

سلامت به مثابه حق بشری؛ روایت حقوقی از منطق حکمرانی برای سلامت

ولی اله وحدانی نیا^۱، میرسجاد سیدموسوی^۲، محمدمبین وحدانی نیا^۳، عباس وثوق مقدم^۴

تاریخ دریافت: 98/10/29

تاریخ پذیرش: 99/2/14

تاریخ انتشار: 99/5/4

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

«زبان حقوقی» تکیه‌گاه استدلالی محکمی برای دفاع از سلامت فراهم کرده است؛ به‌طوری‌که، قواعد حقوق بشر، به‌عنوان عمده‌ترین ارزش سیاسی جهانی‌شدن، در قلب تئوری و عمل گفتمان سلامت عمومی، جای گرفته است و قدرت لازم‌الاجرا بودن آن می‌تواند به تضمین توزیع عادلانه‌ی منابع سلامت در کشورها کمک کند؛ در عین حال، حق سلامت، حق ادعایی که در اسناد بین‌المللی و ملی شناسایی شده است، خود مستلزم پیش‌شرط‌هایی است که بدون وجود زمینه‌ی مناسب فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی و به‌طور کلی، عوامل شکل‌دهنده‌ی «زمینه‌ی زندگی مردم»، تحقق نمی‌یابد؛ به‌عبارتی، استدلال با زبان حقوقی برای سلامت، می‌تواند با خود، استدلال حق بر تعیین‌کننده‌های سلامت را به دنبال داشته باشد؛ از همین رو، این مقاله با اتخاذ رویکردی معرفت‌شناسانه، روایتی حقوقی از منطق حکمرانی برای سلامت ارائه می‌کند که چشم‌اندازی تازه از مباحث «حق سلامت» پیش رو گذاشته است و با استدلال‌هایی قدرتمند، نشان می‌دهد که سیاست‌گذاری سلامت، باید مبتنی بر فهم موضوعاتی باشد که تأثیراتی عمده بر سلامت مردم دارند؛ موضوعاتی که با عنوان عوامل «تهدیدکننده‌ی سلامت»، «محافظت‌کننده‌ی سلامت» و «ارتقاءدهنده‌ی سلامت» توصیف می‌شوند؛ گرچه، مطالبه‌ی ادعایی حق سلامت، به‌مثابه «حق لازم‌الاجرای فردی»، انتقاداتی را هم در پی داشته و ممکن است موانع و محدودیت‌هایی نظری و عملی پیش روی تحقق کامل این حق بشری وجود داشته باشد.

واژگان کلیدی: تعیین‌کننده‌های سلامت، حق سلامت، حق‌های حداقلی، حق‌های ناپذیرفتنی، حکمرانی برای سلامت

۱. پژوهشگر ارشد، مرکز مطالعات سیاست‌گذاری عمومی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

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

۳. استادیار گروه حقوق خصوصی، دانشگاه علوم قضایی، تهران، ایران.

۴. استادیار پژوهشی پزشکی اجتماعی، دبیرخانه‌ی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، خیابان فاطمی غربی، خیابان اعتمادزاده، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تلفن: ۰۹۱۲۲۷۹۶۰۱۶،

Email: vvnia@yahoo.com

مقدمه

سلامت، یکی از قابلیت‌های اساسی است که به زندگی انسان ارزش می‌بخشد (۱). سلامت، ارزشی بنیادین، حقی انسانی، هدفی اجتماعی، نیرویی مولد، معیاری برای موفقیت کشورها، راهبردی جهانی و معرف حکمرانی مطلوب برای توسعه‌ی پایدار است که نیاز به همکاری، هماهنگی و مشارکت همه‌جانبه دارد (۲).

