Original Article **Open Access**

Health Law Journal

2024; 2: e21

International ThinkTank of Human Dignity | The Bioethics and Health Law Institute | The Iranian Association of Medical Law

The Evolution of the Concept of Health Rights: From Historical Foundations to Philosophical Genealogy and Contemporary Challenges

Seyed Reza Ehsanpour[1]

1. Department of Criminal Law, Faculty of Humanity, University of Shahed, Tehran, Iran; Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: The concept of the right to health, as a fundamental pillar of human rights and social policy, has undergone profound transformations in the context of historical, philosophical and technological developments.

Methods: This research adopts a descriptive-analytical approach.

Ethical Considerations: All ethical consideration was observed.

Results: This article traces the historical and cultural roots of the right to health from ancient civilizations to the contemporary world and analyzes its philosophical foundations through the dichotomy of negative and positive rights, as well as a comparative analysis of liberal, socialist and religious traditions. Accordingly, it discusses the boundaries of state and individual intervention, distributive justice and human dignity at the intersection of theory and practice. The study further explores contemporary challenges such as globalization of health, the emergence of novel technologies (digital health, artificial intelligence), intergenerational justice and environmental issues, thereby expanding the conceptual scope of health law. National and international policy examples, issues faced by vulnerable groups and real-life experiences - such as the COVID-19 pandemic and judicial case studies - highlight the implementation and challenges of the right to health. The article underscores the necessity of synergy between legal policy and medical ethics and emphasizes a future-oriented, participatory approach to the equitable realization of the right to health.

Conclusion: The article underscores the necessity of synergy between legal policy and medical ethics and emphasizes a future-oriented, participatory approach to the equitable realization of the right to health.

Keywords: Right to Health; Distributive Justice; Digital Health; Philosophical Foundations; Health Policy

Corresponding Author: Seyed Reza Ehsanpour; **Email:** Ehssanpour@Gmail.com

Received: December 06, 2024; **Accepted:** February 16, 2025; **Published Online:** March 17, 2025

Please cite this article as:

Ehsanpour SR. The Evolution of the Concept of Health Rights: From Historical Foundations to Philosophical Genealogy and Contemporary Challenges. Health Law Journal. 2024; 2: e21.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

Copyright©2024, the Authors. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format for any purpose, even commercially) and Adapt (remix, transform and build upon the material for any purpose, even commercially) under CC BY 4.0 terms.

دسترسی آزاد | مقاله پژوهشی

مجله حقوق سلامت

دوره دوم، ۱۴۰۳

تحول مفهوم حقوق سلامت: از مبانی تاریخی تا تبارشناسی فلسفی و چالش‌های معاصر

سیدرضا احسان‌پور[۱]

۱. گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران؛ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی مازندران، ساری، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مفهوم حقوق سلامت، امروزه به عنوان یکی از بنیادی‌ترین ارکان حقوق بشر و سیاستگذاری اجتماعی، در بستر تحولات تاریخی، فلسفی و فناورانه دستخوش تحولاتی اساسی شده است. در پایان، بر لزوم هم‌افزایی میان سیاستگذاری حقوقی و اخلاق پزشکی و اهمیت نگاه آینده‌نگر و مشارکت‌محور جهت تحقق عادلانه حق سلامت تأکید می‌شود.

روش: این پژوهش با رویکرد توصیفی ـ تحلیلی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی: تمام ملاحظات اخلاقی در نگارش این مقاله رعایت شده است.

یافته‌ها: این مقاله، ضمن تبیین ریشه‌های تاریخی و فرهنگی این حق از تمدن‌های باستان تا جهان معاصر، به بررسی مبانی فلسفی آن در قالب دوگانه حق سلبی و ایجابی، و نیز تحلیل تطبیقی میان سه سنت لیبرالیسم، سوسیالیسم و جهان‌بینی‌های دینی می‌پردازد، بدین‌ترتیب مرزهای دخالت دولت و فرد، جایگاه عدالت توزیعی و مسأله کرامت انسانی در پیوندی میان نظریه و عمل به بحث گذاشته می‌شود. همچنین مقاله با پرداختن به چالش‌های نوظهور همچون جهانی‌شدن سلامت، ورود فناوری‌های نوین (سلامت دیجیتال، هوش مصنوعی) و نقش عدالت بین‌نسلی و محیط زیست، گستره مفهومی حقوق سلامت را توسعه می‌دهد. نمونه‌هایی از سیاستگذاری‌های ملی و بین‌المللی، مسائل گروه‌های آسیب‌پذیر و بیان تجربه‌های عملی (از جمله همه‌گیری کووید-۱۹ و نمونه‌های پرونده‌های قضایی) جایگاه حقوق سلامت را در عرصه اجرا و چالش‌های پیش رو نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: در این مقاله، بر لزوم هم‌افزایی میان سیاستگذاری حقوقی و اخلاق پزشکی و اهمیت نگاه آینده‌نگر و مشارکت‌محور جهت تحقق عادلانه حق سلامت تأکید می‌شود..

واژگان کلیدی: حقوق سلامت؛ عدالت توزیعی؛ سلامت دیجیتال؛ مبانی فلسفی؛ سیاستگذاری سلامت

نویسنده مسئول: سیدرضا احسان‌پور؛ **پست الکترونیک:** Ehssanpour@Gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۳/۱۱/۲۸؛ **تاریخ انتشار:** ۱۴۰۳/۱۲/۲۷

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Ehsanpour SR. The Evolution of the Concept of Health Rights: From Historical Foundations to Philosophical Genealogy and Contemporary Challenges. Health Law Journal. 2024; 2: e21.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

مقدمه

سلامت به عنوان یکی از بنیادی‌ترین ابعاد زندگی انسانی، همواره نقش کلیدی در تضمین کیفیت زندگی و رشد اجتماعی ایفا کرده و به منزله بستری برای تحقق سایر حقوق انسانی شناخته شده است. در دنیای معاصر، همراه با پیشرفت‌های شگرف علوم پزشکی، بهداشتی و تکنولوژیک، مفهوم سلامت فراتر از نداشتن بیماری یا نقص عضو تعریف شده و ابعاد جامع‌تری را دربر می‌گیرد، به طوری که امروزه بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت، وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و صرفِ فقدان بیماری یا ناتوانی تلقی نمی‌شود. این تعریف، محور اصلی نگرش‌های نوین به مقوله سلامت را تشکیل داده و ظرفیت‌های حقوقی و اجتماعی جدیدی را برای شهروندان و دولت‌ها ایجاد می‌کند.

در این میان، حقوق سلامتبه عنوان شاخه‌ای میان‌رشته‌ای از حقوق و علوم پزشکی، جایگاه خاصی در نظام حقوقی کشورهای مختلف و اسناد بین‌المللی یافته است. حقوق سلامت، نه‌تنها پس از جنگ جهانی دوم و با تأسیس سازمان ملل متحد و تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر مورد توجه ویژه قرار گرفت، بلکه در دهه‌های اخیر، همگام با جهانی‌شدن و چالش‌های نوظهور همچون پاندمی‌ها، بیماری‌های نوپدید و مسائل عدالت در سلامت، اهمیت مضاعفی یافته است. ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸ م.) مقرر می‌دارد: «هر فردی سزاوار سطح مناسبی از خدمات بهداشتی و درمانی است و هیچ کس نباید به علت جنسیت، سن، قومیت، نژاد، مذهب یا وضعیت اجتماعی از دسترسی به چنین خدماتی محروم بماند.»

از منظر مبانی حقوق بشر، سلامت یک حق اساسی است که بهره‌مندی همگان از آن نه یک امتیاز، بلکه تعهدی الزام‌آور برای دولت‌ها تلقی می‌شود. میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ICESCR: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) در ماده ۱۲ به صراحت از حق بر بهترین وضعیت قابل حصول سلامت جسمی و روانی سخن گفته و دولت‌ها را موظف می‌داند برای تحقق این حق، اقدام به توسعه و بهبود نظام سلامت، فراهم‌آوردن زیرساخت‌های بهداشتی، تضمین دسترسی عادلانه به خدمات و مراقبت‌های درمانی و پیشگیری از بیماری‌ها نمایند.

با این حال، مطالعه تحولات جاری نشان می‌دهد میان آنچه در متون حقوقی و اسناد بین‌المللی به عنوان حق سلامت شناسایی شده و واقعیت‌های عینی جوامع، فاصله‌ای قابل تأمل وجود دارد. نابرابری‌های گسترده در دسترسی به خدمات بهداشتی، تبعیض‌های جنسیتی، قومی و طبقاتی، نبود نظام بیمه‌ای فراگیر، فقدان منابع مالی کافی، بی‌عدالتی در توزیع امکانات درمانی و ضعف نظارت اجرایی از بزرگ‌ترین چالش‌های فعلی محسوب می‌شوند. بحران‌هایی نظیر شیوع کووید-۱۹ در سال‌های اخیر، بار دیگر ضعف نظام‌های سلامت را عیان کرده و نشان داد که حق سلامت نه فقط یک آرمان اخلاقی، بلکه ضرورتی برای بقای اجتماع و مدیریت بحران‌های انسانی است.

علاوه بر چالش‌های ساختاری و اجرایی، ابهام در تعریف دقیق حقوق سلامت و تعیین حدود و ثغور این حق، خود به مسأله‌ای بنیادین تبدیل شده است، هرچند در اسناد بین‌المللی و قوانین داخلی کشورها به شکل کلی به حق سلامت اشاره شده، اما مواردی نظیر حق بر محیط زیست سالم، حق بر آموزش سلامت، حق انتخاب آزادانه روش‌های درمانی، حق حفظ حریم خصوصی سلامت و نیز حق برخورداری از اطلاعات پزشکی هنوز جای کار گسترده نظری و عملی دارند. از این رو بررسی تطبیقی و تحلیلی اسناد، رویه‌ها و تجربیات داخلی و بین‌المللی در زمینه حقوق سلامت، اهمیت یافته و می‌تواند دریچه‌ای برای بهبود این حق بنیادین فراهم آورد.

اهمیت‌یافتن روزافزون عدالت در سلامت، ورود فناوری‌های نوین، مسأله اخلاق پزشکی، حقوق بیماران و به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر (کودکان، زنان، سالمندان، افراد دارای معلولیت و اقلیت‌ها) ابعاد جدیدی برای مفهوم حقوق سلامت پدید آورده است، به گونه‌ای که توجه به حقوق سلامت در سیاستگذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌های کلان، آموزش تخصصی و فرهنگ‌سازی عمومی را ضروری ساخته است. اگر سیاست‌های سلامت بدون رویکرد حقوق‌محور تدوین شوند، امکان تحقق عدالت و برابری

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

از میان خواهد رفت و سلامت، از یک حق مسلم به یک امتیاز برای عده‌ای خاص تقلیل می‌یابد.

بنابراین روشن‌ساختن مفهوم حقوق سلامت، معرفی عناصر اصلی آن، تحلیل وضعیت اجرا و ارائه راهکارهای کاربردی برای تحقق عملی این حق، از مهم‌ترین وظایف محققان، سیاستگذاران و کنشگران این حوزه است. پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی مفهومی و تحلیلی حقوق سلامت، شناخت چالش‌ها و تنگناهای موجود و ارائه راهکارهایی برای بهبود اجرای این حق بنیادین، به نگارش درآمده است. امید است که یافته‌های این پژوهش بتواند نقشی مؤثر در افزایش آگاهی، هم‌افزایی گفتمانی و تدوین سیاست‌های عدالت‌محور سلامت ایفا نماید.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

روش

این پژوهش با رویکرد توصیفی ـ تحلیلی انجام شده است.

