and Others, Routledge Taylor Franis Group,
2005.
- Gostin, Lawrence O. and Lazzarini Zita, human rights and public health in the . ۴۱
Aids pandemic, Oxford Uniiversity press , 1995.
- Labontee, R. & Others, Trade and and Health, In: Williams, O.P. & Kay, A., . ۴۲
(eds.), Global Health Governance: Crisis, intstitutions and political economy,
London, Palgrave Mc. millan, 2009.
- Liebenberg, Sandra, the protection of economic and social rights in domestic . ۴۳
legal systems, in: Eide, a., Economic, social and Cultural Rights, 2th eds., 2001
Martinus Nijhoff Publishers.
- Mark, Tushnet, Social welfare Rights and the forms of Judicial Review, Texas . ۴۴
.Vol. 82, 2000 ,Law Review
- Ostlin, Piroska & Others, and Gender and health promotion: A multirectoral . ۴۵
policy approach, Oxford University Press, 2007.
- Public report of the national ombudsman, 19 july 1995: HIV- Besmething van . ۴۶
hemofilie - patient, NJCM- Bulletin, vol. 20, No. 8, 1995.
- Randall, R. C., Principles and Foundation of Health promotion and Education, . ۴۷
New York, Allyn Bacon Inc., 1999.
- Report of the international narcotics control board, shared responsibility in . ۴۸
international drug control, INCB, 2010.
- Scheimin, Martin, Economic, social and Cultural rights as legal rights, in: Eide, . ۴۹
A., Economic, Social and Cultural Rights, 2 th eds., 2001, Martinus Nijhoff
publishers.
- Wealth, health and equity, university of London, WC1E6BT, 2009. ,Taylor, S. . ۵۰