در این میان، تلفیق مباحث «سلامت» و «حقوق بشر»، صورت‌بندی جدیدی از مقاصد سلامت و سیاست‌گذاری سلامت ارائه کرده که به دلیل برتری سیاسی و قانونی روایت حقوقی از سلامت، دولت‌ها را ملزم می‌دارد تا از نظر قانونی به سلامت شهروندانشان متعهد باشند (۳)؛ چراکه اگر بپذیریم «حق حیات»، مهم‌ترین دارایی انسان است، آنگاه، به‌نحوی بارز و آشکار، بنیادی‌ترین و مهم‌ترین حقوق مترتب بر انسان‌ها، «حق سلامت» خواهد بود؛ بااین‌حال، حق سلامت مفهوم ذهنی ایدئال و مبهمی است که بحثی توأم با سردرگمی و مجادله را میان صاحب‌نظران و اندیشمندان عرصه‌ی سلامت گشوده است. حق سلامت، به‌عنوان مفهومی نامأنوس و غریب برای عموم و بحث‌برانگیز و پیچیده برای خواص این علم، در یک نگاه، معنای حق سالم‌بودن را به ذهن متبادر می‌سازد؛ اما ممکن است ادعائی باشد نسبت به هر آنچه برای برخورداری و استیفا از سلامت کامل و دستیابی به تمامی ملزومات و متعلقات آن، لازم و ضروری می‌نماید (۴)؛ چنان‌که بر اساس فهم گسترده از سلامت، حق سلامت می‌تواند به حق خوب‌زیستی^۱ کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه فقط، فقدان بیماری و ناتوانی تعبیر شود (۲)؛ همچنان که در ادبیات مربوط به اسناد حقوق بشری، حق حیات از بارزترین حق‌های مدنی و سیاسی است و این هرگز به مفهوم حیات

ابدی تلقی نمی‌شود، بلکه غالباً اشارتی به متون معاهده‌ای دقیق‌تر و مفصل‌تر در این خصوص است که مفهوم حق حیات را به‌نحوی مشخص و بارز، شرح و بسط می‌دهند، حق سلامت نیز به معنای «حق سالم‌بودن» نیست (۵).

حق سلامت، تکیه‌گاه سیاست‌گذاری سازمان ملل، چندین سازمان بین‌المللی غیردولتی و آژانس‌های ملی توسعه را شکل می‌دهد و در قانون اساسی بسیاری از کشورها، ازجمله جمهوری اسلامی ایران، وجود دارد (۶). اولین تجلی ضمنی حق سلامت را می‌توان در ماده‌ی ۵۵ منشور سازمان ملل متحد مشاهده کرد (۷). منشور حقوق بشر که بر ارجحیت سیاست‌گذاری سلامت در سطح جهانی تأکید دارد، خود گواهی بر «حق ویژه‌ی سلامت» است (۸). در بند یک ماده‌ی ۲۵ اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر آمده است: «هرکس حق دارد سطح استانداردی از زندگی را داشته باشد که تکافوکنده‌ی سلامت خودش و خانواده‌اش شامل غذا، پوشاک، مسکن، مراقبت‌های بهداشتی و درمان و خدمات اجتماعی ضروری باشد» (۹). منشور حقوق بشر اسلامی نیز، از حق سلامت غافل نبوده است؛ اما شفاف‌ترین و کامل‌ترین بیان از حق سلامت را می‌توان در ماده‌ی دوازده میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشاهده کرد؛ این میثاق که به‌مثابه اصلی‌ترین سند بین‌المللی درخصوص حق سلامت به شمار می‌آید و دولت ایران در سال ۱۳۵۴ بدان ملحق شده است (۱۰)، اذعان می‌دارد سلامت، یک حق بشری بنیادین است که برای اعمال دیگر حقوق بشری ضروری است و هر وجود انسانی، مستحق است تا از بالاترین استانداردهای در دسترس برای داشتن یک زندگی شایسته لذت ببرد (۱۱)؛ همچنین، حق سلامت در اسناد، کنوانسیون‌ها، معاهدات، قطعنامه‌ها و اسناد پایانی کنفرانس‌های متعدد دیگری در عرصه‌ی بین‌المللی، تصویب و تأکید شده است که بر تصمیم‌گیری‌های بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی، در حوزه‌های

1. Well-Being

بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی، شناسایی شده است، روایتی حقوقی از منطق «حکمرانی برای سلامت» ارائه کند (۱).