یافته‌ها

این مقاله، ضمن تبیین ریشه‌های تاریخی و فرهنگی این حق از تمدن‌های باستان تا جهان معاصر، به بررسی مبانی فلسفی آن در قالب دوگانه حق سلبی و ایجابی و نیز تحلیل تطبیقی میان سه سنت لیبرالیسم، سوسیالیسم و جهان‌بینی‌های دینی می‌پردازد، بدین‌ترتیب مرزهای دخالت دولت و فرد، جایگاه عدالت توزیعی و مسأله کرامت انسانی در پیوندی میان نظریه و عمل به بحث گذاشته می‌شود. همچنین مقاله با پرداختن به چالش‌های نوظهور همچون جهانی‌شدن سلامت، ورود فناوری‌های نوین (سلامت دیجیتال، هوش مصنوعی) و نقش عدالت بین‌نسلی و محیط زیست، گستره مفهومی حقوق سلامت را توسعه می‌دهد. نمونه‌هایی از سیاستگذاری‌های ملی و بین‌المللی، مسائل گروه‌های آسیب‌پذیر و بیان تجربه‌های عملی (از جمله همه‌گیری کووید-۱۹ و نمونه‌های پرونده‌های قضایی) جایگاه حقوق سلامت را در عرصه اجرا و چالش‌های پیش رو نشان می‌دهد.

بحث

۱. مرور تاریخی شکل‌گیری مفهوم حقوق سلامت: بحث حقوق سلامت در مقام یک مفهوم مستقل و نظام‌مند، نسبتاً نوظهور است، اما ریشه‌های تاریخی و فلسفی آن به اعماق تمدن بشری بازمی‌گردد. فهم کنونی ما از حق بر سلامت، حاصل هزاران سال تکامل اندیشه‌های اخلاقی، مذهبی، فلسفی و حقوقی در سراسر جهان است (۱). بررسی ابعاد تاریخی و فلسفی این تحول نه‌تنها ما را با بنیادهای نظری حقوق سلامت آشنا می‌کند، بلکه مهم‌ترین چالش‌ها، خلأها و روندهای تأثیرگذار بر مفهوم معاصر آن را نیز روشن می‌نماید.

۱-۱. ریشه‌های پیشامدرن؛ نگره‌های باستانی سلامت و عدالت: مرور تاریخی حقوق سلامت بدون بررسی نقش سلامت در تمدن‌های باستانی ناقص است. در متون مصر باستان، کاهنان و پزشکان هر دو مسؤول شفابخشی و مراقبت از تندرستی فرد و جامعه بودند (۲). در ایران باستان، آموزه‌های اوستا به سلامت نه‌تنهابه مثابه یک امر زیستی، بلکه به عنوان بخشی از عدالت کیهانی و اخلاقی اشاره دارد (۴-۳). در تمدن هند باستان، آیورودا سلامت را پیوندی میان جسم، روان و تعادل اخلاقی می‌دانست (۵). در یونان، بقراط رسالت طب را در یاری‌رساندن به زندگی نیکو می‌دانست و سوگند بقراط آمیخته با تعهدات اخلاقی نسبت به بیمار بود (۶).

در متون دینی نیز، اعم از شریعت یهود (عهد قدیم، سفر لاویان)، مسیحیت (انجیل متی) و اسلام (سنت پیامبر و آموزه‌های طب سنتی) سلامت، عنصری محوری برای برقراری تعادل اجتماعی و ارج‌نهادن به کرامت انسان به شمار آمده است (۷).

۱-۲. عهد میانه؛ پیوند دین و اخلاق با سلامت: قرون وسطی، هرچند به لحاظ توسعه پزشکی با رکود مواجه بود، اما با الهام‌گرفتن از آموزه‌های دینی، پزشکی را امری خداپسند و

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

وظیفه اجتماعی دانست (۲). در این دوران، جهان‌بینی دینی و الهیاتی، تعیین‌کننده معنای بیماری، سلامت و مسئولیت اجتماعی پزشکان بود. آموزه‌های مسیحیت با تأکید بر شفقت، نوع‌دوستی و اهمیت مراقبت از بیماران به عنوان تجسم عمل صالح، پزشکی را نه‌تنها علمی، بلکه فعلی خداپسندانه و راهی برای تقرب به خداوند می‌دانستند (۲). کلیسا با تأسیس بیمارستان‌ها و مراکز درمانی ـ که نخستین نمونه‌های سازماندهی خدمات سلامت جمعی محسوب می‌شد ـ فرهنگ مراقبت و حمایت از بیماران و نیازمندان را نهادینه ساخت (۸). روحانیون مسیحی و اعضای جمعیت‌های دینی، افزون بر انجام شعائر مذهبی، در ارائه خدمات درمانی و حمایتی نقش اصلی داشتند و بسیاری از پرستاران و پزشکان اولیه اروپایی،به عنوان خادمان کلیسا فعالیت می‌کردند.

در تمدن اسلامی نیز نهاد طب از ابتدا با ریشه‌های اخلاقی و معنوی عجین بود. آثار برجسته‌ای چون «الحاوی» رازی و «قانون» ابن سینا، علاوه بر جنبه‌های علمی، بر حرمت جان انسان، اخلاق پزشکی و مسئولیت‌پذیری پزشک تأکید داشتند (۱۰-۹). این آثار با شرح مبانی علمی طب، پزشک مسلمان را متعهد به خدمت صادقانه، انصاف و مراقبت بی‌چشم‌داشت از بیماران می‌دانستند. در واقع، آموزه‌های اسلامی و ارزش‌های اخلاقی بر ضرورت پیوند جستجوی حقیقت علمی و التزام به اصول انسانی تأکید می‌کردند، به گونه‌ای که طبابت در جامعه اسلامی، نه صرفاً یک حرفه، بلکه رسالتی الهی و اجتماعی تلقی می‌شد، بدین‌سان در هر دو سنت تمدنی ـ اسلام و مسیحیت ـ پیوند دین و اخلاق با سلامت، گفتمان غالب و جهت‌دهنده نهاد طب و ساختار خدمات سلامت در عصر میانه بود.

۱-۳. آغاز عصر جدید؛ فردگرایی لیبرال و تحول در جایگاه بهداشت: در دوران روشنگری و پس از آن، فلسفه‌های عقل‌گرایانه، کرامت فرد و آزادی را محور دانستند. بهداشت و درمان از یک واجب اخلاقی یا تکلیف دینی به حق اجتماعی و بعداً حق بنیادین بشری بدل شد (۱۱). جان لاک (John Lacke) و روسو (Rousseau) با تمرکز بر حق حیات و لزوم محدودیت قدرت دولت، مقدمات جداسازی مرزهای خصوصی و اجتماعی در تأمین سلامت را فراهم ساختند (۱۳-۱۲). انقلاب فرانسه و اعلامیه حقوق بشر و شهروندی (۱۷۸۹ م.)، هرچند تصریحی صریح بر سلامت نداشت، اما حق بر زندگی و امنیت رابه عنوان حقوق بنیادین تضمین کرد که بعداً بنیان تفسیرهای موسع از حقوق سلامت شد (۱۴).

توسعه نظام‌های دولت ـ ملت و پیدایش بهداشت عمومی مدرن (Public Health) در سده نوزدهم میلادی نیز رویکرد پیشگیری و کنترل بیماری‌های جمعی را وارد سیاستگزاری کرد (۱۵). ظهور عقلانیت مدرن و پدیدآمدن اندیشه‌های لیبرالی، تغییرات بنیادینی در نگرش اجتماعی و حقوقی به عرصه سلامت ایجاد نمود. در بستر گسترش اقتصاد بازار آزاد و تأکید بر مالکیت فردی، سلامت نیز تدریجاً از ساحت روابط جمعی و مسئولیت‌های فراشخصی به حوزه دغدغه‌های شخصیت حقیقی انتقال یافت (۱۶). به تعبیر برخی اندیشمندان، دولتِ مدرن وظیفه یافت، نهبه مثابه قیم یا پدر معنوی جامعه، بلکه صرفاً در مقام ضامن حداقلی شرایط رفاه و امنیت افراد، در محدوده‌ای مشخص از آزادی‌ها ورود کند.

در همین راستا، وظایف بهداشتی دولت نیز عمدتاً به مدیریت مخاطرات جمعی، کنترل اپیدمی‌ها و رفع تهدیدهای سلامت عمومی (همچون بیماری‌های واگیردار و فقر گسترده) تقلیل یافت و خدمات سلامت خصوصی، مبتنی بر سازوکار بازار و انتخاب آزاد شهروندان شکل گرفت (۲). تحولات فناوری در پزشکی و ایجاد بیمه‌های اجتماعی، بستر مشارکت فردی و رقابت بخش خصوصی در تأمین سلامت را تقویت کرد. با به رسمیت شناخته‌شدن حق تشکل، اعتراض و مطالبه‌گری شهروندان در قرون نوزدهم و بیستم، جنبش‌های عدالت بهداشتی و اتحادیه‌های کارگری نیز به تدریج خواهان تضمین بیشتر حقوق سلامت شدند (۱۷).

در نهایت، این روند موجب شد تا سلامت در نظام‌های لیبرالِ کلاسیک، به عنوان امری شخصی‌شده و مبتنی بر حق انتخاب آزاد فردی بازتعریف گردد، گرچه نهاد دولت همچنان موظف به مداخله حداقلی در مواقع بحران و تهدیدات عمومی باقی ماند.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

۱-۴. شکل‌گیری حقوق سلامت در عصر مدرن؛ از اخلاق تا حق بنیادین: در آغاز قرن بیستم، به ویژه پس از جنگ‌های جهانی و شیوع بیماری‌های فراگیر، سلامت به عنوان یک حق اجتماعی و نه فقط فردی، وارد گفتمان سیاست و حقوق شد (۱۸). گزارش کمیسیون بیمه سلامت انگلستان (Beveridge Report) (۱۹۴۲ م.) نقطه عطفی بود که نظام بیمه همگانی و حق عمومی بر سلامت را به رسمیت شناخت (۱۹).

سازمان بهداشت جهانی (WHO: Worls Health Organization) در اساسنامه خود در سال ۱۹۴۶، سلامت را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرف نبود بیماری یا ناتوانی تعریف کرد (۲۰). این تعریف، افق‌های تازه‌ای را برای حقوق سلامت گشود و آن را به حوزه‌های محیط زیست، سلامت روان، عدالت، آموزش و آزادی‌های اساسی متصل کرد (۲۱). در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل (۱۹۶۶ م.)، بند ۱۲ رسماً حق بر بالاترین سطح ممکن از سلامت جسمی و روانی رابه عنوان یکی از حقوق بنیادین بشر گنجاند (۲۲). با گسترش ارزش‌های حقوق بشری پس از تصویب اسناد جهانی و منطقه‌ای، روند به رسمیت‌شناختن و اجرایی‌سازی حق سلامت وارد مرحله‌ای نوین شد. در دهه‌های پایانی قرن بیستم، تحولات فناورانه، افزایش مهاجرت و ظهور بیماری‌های جدید نظیر ایدز و اپیدمی‌های جهانی، لزوم توجه به ابعاد نوین سلامت از جمله امنیت زیستی، سلامت روان، و عدالت بهداشتی را بیش از پیش آشکار ساخت (۱). همزمان، تقویت نقش مردم‌سالاری و نهادینه‌سازی مشارکت اجتماعی در سیاستگذاری سلامت، منجر به شفاف‌ترشدن فرآیند تصمیم‌گیری و افزایش پاسخگویی دولت‌ها گردید (۲۳). حقوق سلامت، علاوه بر دسترسی برابر به خدمات درمانی، مفاهیم گسترده‌تری، چون احترام به کرامت و خودمختاری بیمار، رضایت آگاهانه (Informed Consent) و محرمانگی اطلاعات سلامت را نیز دربر گرفت (۲۴).

در آغاز قرن بیست و یکم، اهداف توسعه پایدار (SDGs: Sustainable Development Goals) سازمان ملل، بار دیگر سلامت را در کانون برنامه‌های جهانی قرار داد و سیاستگذاران را به ایجاد نظام‌های سلامت تاب‌آور و پوشش همگانی تشویق کرد (۲۵). در این فضای نوین، ابعاد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی حق سلامت بیش از گذشته محل تأکید قرار گرفت و دولت‌ها ملزم شدند سلامت را نه فقط تعهدی سلبی، بلکه حقی ایجابی و بنیادین در گستره حیات فردی و جمعی بدانند.

۱-۵. گذار از پزشک‌محوری به حقوق‌محوری و سلامت‌محوری: تا میانه قرن بیستم، پزشک‌محوری (Paternalism) در رابطه پزشک ـ بیمار غالب بود. مباحث حقوق بیمار (Patients' Rights) و آگاهی‌رسانی ضمنی، به تدریج جایگزین اقتدار پزشک شد (۲۴). فشار بر شفافیت، رضایت آگاهانه و احترام به استقلال فردی سرانجام به تولد منشورهای حقوق سلامت (Patients' Bill of Rights) انجامید (۲۶).

در دهه‌های پایانی قرن بیستم و آغاز قرن بیست و یکم، حرکت از اقتدارگرایی پزشکی به سوی نظام‌های حقوق‌محور و سلامت‌محور شدت گرفت و حقوق بیماران نه‌تنها در عرصه‌های نظری، بلکه در سیاستگذاری، رویه قضایی و فرآیندهای بالینی رسمیت یافت. علاوه بر منشورهای حقوق بیمار که در بسیاری از کشورها تصویب و اجرا شد، اصول کلیدی نظیر حق انتخاب درمان، دسترسی آزاد به اطلاعات پزشکی، و حق اعتراض به تصمیمات درمانی در چهارچوب قوانین الزام‌آور تثبیت گردید (۲۷).

تحولات فناوری و دیجیتالی‌شدن اطلاعات پزشکی، اهمیت روزافزونی به مقولاتی همچون حفظ حریم خصوصی، حفاظت داده‌ها و امنیت اطلاعات سلامت افراد بخشید. در همین راستا، رویکرد سلامت‌محور که علاوه بر درمان بیماری‌ها، ابعاد پیشگیری، توان‌بخشی و ارتقای سلامت را نیز شامل می‌شود، جایگاه برجسته‌ای یافت و سیاست‌های سلامت عمومی بر

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

مقابله با عوامل اجتماعی و محیطی مؤثر بر سلامت جمعیت متمرکز گردید (۲۸).

همزمان، توجه به عدالت در سلامت و رفع نابرابری‌های بهداشتی ابعاد جدیدی به گفتمان حقوق سلامت افزود و کشورهای مختلف با وضع قوانین یا سیاست‌های حمایتی در پی ارتقای سطح سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر، زنان، کودکان و سالمندان برآمدند. در اسناد بین‌المللی مانند اعلامیه جهانی اخلاق زیستی و حقوق بشر (۲۹)، بر کرامت انسان، آزادی انتخاب و مسئولیت مشترک همه افراد و دولت‌ها در ارتقای سلامت عمومی تأکید شده است، بدین‌ترتیب پارادایم پزشک‌محور، جای خود را به الگوی چندبُعدی و حقوق‌محورِ سلامت داده که در آن، بیمار در مرکز تعاملات و تصمیم‌گیری‌ها قرار می‌گیرد و نقش فعال هر فرد در تعیین سرنوشت درمان و حفظ سلامت، اصل بنیادی نظام‌های نوین سلامت محسوب می‌شود.

۱-۶. تأثیر وقایع تاریخی: بیماری‌های فراگیر، جنگ‌ها و جنبش‌های اجتماعی: رخدادهای تاریخی و اجتماعی سهمی انکارناپذیر در تحولات اندیشه و سیاستگذاری سلامت و حقوق سلامت داشته‌اند. پاندمی‌ها و بحران‌های جمعی نه‌تنها جنبه‌های فنی و علمی پزشکی را به چالش کشیدند، بلکه ضرورت مواجهه عادلانه با ریسک، آسیب‌پذیری و حقوق گروه‌های مختلف را نیز عیان ساختند (۳۰). برای مثال، پاندمی آنفلوانزای اسپانیایی ۱۹۱۸، با تلفات انسانی گسترده خود، ضعف بسیاری از نظام‌های بهداشتی و نبود زیرساخت‌های همبسته جهانی را آشکار کرد. این رویداد، محرکی اساسی در جهت ایجاد ساختارهای نوین همکاری بین‌المللی و نهادهایی مانند سازمان جهانی بهداشت گردید (۳۱).

در دهه‌های پایانی قرن بیستم، شیوع HIV/AIDS با ابعاد عمیق اجتماعی و تبعیض‌آلود، نقش مهمی در بازاندیشی مفهوم حق بر سلامت و دسترسی برابر ایفا نمود. فعالان حقوق بشر، بیماران و گروه‌های مدنی با تأکید بر رفع انگ‌زنی و تبعیض، ضرورت شفافیت اطلاعات، رازداری و حمایت‌های ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر را در دستور کار جامعه جهانی قرار دادند (۳۲). تجربه مقابله با HIV/AIDS نه‌تنها اوج‌گیری جلوه‌های عمومی «بهداشت برای همه» را تثبیت کرد، بلکه مفهوم مشارکت جامعه، اطلاع‌رسانی صحیح، و حق بیماران در تصمیم‌گیری درمان را تقویت نمود (۳۳).

همزمان، جنگ‌های جهانی اول و دوم ابعاد تازه‌ای به نظام سلامت اجتماعی افزود: از یکسو، رخداد فجایع انسانی و جا به جایی توده‌های مردم بهداشت عمومی را به مسأله‌ای ملی و بین‌المللی بدل ساخت؛ از سوی دیگر، بهره‌کشی از بدن انسان‌ها در پژوهش‌های نظامی و آزمایش‌های غیر انسانی (نمونه بارز: اردوگاه‌های نازی)، وجدان جهانی را نسبت به ضرورت معیارهای اخلاقی و حقوقی در پژوهش‌های زیستی و پزشکی بیدار نمود. کد نورنبرگ در سال ۱۹۴۷ و سپس بیانیه هلسینکی ۱۹۶۴ توسط انجمن جهانی پزشکی، زمینه‌ساز تدوین و اشاعه اصل رضایت آگاهانه، حمایت از آزمودنی‌های پژوهشی، و الزامات انسانی پژوهش‌های پزشکی گردیدند (۳۵-۳۴).

جنبش‌های اجتماعی قرن بیستم نیز منشأ اثرات ماندگار بر رویکردهای حقوقی ـ بهداشتی شدند. جنبش‌های زنان با تکیه بر حق کنترل بر بدن، زایمان ایمن، منع تبعیض جنسیتی در خدمات سلامت و حق تصمیم‌گیری مستقل در مورد درمان، ابعاد گوناگونی از حقوق سلامت را گسترش دادند (۳۷-۳۶). همچنین جنبش حقوق مدنی و جنبش سیاهان در آمریکا، موضوع برابری نژادی و رفع نابرابری ساختاری در دسترسی به سلامت را مطرح کرد. منجر به اصلاح سیاست‌ها، تخصیص منابع به نفع گروه‌های محروم و ترویج اصل عدالت در سلامت شد (۳۸).

پیدایش اسناد بین‌المللی جدید، از جمله پیمان‌نامه حقوق کودک که توجه به نیازهای خاص کودکان و نوجوانان را مورد تأکید قرار داد، اعلامیه جهانی اخلاق زیستی و حقوق بشر یونسکو (۲۹) که ابعاد زیستی ـ اخلاقی پیشرفته‌تری را گسترش داد و تأکید ویژه بر کرامت، استقلال و مشارکت جوامع در سیاستگذاری سلامت نمود، همگی فرآیند گذار از

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

نگاه محدود «حفظ سلامت فیزیکی» به مفهوم چندبُعدی، انسان‌محور و ارزش‌محور سلامت را تقویت کردند (۳۹).

در همین راستا، فجایع و چالش‌های جدید قرن بیست و یکم، مانند موج پاندمی کووید-۱۹، مجدد پیوند حقوق بشر، دادگری سلامت، نقش رسانه‌ها در شفاف‌سازی، تعهد دولت‌ها به حفاظت از گروه‌های آسیب‌پذیر و ضرورت همبستگی بین‌المللی را برجسته ساخت (۴۱-۴۰). بحران‌های اخیر، اهمیت توسعه چهارچوب‌های حقوقی منعطف و پاسخگو، ارتقای ابزارهای نظارت و پاسخگویی و بازخوانی جایگاه اخلاق زیستی را بیش از پیش روشن کرده است.

در مجموع، این وقایع تاریخی و اجتماعی، حامل پیام روشنی برای سیاستگذاری سلامت مدرن بوده‌اند: اهمیت انسان‌محوری، احترام به کرامت، مشارکت گروه‌های اجتماعی و تدبیر فراگیر در مواجهه با بحران‌های پیچیده زیست‌محیطی، بهداشتی و اجتماعی که بی‌تردید آینده حقوق سلامت را نیز متأثر خواهد ساخت.

۲. خاستگاه و چالش‌های فلسفی حقوق سلامت؛ از حق سلبی تا ایجابی:

حق سلامت، یکی از پرمناقشه‌ترین مصادیق حقوق بشر در فلسفه حقوق تلقی می‌شود. ریشه این مناقشه‌ها به پرسش بنیادین درباره «چیستی حق» و «وسعت تکلیف» بازمی‌گردد، چراکه سلامت، هم واجد بعد فردی (حفظ خودآیینی و آزادی بدنی) و هم دارای بعد جمعی (الزام دولت و جامعه به حمایت فعال از هر فرد) است. از همین رو، فلسفه حقوق سلامت همواره بر روی طیفی از حقوق سلبی تا ایجابی حرکت کرده و به واسطه تحولات علمی، اجتماعی، اخلاقی و اقتصادی، همواره با بازخوانی‌های مفهومی و انتقادی مواجه بوده است (۴۲).

۲-۱. حق سلبی و حق ایجابی: مفهوم‌شناسی و تفاوت‌ها:

در ادبیات حقوقی، «حق سلبی (Negative Right)» به معنای حق افراد برای مصونیت از دخالت نارواست، در حالی که «حق ایجابی (Positive Right)» متضمن حق افراد به دریافت کنش فعال و حمایت مثبت، معمولاً از سوی دولت یا جامعه است (۴۳). بر این اساس، حق سلامت از دو منظر قابل فهم است: حق سلبی سلامت به معنای مصون‌بودن فرد از تعرض غیر موجه به بدن که نتیجه آن از جمله: آزادی تصمیم‌گیری پزشکی، حفظ اسرار پزشکی و عدم اجبار به درمان‌های ناخواسته است (۲۴)؛ حق ایجابی سلامت به معنای برخورداری فعالانه از امکانات بهداشتی، خدمات درمانی، محیط سالم و حمایت نهادی/ مالی در مواقع بیماری، ناتوانی یا فقر (۴۴).