روش کار

این مطالعه‌ی کیفی به روش تحقیق اسنادی کتابخانه‌ای انجام گرفته است. روش اسنادی، یعنی تحلیل آن دسته از اسناد در دسترس که شامل اطلاعات درباره‌ی پدیده‌ای است که قصد مطالعه‌ی آن را داریم (۱۳). این روش مستلزم جست‌وجویی توصیفی، تحلیلی و تفسیری است که واژگان و مفاهیم، مهم‌ترین رکن آن است (۱۴). در اینجا به متن، به‌منزله‌ی نوعی زبان یا ابزار نگریسته می‌شود که بازگوکننده‌ی واقعیت و پدیده‌ی اجتماعی مورد نظر است. این روش اجازه داد تا به طیفی گسترده از کتب و متون، اسناد و گزارش‌های منتشرشده در گستره‌ی وب، مراجعه و آن‌ها را تجزیه و تحلیل کنیم. جست‌وجوی منابع در مرحله‌ی مطالعه‌ی اکتشافی، بر اساس اهداف و جهت‌گیری این مطالعه، انجام و بر مبنای ارزش علمی و محتوایی، دسته‌بندی شد؛ سپس، از میان این منابع، نمونه‌گیری، بر اساس چهار معیار «صالت»، «اعتبار»، «نمایابودن» و «معناداربودن» انجام شد. در ادامه‌ی کار، بر نمونه‌گیری انباشتی (گلوله‌برفی) تکیه شد؛ یعنی با استفاده از فهرست منابع پژوهش‌های استنادشده، به سمت منابع بیشتر حرکت شد تا اشباع نظری مورد نظر حاصل شود (۱۵).

در تجزیه و تحلیل مباحث صورت‌گرفته درباره‌ی حق سلامت، روشن شد که دو دسته از دیدگاه‌های نظری را می‌توان بررسی کرد؛ یکی دیدگاه‌های تبیین‌کننده‌ی مفهوم سلامت که در گفتار اول بدان می‌پردازیم و دیگری، دیدگاه‌های حقوقی درباره‌ی سلامت که در گفتار دوم بدان خواهیم پرداخت. در گفتار سوم هم، به چالش‌های عملی و منازعات حقوقی درباره‌ی سلامت توجه می‌کنیم.

مربوط به حق سلامت، اثر می‌گذارد (۱۲).

به بیان دیگر، حقوق بشر و سلامت عمومی را می‌توان رویکردهایی مکمل و درعین‌حال متضاد، برای مراقبت و ارتقای خوب‌زیستی و کرامت انسان دانست؛ سلامت عمومی، نیازهای مردم را واری و آن را از طریق مداخله و آموزش برای پیشگیری از شیوع بیماری‌ها دنبال می‌کند، رویکرد حقوق بشر نیز، در قوانین ملی و بین‌الملل، به دلیل تقدس و اهمیت حق بر سلامت در حفظ حق حیات انسان، تعهدات دولت‌ها را برای حفظ شهروندان از خطر و خلق شرایطی که هر فرد به‌واسطه‌ی آن قادر باشد به ظرفیت کامل بالقوه‌اش دست یابد، شکل می‌دهد؛ البته، باید در نظر داشت که سلامت و حقوق بشر، رابطه‌ای علی دارند. پیامدهای سلامت حقوق بشر با نقضی حقوق بشری شروع شده و به سمت خروجی‌ای مضر سلامت هدایت می‌شود. در مقابل، روابط علی‌معلولی پیامدهای حقوق بشری خدمات سلامت، با سیاست‌گذاری‌های سلامت و سازمان‌های مراقبت‌کننده‌ی آن شروع شده و به نتایج حقوق بشری‌شان پیوند می‌یابد؛ یعنی هر نقض یا توسعه‌ی وضعیت‌های حقوق بشری مردم، از طریق تأثیر بر تعیین‌کننده‌های سلامت آن‌ها توزیع می‌شود؛ پس، توجه به توانمندی‌های بالقوه‌ی رویکردی حقوق بشری، برای تضمین موفقیت سیاست‌گذاری سلامت فرد و جامعه و بالعکس، کلیدی است (۳).

درهرحال، با حق‌خواندن سلامت و با فرض اینکه به‌عنوان حقی بشری قابل مطالبه و ادعا از سوی مردم است، مطالبه‌ی سلامت، سبب واریسی تعیین‌کننده‌های آن و به‌طور کلی، «زمینه‌ی زندگی مردم» که بر سلامت آنان اثر می‌گذارد، می‌شود؛ ازاین‌رو، هدف این نوشتار آن است که با تسری‌دادن استدلال حق سلامت به حق-ادعایی برای برخورداری از تسهیلات، امکانات و خدمات و مجموعه‌ی شرایط و الزامات تعیین‌کننده‌ی سلامت که به اشکال مختلف در اسناد