برخی متفکران لیبرال مانند نوزیک (Nozick) (۴۵) بر این باورند که دولت باید بیش از هر چیز، ضامن حقوق سلبی شهروندان باشد، یعنی تنها از آزادی افراد در برابر مداخلات ناروا حمایت کند. از این زاویه، تکلیف دولت نسبت به سلامت محدود به ممانعت از آسیب‌زدن یا تحمیل درمان‌های ناخواسته است و دولت الزاماً وظیفه‌ای نسبت به ارائه گسترده و رایگان خدمات سلامت ندارد. در مقابل، جان رولز (John Rawls) (۴۶) و نورمن دانیلز (Norman Daniels) (۴۷) استدلال می‌کنند که عدالت ایجاب می‌کند، دولت در تضمین حداقل سلامت (به معنای دسترسی عادلانه به مراقبت‌های پایه، پیشگیری و خدمات پزشکی) تکلیف ایجابی دارد. چنین تعهدی، نه صرفاً اخلاقی، بلکه حقی بنیادین و برگرفته از اصل برابری فرصت‌ها محسوب می‌شود.

از عمده انتقادات وارده به حق ایجابی سلامت، بحث محدودیت منابع است. دولت‌ها به ویژه در کشورهای کم‌درآمد، غالباً با استناد به کمی منابع مالی و فنی، تحقق کامل حقوق ایجابی (دسترسی همگانی، بیمه رایگان و...) را ناممکن تلقی می‌کنند (۴۸). افزون بر این، بعضی فیلسوفان مانند هارت (Hart) معتقدند تعهدات ایجابی صرفاً وجوه اخلاقی داشته و الزام حقوقی آن‌ها نیازمند امکان عملی و منابع کافی است.

در مقابل، مدافعان حقوق سلامت بر این نکته تأکید می‌کنند که «اصل پیشرفت تدریجی (Progressive Realization)» که در اسناد بین‌المللی نیز تصریح شده، دولت‌ها را ملزم به حرکت مستمر و غیر قابل بازگشت نسبت به تحقق کامل این حقوق می‌کند (۴۹)، به علاوه اولویت‌بندی مبتنی بر شواهد،

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

کاهش هزینه‌های اضافی و حرکت به سمت عدالت اجتماعی، راهکارهایی برای تحقق کارآمدتر حق سلامت است.

در سطوح ملی، در بسیاری از کشورها، حق سلامت ایجابی به دلیل کمبود منابع و ضعف حکمرانی، در حد شعار باقی می‌ماند، اما پیشرفت‌های کشورهایی مانند انگلستان، کوبا یا نوردیک نشان می‌دهد که با عزم سیاسی و همبستگی جمعی، تحقق حداقلی از این حق ممکن است (۵۰). در سطح بین‌المللی، مسائلی چون مالکیت فکری داروها (TRIPS: Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights)، عدالت در واکسن و واکنش جهانی به پاندمی‌ها، نمونه‌های زنده چالش میان حق فردی (حمایت از نوآوری) و حق جمعی (دسترسی عادلانه) در حوزه سلامت‌اند.

۲-۲. فردگرایی و همبستگی جمعی؛ دو پارادایم اساسی: سنت‌های متفاوت فلسفی و فرهنگی بر نسبت فرد و جامعه در حوزه سلامت تأثیرگذار بوده‌اند:

در پارادایم فردگرایی غربی ـ به ویژه متأثر از سنت لیبرال ـ حق حاکمیت بر بدن، آزادی انتخاب درمان، رضایت آگاهانه و محرمانگی اطلاعات پزشکی، در صدر ارزش‌های حقوق سلامت قرار دارند (۵۱). این نگاه، ریشه در دکترین خودمختاری (Autonomy) و داعیه آزادی‌های منفی دارد؛ افراد مسؤول محافظت از خود هستند و مداخله دولت باید به حداقل ممکن برسد. در مقابل، در رویکرد همبستگی که در سنت‌های اجتماعی‌تر (مانند نظریه رفاه‌گرایان یا رویکرد سوسیال ـ دموکراتیک کشورهای اسکاندیناوی) دیده می‌شود، سلامت نه صرفاً حق فرد که بخشی از عدالت اجتماعی و تعهد مشترک جامعه است (۵۲). در این رویکرد، جامعه و دولت مکلفند با ایجاد نظام‌های بیمه همگانی، کنترل عوامل اجتماعی بیماری، و تضمین دسترسی برابر، عامل تحقق عملی حقوق سلامت باشند (۵۳).

۲-۳. جلوه‌های جدید فلسفی؛ عدالت بین نسلی و امنیت زیست‌محیطی: با پیچیده‌ترشدن جهان معاصر، ابعاد جدیدی به فلسفه حقوق سلامت افزوده شده‌است که صرفاً در قالب فردگرایی/ همبستگی نمی‌گنجند و مرزهای سلبی/ ایجابی را نیز مخدوش می‌کنند:

اولاً در مباحث معاصر، «عدالت سلامت» محدود به توزیع عادلانه منابع پزشکی میان افراد زنده نیست، بلکه نسل‌های آینده و حقوق آن‌ها به محیط و زیست‌بوم سالم نیز موضوع فلسفه سلامت شده‌اند (۵۴). آسیب‌های محیط زیستی، بحران تغییر اقلیم و نابودی منابع طبیعی، نه‌تنها سلامت نسل حاضر، بلکه حق برخورداری نسل‌های بعدی از سلامت را نیز تهدید می‌کند (۵۵).

ثانیاً پیوند سلامت و محیط زیست آنقدر عمیق شده که امروز «حق بر محیط سالم» شرط تحقق حق بر سلامت شمرده می‌شود (۵۶). تهدیدهای زیست‌محیطی ـ از آلودگی هوا و آب تا تغییرات اقلیمی ـ مسئولیت‌های جدیدی بر دوش دولت‌ها و جامعه جهانی می‌گذارند. به این ترتیب، مرز میان حقوق «فردی» و تعهدات «جمعی» بار دیگر جابه‌جا می‌شود: هر فرد ممکن است قربانی نقض محیط زیست گردد، اما مقابله با آن نیازمند رویکرد جمعی و اقدام ایجابی دولت و جامعه است.

در مجموع می‌توان گفت: چالش فلسفی حقوق سلامت، در چشم‌اندازی پویا و پیچیده، از رویارویی چندین منطق خبر می‌دهد: تقابل حق‌های سلبی و ایجابی، برخورد ارزش‌های فردگرایانه و جمع‌گرایانه و مواجهه دغدغه‌های عدالت بین‌نسلی و محیط زیستی با الزامات حقوق بشر. راهبردی که امروزه اغلب پذیرفته می‌شود، پذیرش این واقعیت است که حقوق سلامت تنها بر شالوده فهمی چندلایه، تدریجی و سازگار با منابع و زمینه‌های فرهنگی ـ اقتصادی قابل تحقق است. این نگاه، حوزه سلامت را به عرصه‌ای برای تلاقی فلسفه حق ـ تکلیف، پرسشگری اخلاقی و پویایی سیاست عمومی بدل ساخته است.

۳. مقایسه سنت‌های حقوقی: لیبرالیسم، سوسیالیسم و پیوندهای دینی در حقوق سلامت: مسأله حق سلامت یکی از پویاترین عرصه‌های برخورد و تلاقی سنت‌های حقوقی و جهان‌بینی‌های بنیادی است (۴۲). سه سنت اندیشه‌ای لیبرالیسم، سوسیالیسم و دیدگاه‌های دینی، نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌دهی به اصول، حقوق و سیاست‌های کلان سلامت ایفا کرده‌اند. این سنت‌ها، هر یک با منظری

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

منحصر به فرد، بر چیستیِ حق، حدود و مرزهای دولت و فرد و اولویت‌بندی ارزش‌های عدالت، آزادی یا معنویت تأکید دارند (۲۴). درک این سنت‌ها نه‌تنها از منظر تطبیقی بلکه، به مثابه راهبردی جهت فهم اختلافات ریشه‌ای مثلاً درباره بیمه همگانی، تخصیص منابع، اولویت‌بخشی یا حدود بازار سلامت ضروری است (۴۰). در ادامه، سیر این سه سنتبه صورتی نظام‌مند و مقایسه‌ای با ذکر مثال‌های تاریخی و نقدهای اندیشه‌ای بررسی می‌شود.

۳-۱. لیبرالیسم: آزادی فردی و محدودیت مداخله دولت: لیبرالیسم در بُعد کلاسیک، بر تقدم آزادی، خودمختاری و مسئولیت شخصی نسبت به سلامت تأکید دارد (۴۶، ۵۶). بر اساس این دیدگاه، حق سلامت نه حقی مطلق و ایجابی، بلکه عمدتاً حقی سلبی است: آزادی از اجبار یا مداخله ناموجه دولت در حیطه جسم، تصمیمات درمانی، سبک زندگی، و حریم خصوصی (۶).

همچنین ولایت بر خویشتن و شرط رضایت آگاهانه، یکی از مهم‌ترین دستاوردهای لیبرالیسم در حقوق سلامت است (۵۷). این سنت بر لزوم آزادی بیمار برای پذیرش یا رد درمان (حتی اگر مخالف مصلحت پزشکی باشد) تأکید می‌کند (۲۴).

در مدل‌های سلامت لیبرال (به ویژه ایالات متحده تا پیش از قانون مراقبت‌های عمومی، مصوب ۲۰۱۰ م.)، دخالت دولت در تأمین و تضمین سلامت محدود است. دولت تنها موظف به حفظ شرایط رقابت منصفانه، تأمین حداقلی ایمنی و مقابله با بیماری‌های همه‌گیر است (۴۰). سایر عناصر (بیمه، درمان، سبک زندگی) به رقابت بازار و انتخاب آزاد افراد واگذار می‌شود و به عبارتی، سلامت به عنوان کالا (Commodity) تصور می‌گردد (۴۲).

نظام‌های لیبرال، گرچه حریم خصوصی، استقلال و خودمختاری بیماران را حفظ می‌کنند، اما همین امر سبب افزایش نابرابری و به حاشیه‌رفتن اقشار آسیب‌پذیر شده است (۱۵، ۱۷). بحران‌های سلامت مانند پاندمی‌ها نشان دادند که نهادینه‌سازی سلامت صرفاً با اصالت بازار، زاینده شکاف‌ها و مخاطرات جمعی جدی است؛ همین نکته محرک بازنگری‌هایی چون اصلاح‌گری در نظام‌های بیمه و پذیرش دخالت بیشتر دولت گردید (۱).

۳-۲. سوسیالیسم: تأکید بر برابری، عدالت اجتماعی و نقش فعال دولت: حق سلامت در سوسیالیسم عمدتاً معنایی ایجابی دارد، یعنی دولت موظف است شرایط بهداشت، درمان و پیشگیری را برای همه آحاد جامعه فراهم کند، حتی اگر به معنای محدودیت انتخاب فردی، اعمال مقررات بر سبک زندگی یا تخصیص کمی منابع باشد (۱۸). این سنت، سلامت را سرمایه اجتماعی و منبع بهره‌مندی کلان برای توسعه پایدار تلقی می‌کند (۱۱، ۵۵).

سوسیالیسم، برخلاف لیبرالیسم، نقطه عزیمت خود را عدالت جمعی و برابربودن فرصت‌ها قرار می‌دهد. در نگاه سوسیالیستی، سلامت از حیث حق عمومی و همگانی نگریسته می‌شود که تأمین آن نیازمند مداخله رسمی، سازمان‌یافته و حتی اجبارآمیز دولت است. دولت، نه صرفاً ناظر، بلکه فعال اصلی تأمین، تخصیص منابع و تضمین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت محسوب می‌شود (۱۷).

مدل‌هایی مثل خدمات ملی سلامت انگلستان یا نظام مطالعات موردی نوردیک (اسکاندیناوی)، نمونه‌های برجسته سنت سوسیالیستی در تأمین سلامت هستند (۱۵، ۱۷). در این کشورها، خدمات سلامت پایه به شکل رایگان یا با یارانه سنگین در دسترس همگان قرار گرفته و هر نوع تبعیض بر اساس درآمد، طبقه، قومیت یا جنسیت مردود می‌باشد (۲۹).

با وجود موفقیت چشم‌گیر در کاهش نابرابری، سنت سوسیالیستی با پاره‌ای چالش‌ها نیز مواجه است که: اولاً، خطر بوروکراسی و ناکارآمدی؛ دوماً، امکان کاهش انگیزه رقابت و نوآوری به علت تمرکز سازمانی؛ سوماً، احتمال محدودیت انتخاب فردی و شکل‌گیری اقتدارگرایی نرم (۴۴) از مهم‌ترین این نوع چالش‌ها است.

مطالعه تطبیقی نظام‌های سلامت نشان می‌دهد که تحقق عملی حق سلامت وابسته به بستر اقتصادی، سیاسی و فرهنگی هر کشور است. تجربه کشور هند احیای مراقبت‌های اولیه سلامت و سیاست‌های مبتنی بر جامعه‌محور، نقش

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

کلیدی در ارتقای شاخص‌های سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر ایفا کرده است، هرچند تفاوت‌های ایالتی چالش‌هایی ایجاد کرده است. در آفریقای جنوبی، پس از گذار از رژیم آپارتاید، تلاش برای توسعه عدالت توزیعی در سلامت، اگرچه پیشرفت‌هایی داشته، اما نابرابری‌های نژادی و جغرافیایی همچنان پابرجا مانده است.

در بررسی فراگیرتر، تجربه کشور ژاپن جالب توجه است. ژاپن باوجود ساختار اقتصادی ـ فرهنگی خاص، با سیاست «بیمه سلامت اجباری ملی (National Health Insurance)» توانسته پوشش تقریباً صددرصدی سلامت برای جمعیت خود فراهم آورد. ترکیب هماهنگ بین مشارکت دولتی، بخش خصوصی و نظارت مستمر، موجب کاهش هزینه‌ها و ارتقای امید به زندگی شده است. در مقابل، سوئد با الگوی سوسیال دموکراتیک، خدمات سلامت را از طریق مالیات تأمین و بر برابری جنسیتی، جغرافیایی و طبقاتی تأکید ویژه‌ای دارد، هرگونه محدودیت مالی یا خدماتی باید مبتنی بر دلایل پزشکی و نیازسنجی عادلانه صورت گیرد.

کشورهای آمریکای لاتین مثل برزیل، با اجرای طرح «سیستم سلامت یکپارچه»، گام‌هایی بلند برای رایگان‌سازی خدمات سلامت برداشته‌اند، اما چالش فساد اداری، تفاوت منطقه‌ای و فشار اقتصادی، کارایی و عدالت این سیستم‌ها را تهدید می‌کند. در کشورهای نفتی حاشیه خلیج فارس همچون قطر و امارات، منابع مالی سرشار امکان توسعه مراکز درمانی مدرن و پوشش اولیه فراگیر را فراهم کرده، اما اتکای شدید به واردات نیروی انسانی پزشکی و تفاوت در کیفیت خدمات میان شهروندان و مهاجران، شکاف‌هایی در اجرای عادلانه حق سلامت ایجاد نموده است.

این مثال‌ها نشان‌دهنده این واقعیت است که هر مدل، هم فرصت‌هایی برای تحقق عملی حق سلامت دارد و هم با چالش‌های زمینه‌ای و مدیریتی رو به روست، لذا تقلید صرف راه‌حل‌ها موفقیت‌آمیز نبوده و هر جامعه باید با توجه به شرایط و سرمایه‌های خاص خود، الگوی بهینه را تدوین نماید. همچنین این مقایسه‌ها نشان می‌دهد تضمین تحقق حق سلامت صرفاً با تصویب اسناد رسمی یا شعارهای عدالت‌محور میسر نبوده و بدون تحول نهادی، تأمین مالی پایدار و پاسخگویی در اجرا، حق سلامت اغلب در حد آرمان باقی می‌ماند.

۳-۳. سنت‌های دینی: سلامت، کرامت انسانی و مسئولیت متقابل

در تمام ادیان بزرگ، سلامت نه‌فقط یک اصل زیستی، بلکه ارزشی اخلاقی و ریشه‌دار در کرامت انسان تلقی شده است (۵۸). در اسلام، یهودیت و مسیحیت، توجه به سلامت جسم و جان، بخشی از وظایف متقابل فرد، جامعه و دولت است (۳، ۷). فلسفه سلامت دینی، تأکید بر پیوند معنویت، عدالت و اخوت انسانی دارد.

در مسیحیت قرون وسطی، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها اکثراً بر اساس نذر، وصیت یا نیات خیرخواهانه تأسیس می‌شدند (۸). در اسلام، مفاهیمی چون وقف، انفاق و امر به معروف، سازوکار مقابله با فقر و تضمین حداقل خدمات سلامت را تقویت کرده‌اند. در یهودیت و ادبیات حاخامی (به متون و نوشته‌های مربوط به حاخام‌ها (رهبران مذهبی یهودی) اشاره دارد که شامل تفسیرها، فتاوا، رساله‌ها و سایر آثار فقهی و اخلاقی به ویژه در دوران پس از تلمود است)، اهمیت نجات جان و تیمار بیمار در شمار برترین واجبات اخلاقی آمده است (۵۸).

سنت دینی، سلامت را برخاسته از اصل برابری ذاتی و مسئولیت مضاعف دولت/ جامعه تلقی می‌کند (۶۰-۵۹). تأکید اصلی بر تکافل و مسئولیت‌پذیری نسبت به فقرا، سالخوردگان یا گروه‌های آسیب‌پذیر است. در اسلام، مبتنی بر اصل عدالت علوی و نفی تبعیض، دولت مسؤول توزیع عادلانه خدمات سلامت است (قانون اساسی، اصل ۲۹).

نقدی که گاه بر سنت دینی وارد می‌شود، این است که تحقق عملی حمایت از سلامت نیازمند بازتعریف برخی آموزه‌ها و هماهنگ‌سازی با دنیای مدرن و قرائت‌های امروزی از کرامت و عدالت است (۶۱).

در مجموع، در مقام مقایسه می‌توان گفت: در لیبرالیسم، حق سلامت غالباً منفی است (آزادی از مداخله/ اجبار) و فقط استثنائاً در چالش‌های جمعی به حق ایجابی بدل می‌شود (۱۷). در سوسیالیسم، حق سلامت ایجابی و الزام‌آور است و

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

دولت مکلف به تأمین نیازهاست (۴۲). در سنت دینی، سلامت هم حق است و هم تکلیف اخلاقی/ اجتماعی (۵۹-۵۸).

سوسیالیسم و سنت دینی هر دو، عدالت اجتماعی و مقابله با نابرابری را محور قرار می‌دهند و حتی به قیمت مداخله در حقوق فردی حاضر به تضمین آن هستند، حال آنکه لیبرالیسم علیرغم ستایش عدالت، تعهد عینی در این زمینه ندارد، مگر آنکه بی‌عدالتی، آزادی پایه‌ای را تهدید کند (۴۶).

مدل لیبرال با تقویت رقابت و انگیزه، در تأمین تکنولوژی سلامت پیشرو است، اما از جهت عدالت اجتماعی ضعیف‌تر عمل می‌کند (۱). سوسیالیسم خود را در عدالت نشان می‌دهد، اما گاه با چالش ناکارآمدی و بروکراتیک مواجه است (۴۴).

سنت دینی، اگرچه نیروی محرک حمایت از محرومان است، اما قادر نیست بدون سازوکارهای نهادی و حقوقی مدرن، به نتایج عدالت‌گرایانه دست یابد (۲۴).

سنت‌های لیبرالی، سوسیالیستی و دینی در حقوق سلامت، نه رقیب صرف، بلکه تکمیل‌کننده یکدیگر هستند. بحران‌های نوین سلامت (مانند کووید-۱۹، بحران سالمندی و تبعیض ساختاری) به خوبی نشان داده‌اند که ترکیب حکمت‌آمیز سه سنت می‌تواند مدل موفق‌تری برای تضمین سلامت و کرامت انسان ایجاد کند (۲، ۴۰).

تأمل انتقادی در هر سه سنت، ما را از مطلق‌گرایی می‌رهاند و در عین حفظ آزادی و ابتکار، بستر تحقق عدالت و رعایت کرامت انسانی را فراهم می‌آورد. در ایران، اگرچه ارجاعات صریح قانون اساسی (اصل ۲۹ و اصل ۴۳) از سنت دینی و عدالت اجتماعی سوسیالیستی الهام گرفته‌اند، اما در عمل، همگرایی و تضاد با لیبرالیسم (مثلاً در حوزه بیمه خصوصی سلامت و انتخاب پزشک) دیده می‌شود (۶۳-۶۲).

۳-۴. وضعیت حق سلامت در ایران؛ مصادیق و چالش‌ها:

ایران جزء معدود کشورهای منطقه است که اصل حق سلامت را به صراحت در قانون اساسی خود به رسمیت شناخته است (اصل ۲۹ و ۴۳). این اصول دولت را مکلف به تأمین بیمه و خدمات بهداشتی رایگان یا ارزان برای عموم شهروندان نموده‌اند. با این وجود، تحقق عینی این حق همواره با چالش‌های ساختاری و اجرایی جدی رو به رو بوده است.

«طرح تحول سلامت» که از سال ۱۳۹۳ اجرایی شده است، با هدف گسترش بیمه همگانی، کاهش پرداخت از جیب بیماران و ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات درمانی معرفی شد. این طرح موجب افزایش چشم‌گیر پوشش بیمه و کاهش نسبی فقر درمانی گردید، اما معضلاتی همچون کسری بودجه، وابستگی اقتصادی به منابع ناپایدار و هزینه‌های بالا، پایداری و اثرگذاری آن را به چالش کشید. متأسفانه نظام ارجاع کارآمد و پرونده الکترونیک سلامت در بسیاری از نقاط کشور به درستی استقرار نیافته است.

چالش عدالت جغرافیایی نیز مقوله‌ای آشکار است: توزیع نابرابر امکانات پزشکی و نیروی انسانی (مانند پزشک و پرستار) میان مناطق شهری و روستایی یا استان‌های توسعه‌یافته با محروم، موجب ایجاد شکاف‌های قابل توجهی در دسترسی به خدمات سلامت شده است. بسیاری از روستاها و حاشیه‌نشینان شهری از دسترسی کافی به مراکز تخصصی و تجهیزات پزشکی محروم‌اند.