یافته‌ها

گفتار اول: گستره‌ی مفهومی سلامت و عدالت سلامت

در جهانی که پیوسته در حال دگرگونی است، مفاهیم بر مبنای تحول پارادایمی اندیشه و روش‌های جدید علمی درک می‌شوند. درک از سلامت نیز، وابسته به زیربنای پارادایمی تفکر است و اندیشمندان، سیاست‌مداران و سیاست‌گذاران، بسته به اینکه در چه بافتار پارادایمی می‌اندیشند و تصمیم‌گیری و عمل می‌کنند، ممکن است، برداشتی کاملاً متفاوت از مفهوم «سلامت» و منطق سیاست‌گذاری برای آن داشته باشند. بررسی سیر تاریخی تحولات مفهومی سلامت هم، نشان می‌دهد رویکردها و مدل‌های مفهومی متعددی، آشکار شده‌اند که در روایتی کلی، می‌توان آن‌ها را در قالب دو پارادایم سیاست‌گذاری معرفی کرد:

پارادایم زیست‌پزشکی^۱: این پارادایم با تعریفی حداقلی از سلامت، به‌سادگی، آن را با «فقدان بیماری» می‌سنجد (۱). در افراطی‌ترین حالت، نگاهی مکانیکی به سلامت دارد و بدن را شبیه ماشینی می‌بیند که وقتی خراب می‌شود، باید تعمیر گردد؛ بنابراین، به پیشگیری، کمتر اهمیت می‌دهد (۱۶). نمونه‌ی تعریف آن از سلامت این است: حالتی که با بی‌عیبی آناتومیک، فیزیولوژیک و روان‌شناختی مشخص می‌شود (۱۷). این دیدگاه تقلیل‌گرا که اساس نظریه‌ی «میکروبی بیماری‌ها» محسوب می‌شود، اگرچه برای درمان بیماری‌های میکروبی (عصر بیماری‌های واگیر) موفق بوده، برای چاره‌جویی مسائل اساسی سلامت انسان در عصر بیماری‌های غیرواگیر، نارسا و فاقد جامعیت لازم است (۳).

پارادایم زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی^۲: این پارادایم، دیدی کل‌نگر به سلامت دارد؛ برای تعریف سلامت و بیماری، همه‌ی ابعاد وجودی انسان را در نظر می‌گیرد که نیازمند

اشکالی پیچیده از اقدامات سیاستی است. این پارادایم، اساساً، تکیه‌گاه طب سنتی در طول تاریخ بوده که با ظهور طب مدرن از ابتدای قرن بیستم، به حاشیه رانده شده و با پیشرفت و پیچیده‌تر شدن جوامع بشری، باری دیگر، در کانون توجه قرار گرفته و به‌طور گسترده، در مباحث «طب مکمل یا جایگزین»^۳ مطرح شده است (۱۸)؛ در واقع، دیدگاه پزشکی را گسترش داده و فهمی مثبت از سلامت، به‌عنوان پدیده‌ای اجتماعی و مرتبط با دستور کار عدالت اجتماعی، ارائه می‌کند (۳). «سلامت مثبت»، حالتی ورای فقدان ساده‌ی بیماری است که پیش‌بینی‌کننده‌ی افزایش طول عمر، کاهش هزینه‌های سلامت، سلامت روان بهتر در پیری و پیش‌آگهی بهتر به هنگام ابتلا به بیماری است (۱۹)؛ با این‌نگاه، سلامت در مقدمه‌ی اساسنامه‌ی سازمان جهانی بهداشت، این‌گونه تعریف شده است: «حالتی از خوب‌زیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط، فقدان بیماری یا ناتوانی» (۲۰). در برخی تعاریف کامل‌تر، به بُعد معنوی هم پرداخته شده است (۱۶). در این تعریف، خوب‌زیستی [به‌زیستی]، جزئی از مفهوم سلامت است و درعین‌حال، سلامت، خود، یکی از والاترین چیزهایی است که مردم برای خوب‌زیستن، مهم می‌دانند؛ در واقع، سلامت و خوب‌زیستی، درهم‌تنیده‌اند. براساس نظر سازمان جهانی بهداشت، خوب‌زیستی دو بعد دارد؛ عینی و ذهنی. بعد عینی خوب‌زیستی، به «استانداردهای زندگی» یا «سطح زندگی» مربوط می‌شود؛ استانداردهایی مثل درآمد و اشتغال، مسکن، بهداشت و تغذیه، سطح بهره‌مندی از خدمات سلامت، آموزشی، تفریحی و اوقات فراغت، حقوق بشر و... . بعد ذهنی خوب‌زیستی، به «کیفیت زندگی»^۴ مربوط می‌شود؛ «دراک فرد از وضعیت زندگی‌اش، که در بستر نظام‌های فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و علایقش» تعریف می‌شود