گروه‌های آسیب‌پذیر مانند سالمندان، زنان سرپرست خانوار، مهاجران غیر قانونی و بیماران خاص (دیابت، تالاسمی، هموفیلی)، با چالش‌های جدی در دریافت خدمات با کیفیت و در دسترس رو به رو هستند و قوانین حمایتی به درستی اجرا نشده‌اند.

دسترسی به داروهای حیاتی به ویژه در بحران‌هایی چون پاندمی کووید-۱۹ و تحریم‌های اقتصادی، شکنندگی و وابستگی نظام سلامت را به خوبی آشکار کرد. علاوه بر مشکلات واردات و کمبود دارو، سیاستگذاری شفاف و حمایت مؤثر از بیماران خاص و کودکان همچنان ناکافی است.

در مجموع، حفظ و ارتقای حقوق سلامت در ایران، نیازمند اصلاح ساختاری (در نظام مالی، مدیریت منابع و آموزش نیروی انسانی)، تقویت شفافیت و پاسخگویی دولتی، حمایت ویژه از گروه‌های در حاشیه و نیز همسویی بیشتر سیاستگذاری‌ها با اصول عدالت توزیعی و الزامات حقوق بشر است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

۴. ورود مفاهیم نو: سلامت جهانی، عدالت توزیعی و فناوری: در دهه‌های اخیر، بسترهای نیرومندی همچون جهانی‌شدن، تحولات سریع فناوری و تعمیق مفاهیم عدالت توزیعی، به نحوی مفهوم سلامت و حق سلامت را متحول کرده‌اند که بی‌شک دیگر چهارچوب‌های سنتی پاسخگوی الزامات آن نیست (۶۵-۶۴). جهانی‌شدن (Globalization) با سیال‌سازی مرزها و به هم پیوستگی ایده‌ها و ویروس‌ها، فناوری (Digital Health) با بازتعریف رابطه پزشک ـ بیمار و خلق اطلاعات بی‌سابقه، و عدالت توزیعی (Distributive Justice) با اولویت‌نگری نو به اقشار آسیب‌پذیر، تبدیل به سه‌گانه‌ای برای عصر جدید حقوق سلامت شده‌اند (۲۳، ۶۶). این بخش ضمن تحلیل این سه مفهوم، تلاقی، تعارض و همزیستی آن‌ها را در ابعاد نظری و اجرایی حقوق سلامت بررسی می‌کند.

۴-۱. مفهوم نوظهور سلامت جهانی (Global Health): سلامت جهانی نه‌تنها حوزه نوظهور آکادمیک، بلکه یک رویکرد عملی و اخلاقی برای پاسخ به تهدیدات سلامت همگانی است که از مرز دولت ـ ملت فراتر می‌رود (۶۷). بحران HIV/AIDS، تب ابولا، زیکا و اوج‌گیری همه‌گیری Covid-19، بی‌سابقه‌ترین نمونه‌های چالشی برای اثبات قدرت محدود حاکمیت‌ها و ضرورت همبستگی بین‌المللی برای پاسخگویی به این تهدیدات سلامت همگانی است (۶۸).

بر این اساس، در تعریفی از سلامت جهانی آمده است: «حوزه‌ای است از پژوهش، سیاستگذاری و اقدامات در راستای بهبود سلامت برای همگان در سطح جهانی که به برابری و عدالت توجه ویژه دارد» (۶۹). تأمل در این مفهوم، حاکی از وجود مؤلفه‌های سه‌گانه است: اولاً جنبه فراسرزمینی، بدین‌معنی که شیوع بیماری‌های واگیر (مانند پاندمی‌ها) نشان داده‌اند که بهداشت عمومی نمی‌تواند به مرزهای سرزمینی کشورها محدود باشد؛ ثانیاً وجود یک تعهد اخلاقی جهان‌شمول، بدین‌معنی که سلامت دیگر امری ملی نیست، بلکه جهت بهبود سلامت نیازمند همبستگی، مسئولیت مشترک و عدالت عمومی می‌باشیم (۵۵)؛ ثالثاً انضمام عدالت اجتماعی به عدالت بین‌المللی، موضوعی بسیار حائز توجه و اهمیت است که توزیع منابع و امکانات درمانی، حتی خارج از مرزهای ملی، بنیان اساسی این تعریف به شمار می‌آید (۲۳). از همین رو است که در بحث توزیع عادلانه واکسن Covid-19 مقوله داغ ملی‌گرایی واکسن نه‌تنها معضل پزشکی، بلکه چالشی زیربنایی برای عدالت جهانی بوده است (۷۰).

۴-۲. ورود فناوری‌های نوین: ظهور فناوری‌های نو همچون هوش مصنوعی، سلامت دیجیتال، تله‌مدیسین، ژنومیکس و داده‌کاوی سلامت، چشم‌انداز جدیدی برای دسترسی عادلانه‌تر، ابتکار در تشخیص و درمان و کاهش هزینه‌های سلامت فراهم کرده است. پرونده الکترونیک سلامت، سامانه‌های هوشمند کمک‌تشخیصی و الگوریتم‌های سنجش مخاطره بیماری، امکان بهبود شفافیت و کارآمدی نظام مراقبت درمانی را به همراه دارد (۷۱).

این فناوری‌ها با افزایش دسترس‌پذیری، کاهش هزینه‌ها و ارتقای شخصی‌سازی درمان، نظام سلامت سنتی را متحول کرده‌اند (۷۲). از سوی دیگر، هرچند فناوری‌های نوین امید به گسترش عدالت را افزایش داده است، لیکن شکاف دیجیتال (Digital Divide) دسترسی به فناوری سلامت را در میان جوامع فقیر یا کم‌درآمد تهدید می‌نماید. همچنین غلبه الگوریتم‌های غیرشفاف، سوگیری داده‌ای و ریسک سواستفاده تجاری، موجب شکل‌گیری بحث‌های داغی در حوزه عدالت درمانی شده است (۷۱). به علاوه، با ظهور هوش مصنوعی، واقعیت مجازی و مشاوره از راه دور، پرسش‌هایی در خصوص مالکیت داده‌ها، محرمانگی، خطاهای الگوریتمی، حتی هویت پزشک یا بیمار مطرح شده است (۷۴-۷۳). تفصیل مهم‌ترین این چالش‌ها به شرح زیر است:

۴-۲-۱. محرمانگی، مالکیت و امنیت داده‌های سلامت: نگهداری حجم عظیم داده‌های پزشکی (Datafication) توسط دولت‌ها و شرکت‌های خصوصی، بیم نقض حریم خصوصی، امنیت سایبری و افشای غیر مجاز اطلاعات حساس بیماران را افزایش داده است. سؤالاتی از قبیل «چه کسی مالک داده‌های سلامت بیمار است؟»، «آیا شرکت‌های فناوری حق فروش این

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

داده‌ها را دارند؟» و «در صورت وقوع خطا در تصمیم‌گیری‌های الگوریتمی، مرجع پاسخگو کیست؟» ابهامات حقوقی جدیدی ایجاد کرده‌اند (۷۳).

۴-۲-۲. سوگیری/ خطای الگوریتمی و تبعیض دیجیتال: الگوریتم‌های یادگیری ماشین در صورت آموزش با داده‌های جانبدارانه، می‌توانند ناخواسته تبعیض علیه اقلیت‌ها، زنان یا گروه‌های محروم را بازتولید کنند، حتی دسترسی نابرابر به زیرساخت‌های اینترنت و ابزار هوشمند (شکاف دیجیتال) سبب می‌شود بسیاری از مناطق روستایی یا کم‌برخوردار اساساً از فواید این فناوری‌ها محروم بمانند.

۴-۲-۳. مسئولیت‌پذیری حقوقی و هویت حرفه‌ای: تعریف مسئولیت خطای پزشکی، چنانچه مبتنی بر خروجی سامانه‌های هوشمند باشد (مانند خطای تشخیص یا درمان مبتنی بر هوش مصنوعی)، به سادگی قابل تعیین نیست و نیازمند بازنگری قوانین کیفری و مدنی است. همچنین مرز میان نقش انسان و فناوری باید تا حد امکان شفاف شود.

۴-۲-۴. حضور قدرتمند شرکت‌های چندملیتی و نقش حکمرانی جهانی: سیطره شرکت‌های فناوری و دارویی (مانند Google، Facebook و Pfizer) بر داده‌ها، آزمایشگاه‌ها و حتی سیاست‌های ثبت دارو، تهدیدی برای حاکمیت ملی، امنیت زیستی و عدالت بین‌المللی در سلامت به شمار می‌رود (۴۰). کشورها باید با وضع مقررات و توسعه چهارچوب‌های ملی و جهانی مناسب، جلوی انحصارطلبی و سوءاستفاده تجاری را بگیرند.

در نتیجه، فناوری‌های نوین ضمن آنکه ظرفیت بی‌سابقه‌ای برای تحقق حق سلامت و پاسخگویی کارآمدتر فراهم کرده‌اند، در صورت نبود رگولاتوری شفاف و عدالت‌محور، می‌توانند ناخواسته موجب گسترش انواع جدیدی از تبعیض و آسیب شوند. سیاستگذاری آینده باید با رعایت اصول همبستگی جهانی، پاسخگویی و عدالت، مسیر توسعه «انسان‌محور» فناوری‌های سلامت را دنبال کند.

۴-۳. مفهوم عدالت توزیعی (Distributive Justice): عدالت توزیعی مفهومی استراتژیک در حقوق سلامت و سیاستگذاری‌های مربوط به سلامت است. بر این اساس، سلامت صرفاً توزیع خدمات نیست، بلکه توزیع عادلانه فرصت زیستن با کیفیت است (۱۱، ۴۲، ۴۶). «سلامت، در حقیقت، شرط بهره‌مندی از سایر حقوق بنیادی است؛ بدون سلامت، تحقق آزادی و مشارکت اجتماعی ناممکن است» (۴۲).

نظریات عدالت توزیعی به ویژه در اندیشه راولز (Rawls)، سن و نویسندگان حوزه عدالت سلامت تأکید دارند که «برابری در فرصت‌های سلامت» نه‌فقط جنبه اخلاقی، که الزام حقوقی و سیاستی دارد (۱۱، ۴۶). به عناون مثال، سن با تمرکز بر «توانمندی‌ها (Capabilities)» معتقد است دسترسی همه افراد به مجموعه منابع و خدمات سلامت باید تضمین شود تا بتوان آزادی‌های اساسی را به فعلیت رساند (۱۱).

کاربرد توزیعی در سیاستگذاری بهداشت عمومی و توزیع بودجه سلامت خود را در توزیع منابع مالی/ درمانی با رویکرد قشر محروم‌محور ('Pro-Poor')، اولویت‌بندی گروه‌های آسیب‌پذیر (کودکان، سالمندان، مبتلایان به بیماری‌های مزمن و کم‌درآمد) و نیز ارتقای سلامت براساس میزان نیاز، نه صرفاً عرضه و تقاضا نشان می‌دهد (۶۶).

در سطح جهانی، سیاست‌هایی نظیر بیمه سلامت همگانی (Universal Health Coverage) و مالیات بر شرکت‌های دارویی برای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر، نمود عملی نظریه‌های عدالتند. به عنوان نمونه، در پرونده معروف Minister of Health v. Treatment Action Campaign در آفریقای جنوبی (۲۰۰۲ م.)، دادگاه قانون اساسی این کشور دولت را ملزم به تأمین داروی درمان HIV برای زنان باردار فقیر نمود و تصریح کرد که سلب دسترسی به خدمات درمانی، نقض آشکار تعهدات ایجابی دولت در قبال حق سلامت است. این رأی، استانداردی برای مداخله قضایی جهت تضمین حقوق سلامت آسیب‌پذیرترین گروه‌ها گردید.

در اروپا، پرونده Sentges v. The Netherlands (۲۰۰۳ م.) در دیوان حقوق بشر اروپا در این خصوص حائز اهمیت است؛ در این پرونده پسر معلولی تقاضای ویلچر برقی داشت. دادگاه اعلام کرد، هرچند دولت ملزم به تأمین کامل همه نیازهای

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

پزشکی نیست، اما باید در چهارچوب منابع، تمام تلاش خود را برای تحقق اصل برابری فرصت به کار گیرد.

در ماجرای Jacobson v. Massachusetts (۱۹۰۵ م.) در آمریکا، دیوان عالی این کشور رأی داد که دولت، حتی بر آزادی فردی (در شرایط اپیدمی؛ واکسیناسیون اجباری) می‌تواند محدودیت‌هایی اعمال کند، مشروط بر تناسب و ضرورت اقدام، لذا مرز مداخله فرد/ دولت با منافع عمومی دوباره بازتعریف شد.

در ایران، طرح تحول سلامت و اجرای بیمه همگانی تلاش‌هایی در همین راستا بوده است، اما چالش‌هایی همچون توزیع نابرابر امکانات پزشکی میان مناطق محروم و شهری، همچنان تداوم دارد.

در مقام جمع‌بندی، ترکیب سه مفهوم سلامت جهانی، فناوری نوین و عدالت توزیعی نه صرفاً افزوده‌ای بر اندیشه حقوق سلامت، بلکه فصل جدیدی در تبیین و تحقق حق سلامت است (۴۰). اگر زمینه‌های همکاری، شفافیت و پاسخگویی نهادی در این سه حوزه تقویت نشود، نه‌تنها تحقق حق سلامت میسر نیست، بلکه خطر ظهور گونه‌های جدیدی از تبعیض و محرومیت نیز دور از ذهن نخواهد بود (۶۶). متعهدماندن به عدالت جهانی و انسانی‌سازی فناوری، شاه‌کلید گذار از چالش‌های پیش‌رو است.

۵. مرزبندی حقوق سلامت با سایر شاخه‌ها

۵-۱. حقوق سلامت و حقوق پزشکی: حقوق پزشکی عمدتاً بر رابطه پزشک و بیمار (مسئولیت، قصور، رضایت، اسرار پزشکی) و مقررات حرفه‌ای پزشکی متمرکز است، اگرچه بخشی از حقوق سلامت ممکن است بر قواعد حقوق پزشکی منطبق شود، اما افق نظری و عملی آن بسیار گسترده‌تر است. حقوق سلامت شامل ایجاد ساختارهای عادلانه، تضمین عدالت توزیعی در نظام سلامت، سیاستگذاری عمومی و توجه به سلامت جمعیت است و ماهیتاً ناظر بر عملکرد کل حاکمیت و جامعه در مسیر تحقق سلامت است. این مرزبندی نشان می‌دهد هرچند حقوق پزشکی ذیل حقوق سلامت قرار می‌گیرد، اما حقوق سلامت حوزه‌ای استراتژیک و فراگیرتر را نمایندگی می‌کند.

۵-۲. حقوق سلامت و اخلاق پزشکی: اخلاق پزشکی علم یا حوزه‌ای هنجاری است که بر مباحث ارزشی، اصول اخلاقی (مانند سودمندی، عدم زیان‌رسانی، احترام به خودمختاری و عدالت) و دلالت‌های اخلاقی تصمیمات بالینی تأکید دارد (۲۴)، هرچند در بسیاری از موارد مانند اصل عدالت، اصول اخلاقی و هنجارهای حقوقی سلامت نزدیک یا متناظر هستند، اما اهداف، ابزارها و ضمانت اجرا در این دو حوزه متفاوت است. اخلاق پزشکی بیشتر به ابعاد فردی و انتزاعی ارتباط دارد، در حالی که حقوق سلامت بر ابزارهای اجرایی و الزام‌آور و نهادینه‌سازی سازوکارهایی برای تحقق عینی سلامت جامعه پافشاری می‌کند. به دیگر سخن، اخلاق پزشکی عمدتاً درباره تصمیم‌گیری‌های ارزش‌مدارانه و انتزاعی در رابطه پزشک و بیمار (مانند رضایت آگاهانه، عدم‌ضرر، سودمندی و عدالت) است، در حالی که حقوق سلامت، ابعاد ساختاری، نظارتی و اجرایی گسترده‌تری را با پشتوانه ضمانت‌های قانونی، پوشش می‌دهد.

به عنوان مثال، در اوج بحران همه‌گیری کووید-۱۹، بیمارستان‌ها با کمبود شدید تخت مراقبت ویژه، ونتیلاتور و منابع حیاتی مواجه بودند. این وضعیت، پزشکان و مدیران سلامت را با سه‌گانه اخلاق، حقوق و واقعیت‌های منابع محدود رو به رو ساخت: از منظر اخلاق پزشکی، پرسش اصلی این بود: بر چه مبنایی تصمیم بگیریم که کدام بیمار سریع‌تر از ونتیلاتور بهره‌مند شود؟ در اینجا اصول سودمندی (نجات جان بیشترین بیماران)، عدالت (تبعیض قائل‌نشدن) و احترام به کرامت (خودمختاری، عدم قربانی‌سازی افراد) به چالشی عملی بدل می‌شوند. در مقابل، از منظر حقوق سلامت، این تصمیم‌گیری باید در چهارچوب مقررات مصوب، دستورالعمل‌های ملی و نظارت عمومی صورت گیرد، یعنی نظام سلامت باید پاسخگوی همه شهروندان باشد و تعیین مرزهای «حق بر دسترسی برابر» با «محدودیت منابع» نیازمند سازوکار شفاف است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

در ایران نیز، دستورالعمل‌های سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت برای اولویت‌بندی بیماران مبتنی بر شاخص‌های سن، شدت بیماری، امید به بقای بیشتر و فقدان بیماری زمینه‌ای، همزمان نقدهای اخلاقی و شکایاتی ایجاد کرد.

پرونده‌های قصور پزشکی، به ویژه در زمینه مرگ مغزی و پیوند اعضا، مثال برجسته دیگری از تلاقی اخلاق پزشکی و حقوق سلامت است. در ایران، برخلاف برخی کشورها، قانون پیوند اعضا صراحتاً اهدای عضو پس از احراز مرگ مغزی را ـ با رضایت اولیای قانونی ـ مجاز می‌داند (قانون اهدای عضو، مصوب ۱۳۷۹ م.)، اما در عمل، هنگام مواجهه با پرونده‌هایی که خانواده متوفی رضایت نمی‌دهند یا نسبت به احراز مرگ مغزی تردید دارند، اختلاف نظری جدی شکل می‌گیرد. از حیث اخلاق پزشکی، احترام به کرامت و اراده خانواده و دغدغه احتمال خطای تشخیص مطرح است؛ در برابر آن، استدلال می‌شود که حفظ جان چند بیمار دیگر (سودمندی) در صورتی که روند قانونی طی شده باشد، اولویت دارد. در مقابل، از حیث حقوق سلامت: صدور مجوز رسمی، وجود امکان اعتراض، رعایت فرآیندهای نظارتی و تدوین رویه برای برخورد انسانی و شفافیت پاسخگویی، نشانگر اهمیت تعامل این دو حوزه است.

۵-۳. حقوق سلامت و حقوق بیماران: حقوق بیماران اغلب به مجموعه‌ای از حقوق فردی بیماران در مواجهه با نظام سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی همچون حق دریافت اطلاعات، انتخاب آزاد پزشک، رضایت آگاهانه، محرمانگی و شکایت از ارائه‌دهنده خدمت اطلاق می‌شود، در حالی که حقوق بیماران زیرمجموعه‌ای از حقوق سلامت محسوب می‌شود، «حقوق سلامت» گستره‌ای اجتماعی و کلان‌نگر دارد و تضمین‌کننده ابعاد ساختاری و نهادی برای سلامت همگان است.

در مجموع، حقوق سلامت نه یک شاخه فرعی و فروکاسته به رابطه پزشک و بیمار و نه صرفاً مجموعه‌ای از مقررات پزشکی است، بلکه مفهومی چندلایه، درهم‌تنیده با حقوق بشر، عدالت اجتماعی و مسؤولیت دولت‌ها و جامعه در تحقق سلامت همگان است. مرزبندی با مفاهیمی همچون حقوق پزشکی، اخلاق پزشکی و حقوق بیماران، نه به معنای پراکندگی یا تداخل مفاهیم، بلکه برای شفاف‌سازی گستره و کارکرد این حق بنیادین ضروری است. در نهایت، همانطور که اجماع اسناد بین‌المللی و رویکرد غالب کتب حقوق سلامت نشان می‌دهد، این حق واجد ماهیتی بنیادین و در عین حال ترکیبی است: «حق برخورداری فرد از بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامت» هم حق بشری، هم حق اجتماعی و هم حق مطالبه‌ای علیه دولت و جامعه است.

نتیجه‌گیری

بررسی تاریخی، فلسفی و تطبیقی مفهوم حقوق سلامت نشان می‌دهد که این مقوله نه صرفاً بخشی از عدالت اجتماعی یا دغدغه گروه‌های خاص، بلکه سنگ‌بنایی برای تحقق کرامت انسانی، رشد پایدار جامعه و تضمین سایر حقوق بنیادین است. نقطه قوت حقوق سلامت آن است که در گذر زمان توانسته میان سنت‌ها و مقتضیات مختلف ـ از آموزه‌های مذهبی و فلسفی گرفته تا پیشرفت‌های فناورانه و الزامات معاصر ـ پیوندی پویا برقرار سازد.

در بخش نخست مقاله، بازخوانی اندیشه‌ها و تجارب تمدن‌های باستانی تا جهان مدرن روشن ساخت که سلامت، گذشته از بُعد زیستی، همواره در بستر الزامات اخلاقی، مسئولیت اجتماعی و عدالت تعریف شده است. مقتضیات زمانه و شکل‌گیری دولت‌های مدرن، مسیر تدریجی تبدیل سلامت به حقی الزام‌آور و جهان‌شمول را هموار کردند. اسناد بین‌المللی مانند اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاق‌های سازمان ملل بر «حق بر سلامت»به عنوان تعهدی مؤثر و قابل پیگیری برای دولت‌ها صحه گذاشتند.

مقاله چنین نتیجه می‌گیرد که شکاف میان مفاهیم نظری حقوق سلامت و واقعیت‌های اجرای آن، محصول چالش‌های ساختاری و منابع محدود، نابرابری‌های تاریخی و جغرافیایی و نیز نوسانات سیاسی و اقتصادی است. همین موضوع، ضرورت حکمرانی مشارکتی و رویکرد بین‌رشته‌ای را برجسته می‌نماید،

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

به گونه‌ای که تحقق عملی حق سلامت به تنهایی از عهده یک نهاد یا نظام حقوقی برنمی‌آید و نیازمند مشارکت گسترده دولت، جامعه مدنی، گروه‌های علمی و بیماران است.