3. Complementary or Alternative Medicine
4. Quality of Life

1. Biomedical
2. Bio-Psycho-Socio-Spiritual

(۱۸).

در سال ۱۹۸۴، سندی بحث‌برانگیز در سازمان جهانی بهداشت ارائه شد که نگاه به سلامت به عنوان «یک حالت» را به مدلی پویا که در آن سلامت به عنوان «یک فرایند یا نیرو» معرفی می‌شود، متحول کرد (۲۱). همین فهم، در «منشور اوتاوا»^۵ برای ارتقای سلامت، بسط یافت. در این تعریف، سلامت «حدی است که در آن یک فرد یا گروه، قادر باشد آرزوهایش را تحقق بخشد و نیازهایش را برآورده سازد و با محیط سازگار گردد. سلامت، منبعی برای زندگی روزمره است و نه هدف زندگی؛ مفهومی مثبت با تأکید بر منابع شخصی و اجتماعی و نیز، ظرفیت‌های جسمانی» (۲۲). این تعریف از سلامت که از منظر قابلیت انعطاف‌پذیری و انطباق‌پذیری فهم می‌شود، دربرگیرنده‌ی عناصری مثل «قابلیت افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و جوامع برای سازگاری موفقیت‌آمیز در مواجهه با مشقت‌ها یا خطرهای بسیار» است (۲۳).

در تعریفی «بوم‌شناختی»^۶، سلامت عبارت است از: حالتی که در آن انسان‌ها می‌توانند به‌طور نامحدود، با دیگر موجودات زنده که با آن‌ها در تعامل هستند، همزیستی کنند. این مفهوم بوم‌شناختی، فرضیه‌ای جالب را پیش کشیده؛ سلامت را تعادل پویا و پایدار میان انسان و محیط زیست و بیماری را نبود تعادل میان آن‌ها تعبیر کرده است (۲۴).

در حقیقت، این نوع فهم گسترده از سلامت، بازگشتی است به دیدگاه باستانی که معتقد است سلامت وابسته به زمینه‌ی زندگی شایسته و نشانه‌ای از فکر سالم و متعالی در بدن سالم، خانواده‌ی سالم و محیط سالم است و به روشی جامع، دلالت بر آن دارد که مفهوم سلامت دربرگیرنده‌ی عوامل اثرگذار متعدد است؛ به‌طوری‌که تعریف آن، تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع و شرایط و ویژگی‌های

تاریخی، جغرافیایی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی واقع می‌شود (۱۸).

به‌طبع، چنین فهمی گسترده از سلامت و شالوده‌ی نظری آن، نتایجی مستقیم برای درک مفهومی حق سلامت و ماهیت تبیین عواملی که سلامت و نابرابری‌های آن را تعیین می‌کنند، در بر دارد. تاکنون، مدل‌های تبیینی متعددی برای تشریح این تعیین‌کننده‌ها خلق شده‌اند که همه‌ی آن‌ها، به‌صراحت، بیان می‌دارند «زمینه‌ی زندگی مردم» تعیین‌کننده‌ی سلامت آن‌هاست (۲۵).