مطالعه نسبت حق سلامت و عدالت (سلبی و ایجابی)، روشن کرد که سلامت فقط مصونیت از تعرض دولت یا بی‌عدالتی نیست، بلکه تحقق واقعی آن مستلزم ابتکارهای ایجابی، شفافیت در تخصیص منابع و پاسخگویی نسبت به گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان، کودکان، سالمندان و افراد دارای معلولیت است. عدالت سلامت در رویکردهای تطبیقی (لیبرال، سوسیالیست، دینی)، هرچند با تفاوت‌هایی مفهوم‌پردازی شده، اما اشتراک بر سر لزوم توزیع عادلانه امکانات، صیانت از کرامت انسان و تضمین حداقلی از رفاه برای همگان، اصل مشترک است.

محتوای بخش‌های بعدی مقاله، تأکید بر دگرگونی‌هایی داشت که فناوری‌های نوین (سلامت دیجیتال، هوش مصنوعی، داده‌کاوی و...) در نظام سلامت و حقوق بیماران ایجاد نموده‌اند. این تحولات فرصت‌ها و همزمان تهدیدهای جدیدی برای امنیت داده‌ها، اخلال در برابری دسترسی، مسئولیت‌پذیری حقوقی و اخلاقی به همراه آورده است. بنابراین مدیریت این عرصه مستلزم بازتعریف پیوسته چهارچوب‌های حقوقی و اخلاقی و نیز آموزش مستمر کنشگران است.

مطالعات موردی داخلی (به ویژه نظام سلامت ایران) نشان داد که اگرچه در قوانین اساسی بر حق سلامت به صراحت تأکید شده، اما تحقق عدالت و دسترسی عادلانه به خدمات به دلیل محدودیت منابع، تعارض منافع و ضعف اجرایی هنوز چالش‌برانگیز است. این تجربه، اهمیت سیستماتیک‌کردن نظارت، شفافیت و مسئولیت‌پذیری دولتی را گوشزد می‌کند.

نمونه‌های تحلیلی مقاله از جدایی‌ناپذیری حقوق سلامت و اخلاق پزشکی پرده برداشتند: موارد بحران کووید-۱۹، مسائل قصور پزشکی، مسأله رضایت آگاهانه و امنیت داده، همگی نمایانگر آن بودند که سیاستگذاری سلامت بدون رویکرد اخلاق‌محور و مشارکت فعال جامعه محکوم به شکست است.

در مجموع، پژوهش حاضر تأکید می‌کند که «حق بر سلامت»، از جنس شعار یا آرمان صرف نیست، بلکه محوری برای سیاستگذاری، برنامه‌ریزی عملیاتی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی است. تحقق نهایی این حق نه‌تنها در گرو وضع قوانین جامع و استانداردهای بین‌المللی، بلکه نیازمند تقویت فرهنگ مطالبه‌گری، ارتقای آموزش عمومی، شفاف‌سازی پاسخگویی و حاکمیت قانون در میدان عمل است. آینده سلامت، به توانایی نظام‌های حقوقی و اخلاقی در پذیرش تغییر، هم‌افزایی دانش و پاسداری از کرامت انسان وابسته است؛ وظیفه‌ای که نیازمند عزم جدی و همکاری همه‌جانبه است.

مشارکت نویسندگان

سیدرضا احسان‌پور تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

References

1. Gostin LO. Global Health Law. Massachusetts: Harvard University Press; 2014. p.29, 47, 96, 110.

2. Porter R. The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present. New York: HarperCollins; 1997. p.16, 41, 200, 325.

3. Zarrinkoob AH. With the Caravan of Hella: A Collection of Literary Criticism. Tehran: Amir Kabir Publications; 2005. p.103, 121. [Persian]

4. Pourdavoud E. Avesta Book. Tehran: Nashr-e Ketab Publications; 1936. p.185. [Persian]

5. Sharma PV. History of Medicine in India. New Delhi: Indian National Science Academy; 1994. p.7.

6. Smith WF. The Medical Profession in Antiquity. Dublin: Dominican Publication; 2005. p.135, 139.

7. Mavroforou A. Health law and bioethics: Past, present and future. Medicine and Law. 2010; 29(1): 141-147.

8. Bynum WF. The History of Medicine: A Very Short Introduction. Oxford: Oxford University Press; 2008. p.54.

9. Ibn Sina H. Al-Qanun fi al-Tib. Tehran: Hekmat Publications; 2006. [Persian]

10. Goichon AM. Ibn Sina: Medicine and Philosophy. Philosophy East & West. 1971; 21(1): 91-99.

11. Sen A. Why health equity?. Health Economics. 2002; 11(8): 659-666.

12. Rousseau JJ. Du contrat social. Geneva: Marc-Michel Rey; 1762. p.39.

13. Locke J. Two Treatises of Government. London: Awnsham Churchill; 1689.

14. Hunt L. Inventing Human Rights: A History. New York: W.W. Norton & Company; 2007. p.88.

15. Rosen G. A History of Public Health. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993. p.67.

16. Szreter S. Rethinking McKeown: The relationship between public health and social change. American Journal of Public Health. 2002; 92(5): 722-725.

17. Bambra C. Health Divides: Where You Live Can Kill You. Bristol: Policy Press; 2016. p.53, 85, 87, 134-135, 196.

18. Daniels N. Health care needs and distributive justice. Philos Public Aff. 1981; 10(2): 146-179.

19. Beveridge W. Social Insurance and Allied Services. New York: The Macmillan Co; 1942.

20. WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO Publications; 1946. Preamble.

21. Taylor AL. Global Health: Law, Ethics and Policy. Journal of Law, Medicine & Ethics. 1992; 20(3): 145-152.

22. United Nations. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR). 1966. Art.12.

23. Kickbusch I, Silberschmidt G, Buss P. Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull World Health Organ. 2007; 85(3): 230-232.

24. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013. p.120-141, 310.

25. United Nations. Sustainable Development Goals (SDGs). 2015. Goal.3.

26. Munir MA, Kayani A. Patient Autonomy and Informed Consent. The Professional Medical Journal. 2017; 24(1): 75-80.

27. Council of Europe. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine (Oviedo Convention). 1997. Art.5.

28. Marmot M. Social justice, social determinants and health equity. Bioethics. 2020; 34(7): 620-630.

29. UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. 2005. Art.11.

30. Fee E, Brown TM. The Unfulfilled Promise of Public Health: Déjà Vu All Over Again. Health Affairs. 2002; 21(6): 31-43.

31. WHO. Pandemic influenza preparedness and response: A WHO guidance document. Geneva: WHO Publications; 2009. p.7.

32. UNAIDS. Global AIDS Update. 2016. p.17.

33. Mann JM, Tarantola D, Netter TW. AIDS in the World. Massachusetts: Harvard University Press; 1992. p.10.

34. Nuremberg Code. Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law. 1947. No.10, Principle 1-10.

35. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013; 310(20): 2191-2194.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

36. Cook RJ, Dickens BM. Appropriate reproductive rights and birth control methods. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2002; 78(1): 89-95.

37. UN. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). 1979.

38. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services. 1992; 22(3): 429-445.

39. Andorno R. Global Bioethics at UNESCO: In Defence of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Journal of Medical Ethics. 2007; 33(3): 150-154.

40. Gostin LO, Wiley LF. Public Health Law: Power, Duty, Restraint. 3rd ed. Berkeley: University of California Press; 2020. p.6, 34, 167, 248.

41. WHO. Timeline of WHO's response to COVID-19. Geneva: WHO Publications; 2020. p.8.

42. Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008. p.3, 12, 34-37, 42-43.

43. King LS. Health as a Basic Human Right. In: Health Programs in Developing Countries. No Place: No Name; 2002. p.381-391.

44. Hogerzeil HV, Samson M, Casanovas JV, Rahmani-Ocora L. Is access to essential medicines as part of the fulfillment of the right to health enforceable through the courts?. The Lancet. 2006; 368(9532): 305-311.

45. Nozick R. Anarchy, State and Utopia. Hoboken: Blackwell Publications; 1974. p.33.

46. Rawls J. A Theory of Justice. Massachusetts: Harvard University Press; 1971. p.51, 53, 67.

47. Daniels N. Justice, Health and Healthcare. The American Journal of Bioethics. 2001; 1(2): 2-16.

48. Chapman AR. Realizing the Right to Health: Swiss Human Rights Book. Zurich: Ruffer & Rub; 2016; Vol.3 p.39-51.

49. ICESCR. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. United Nations. 1966. Art.12.

50. Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. Ohio: McGraw-Hill Education; 2011. p.191.

51. O'Neill O. Autonomy and Trust in Bioethics. Cambridge: Cambridge University Press; 2002. p.56.

52. Prainsack B, Buyx A. Solidarity in Biomedicine and Beyond. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.

53. Dawson A, Verweij M. Solidarity: A moral concept in need of clarification. Public Health Ethics. 2008; 1(2): 84-92.

54. Gardiner SM. A Perfect Moral Storm: The Ethical Tragedy of Climate Change. Oxford: Oxford University Press; 2010. p.39.

55. Gostin LO, Sridhar D. Global Health and the Law. New England Journal of Medicine. 2014; 370(18): 1732-1740.

56. Boyd DR. The status of the right to a healthy environment. Environmental Science & Policy. 2012; 19-20: 613-620.

57. Munir MA, Kayani A. Patient Autonomy and Informed Consent. The Professional Medical Journal. 2017; 24(1): 75-80.

58. Pontifical Council for Justice and Peace. Compendium of the Social Doctrine of the Church. Vatican City: Libreria Editrice Vaticana; 2004. p.182, 184.

59. Rahmani Z. Health and Justice in Islam. Qom: Rah-e Iman Institute; 2013. p.42. [Persian]

60. Nussbaum MC. Creating Capabilities: The Human Development Approach. Massachusetts: Harvard University Press; 2011. p.48.

61. Emami H. Civil Law. Tehran: Islamiyeh Publications; 2000. Vol.2 p.181. [Persian]

62. Shirzadian N (2014). Modernization in Iranian Health Law. Mashhad: Erfan Press; 2014. p.39. [Persian]

63. Shojaei M. (1400). Charter of Health Rights in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Judiciary Research Institute; 2021. p.23. [Persian]

64. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. New England Journal of Medicine. 2013; 368(10): 936-942.

65. Gostin LO, Friedman EA. Towards A Framework Convention on Global Health. The Journal of Law, Medicine & Ethics. 2013; 41(1): 9-19.

66. Marmot M. Social justice, social determinants and health equity. Bioethics. 2020; 34(7): 620-630.

67. Koplan JP, Bond C, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, SewankamboNK, et al. Towards a common definition of global health. The Lancet. 2009; 373(9679): 1993-1995.

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

68. Fidler DP. The Challenges of Global Health Governance. Council on Foreign Relations. 2010. Available at: https://www.ciaotest.cc.columbia.edu/wps/cfr/0019180/index.html.

69. Beaglehole R, Bonita R. What is global health?. Global Health Action. 2010; 3(1): 5142.

70. Emanuel EJ, Persad G, Kern A, Buchanan A, Fabre C, Halliday D, et al. An ethical framework for global vaccine allocation. Science. 2020; 369(6509): 1309-1312.

71. Obermeyer Z, Powers B, Vogeli C, Mullaainathan S. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. Science. 2019; 366(6464): 447-453.

72. Rosenbaum L. The untold story of opioid dispensing. The New England Journal of Medicine. 2018; 378: 591-594.

73. Shah S, Chircu AM. Health Informatics: A Patient-Centered Approach. Health Policy and Technology. 2018; 7(3): 255-261.

74. Moradi A. Bioethics and New Health Technologies. Tehran: Research Institute for Culture, Art and Communication; 2017. [Persian]

[Downloaded from healthlawjournal.ir on 2026-10-11]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.