در اوایل دهه‌ی ۱۹۹۰، «عدالت در سلامت»^۷، که به مدت سی سال، در ذیل ارزش‌های سلامت سازمان جهانی بهداشت، برای همه‌ی سیاست‌گذاری‌ها قرار می‌گرفت، در تعدادی از گزارش‌ها، از برابری‌ها^۸ و نابرابری‌ها^۹، تمیز داده شد. در این زمان، وایت‌هد^{۱۰} و دالگرن^{۱۱}، تصویری مشهور که عوامل عمده‌ی اثرگذار بر سلامت را به‌عنوان لایه‌هایی که یکی بر روی دیگری قرار دارد، معرفی کردند. بر روی همه‌ی لایه‌ها، محیط عمده‌ی ساختاری، سپس، شرایط اجتماعی و مادی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند (مانند مسکن، آموزش، حمل‌ونقل و مراقبت‌های بهداشت و درمان)، سپس، محیط حمایتی خانواده، دوستان، همسایه‌ها و جامعه‌ی محلی و بالاخره، سبک زندگی خود فرد (مثل عادات غذایی و دخانیات) آمده است. سن، جنس و ژنتیک، به‌عنوان فاکتورهای فردی که فرد را مستعد می‌کنند نیز، بخشی از این تعیین‌کننده‌ها هستند (۲۶). تصویر مذکور، با اندکی تغییر، به منظور تبیین مفهومی «جاده‌ی سلامت»، به شرح زیر است:

7. Equity in health

8. Equalities

9. Inequalities

10. Whitehead

11. Dahlgren

5. Ottawa Charter

6. Ecologic



تصویر شماری ۱- تعیین‌کننده‌های سلامت و عدالت سلامت (۳)

دارند، پس به احتمال زیاد، نابرابری‌های سلامت، ناعادلانه به نظر خواهند رسید. غالباً، شرایط نامساعد مسبب بی‌عدالتی، مربوط به محیط و فاکتورهایی است که متمایل به ترکیب و تقویت یکدیگر بوده و به‌طور قطع، گروه‌هایی را نسبت به بیماری و ناخوشی، آسیب‌پذیرتر می‌کنند و این‌گونه، احساس بی‌عدالتی هم افزایش می‌یابد (۲۸).

بر مبنای این مسیر استدلالی، وایت هد توصیه می‌کند: «عدالت در سلامت، به این معنی است که، به‌طور آرمانی، همه باید فرصتی منصفانه برای کسب پتانسیل کامل سلامتشان را داشته باشند» (۲۷).

با پذیرش اصل عدالت در سلامت، نیاز به مداخلاتی برای از بین بردن اختلافاتی که غیرمنصفانه به نظر می‌رسند و اجتناب‌پذیرند، ایجاب می‌شود؛ بدین ترتیب، دسترسی برابر به عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت، برای ایجاد جامعه‌ای عادلانه برای پیشرفت سلامت کل جمعیت و تضمین توزیع صحیح سلامت خوب، حیاتی است. بی‌عدالتی در سلامت، ریشه در بی‌عدالتی اجتماعی و اقتصادی دارد. نابرابری‌های اقتصادی، علاوه بر تأثیر بر افراد و خانواده‌ها، از طریق تأثیرات

این چارچوب، نه‌تنها برای تبیین مفهوم سلامت، بلکه می‌تواند به‌عنوان سیستمی به‌هم‌پیوسته برای تحقق «عدالت سلامت» که خود ریشه در «عدالت اجتماعی» دارد، به کار گرفته شود؛ درواقع، وایت هد و دالگرن، چیزی را شناسایی کردند که به «عدالت سلامت» تعبیر شده است؛ اینکه، چطور باید بی‌عدالتی، اندازه‌گیری شود و چه سیاست‌گذاری‌ها و راهبردهای ممکن برای کاهش شکاف‌ها پیگیری گردد (۱).

تمایز نظری وایت هد، بین «عدالت» و «انصاف» بر اساس این مدل گسترده‌ی سلامت، معنی‌دار است (۲۷)؛ همه‌ی نابرابری‌ها و اختلافات، ناعادلانه نیستند. فاکتورهایی از قبیل سن و جنس و وراثت، ممکن است منجر به نابرابری‌هایی شوند که به‌طبع، به‌عنوان بی‌عدالتی تعبیر نمی‌شوند. تنها، نابرابری‌هایی که اجتناب‌پذیر باشند، ناعادلانه هستند. قضاوت درباره‌ی ناعادلانه‌بودن چیزی، بسته به زمان و مکان هم متغیر است؛ اما معیاری کاربردی در گستره‌ی وسیع، دامنه‌ی حق انتخابی است که مردم با آن سروکار دارند. به‌جز مواردی که ناشی از انتخاب‌های پرخطر عمدی توسط فرد است، اگر مردم گزینه‌ی کمتری برای انتخاب در محیط کاری و زندگی‌شان

حقوق سلامت مردم بر حاکمیت بیان می‌کند. ازجمله مهم‌ترین این قوانین، می‌توان به بند دوازده اصل سه قانون اساسی اشاره کرد که در آن، پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی برای ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف‌ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه، در قانون توجه قرار گرفته است. اصل بیست نیز، حقوق یکسان اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زن و مرد را شناسایی کرده است؛ همچنین بند چهار اصل ۲۱، تضمین ایجاد بیمه‌ی خاص بیوگان و زنان سال‌خورده و بی‌سرپرست را تکلیف دانسته است. اصل ۲۹ و ۴۳ نیز، برخورداری از تأمین اجتماعی و نیاز خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی، به‌صورت بیمه و غیره را به‌عنوان حق همگانی به رسمیت شناخته است. به این حق و توابع ناشی از آن در قوانین و مقررات عادی و سایر اسناد مصوبات ملی، نظیر قانون تأمین اجتماعی زنان و کودکان بی‌سرپرست، مصوب ۱۳۷۱، قانون بیمه‌ی خدمات درمانی، قوانین برنامه‌ی سوم، چهارم، پنجم و ششم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، همچنین، سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران و اسناد متعدد دیگر، توجه شده است؛ بدین ترتیب، حق سلامت، به‌عنوان حق بشری، به‌علاوه‌ی حق بر تعیین‌کننده‌های آن، مورد پذیرش رسمی دولت ایران قرار گرفته و تعهدات ناشی از آن برای حکومت، موجب مسئولیت است (۳۱).

در سطح فراملی نیز، کمیته‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل که نهاد ناظر در زمینه‌ی ماده‌ی دوازده میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است، خود نظریه‌ای کلی درباره‌ی حق سلامت ارائه کرده است. بر این اساس، حق سلامت دارای دو محور اساسی «آزادی» و «استحقاق‌ها» است؛ آزادی، همانند حق تولید مثل، حق فرد بر کنترل سلامتی خود و حق انجام آزمایش‌های پزشکی با

اجتماعی (مثل حمایت رفاهی) و کاهش مشارکت و بهره‌وری، بر اقتصاد کلان هم اثر می‌گذارند؛ لذا، از طرفی، پیشرفت در سلامت مردم، وابسته به رسیدگی به علل نابرخورداری‌های اقتصادی و فقر و عواملی است که به بی‌عدالتی در سلامت منجر می‌گردند و از طرف دیگر، سرمایه‌گذاری در سلامت، به بهره‌وری بیشتر نیروی کار و فرار از تله‌ی فقر منجر می‌شود و پیشرفت سطح سلامت جامعه، این اجازه و امکان را به جامعه می‌دهد تا هزینه‌هایی را که مجبور بود برای درمان بیماری‌ها صرف کند، در ابعاد دیگر رفاه جامعه به کار برد؛ بنابراین، در سیاست‌گذاری و حکمرانی، هنگام برنامه‌ریزی و اجرا در همه‌ی بخش‌ها و سطوح، باید تأثیرات آن‌ها در کاهش یا تشدید نابرابری‌ها، در قانون توجه قرار گیرد (۱۸ و ۲۹).

گفتار دوم: دیدگاه‌های حقوقی درباره‌ی سلامت

با گذار مفهومی از حق حیات در سنجه‌ای ماهیتی، باید گفت سلامت، حق بنیادین انسانی است؛ چراکه به تمامیت وجودی انسان وابسته است. بر اساس قواعد حقوقی، این حق به مفهوم تکلیف نزدیک شده است؛ زیرا، حق سلامت، اساساً، قابل واگذاری، معامله یا توافق نیست؛ به‌عنوان مثال، حتی قراردادهای اهدای عضو یا براءت پزشک که در مقررات موضوعه، مانند مواد ۴۹۶ و ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی ایران آمده است، در دیدگاه فقهی شیعه، استثنایی بر ممنوعیت تعرض به تمامیت حیاتی انسان (حق سلامت) است و هر اقدامی که مستلزم آسیب به سلامت شخص شود، ممکن است سبب مسئولیت مدنی یا جزایی شدید، از قبیل اعدام، قصاص یا دیه شود (۳۰). از نظر رابطه‌ی حق سلامت با مسئولیت حکومت و دیدگاه تکالیف ناشی از گستره‌ی مفهومی این حق، شایان ذکر است که برخی از اصول قانون اساسی و اقدامات تقنینی صورت‌گرفته در ایران، به‌وضوح، به حق سلامت مردم اهمیت داده و الزامات حکمرانی برای سلامت را با دیدگاه

رضایت فرد است؛ اما استحقاق، به جنبه‌های ساختاری حمایت‌کننده و تعیین‌کننده‌ی سلامت افراد جامعه می‌پردازد؛ درواقع، این نهاد، حق سلامت را پیچیده‌تر از صرف برخورداری یا دسترسی به خدمات بهداشت و درمان می‌داند و آن را امکان بهره‌مندی از انواع امکانات، کالاها، خدمات و شرایط لازم برای تحقق بالاترین استانداردهای دست‌یافتنی سلامت به شمار می‌آورد (۳۲).

بنابراین، حق سلامت، ازجمله‌ی حق-ادعاهایی مثبت است که حدود و قلمرو بهره‌مندی از آن، بستگی به محتوا و مفاد این حق بشری دارد و مستلزم تکلیف حکومت به تدارک خدمات و امکانات مقتضی در قبال مطالبه و ادعای مزبور است. از طرفی، با پذیرش فهم گسترده از سلامت و عدالت آن، به دلالت التزامی، حق سلامت، به حق بر تعیین‌کننده‌های سلامت تسری یافته و دولت را در قبال تعهدات ناشی از آن مسئول قلمداد می‌کند؛ باین‌حال، در باب گستره‌ی الزام و تکلیف و تجویز مداخله‌ی دولت، نظراتی متفاوت وجود دارد که در ادامه‌ی این نوشتار، به برخی از آن‌ها در دیدگاه‌های حقوقی رقیب می‌پردازیم.

بند اول: نظریه‌ی حق و موضع حق‌های ناپذیرفتنی

از منظر «تئوری حق» مبتنی بر کرامت و فاعلیت اخلاقی انسان، حق‌های ادعایی مندرج در اسناد حقوق بشر بین‌الملل، به سه گروه ادعاهای «پذیرفتنی»، «مناقشه‌بردار» و «ناپذیرفتنی» تقسیم می‌شود. در این طبقه‌بندی، حق‌ها به‌مثابه ادعاهای تضمین‌شده و حاکم، هویتی ابزاری، فردی، حداقلی و اخلاقاً بی‌طرف، تلقی می‌شوند؛ ازاین‌رو، فروتنانه، در سرزمین عدالت، ادعایی محدود دارند. ادعاهای پذیرفتنی را باید در حوزه‌ی نظام حقوقی داخلی قرار داد، ادعاهای مناقشه‌بردار را باید به کمک داده‌های علوم انسانی تجربی نهائی ساخت و ادعاهای ناپذیرفتنی را نیز، به حوزه‌ی فرهنگ و جامعه‌ی مدنی حواله کرد. در این تقسیم‌بندی، حق تابعیت و حق بر شکنجه، به لحاظ اصل فاعلیت اخلاقی انسان و برای حفظ

اصالت و گوهر وجودی انسانی در شمار حق-ادعاهای پذیرفتنی قرار گرفته است؛ حق بر شرایط عادلانه‌ی کار، حق بر ارتقای شغلی بر اساس شایستگی و حق بر پرداخت مساوی برای کار مشابه، به لحاظ بحث‌برانگیز بودن موضوع این نوع حق‌ها، در زمره‌ی حق-ادعاهای مناقشه‌بردار جای داده شده است و حق کار و حق بر بالاترین استاندارد دست‌یافتنی در سلامت تن و روان، در قالب حق-ادعاهای ناپذیرفتنی آورده شده است؛ بدین‌ترتیب، این تقسیم‌بندی، فراهم‌کردن بالاترین استاندارد دست‌یافتنی در سلامت جسم و روان را بیشتر به یک رؤیا و شاید کابوس تشبیه کرده است تا واقعیت؛ به‌طوری‌که، ماده‌ی یازده «اعلامیه‌ی آمریکایی حقوق و تکالیف بشر»، برخورداری هر شخص صاحب حق را بر حفظ سلامت خود، از طریق اقدامات اجتماعی و سلامت، به منظور تأمین غذا، لباس، مسکن و مراقبت‌های پزشکی، به تأمین وجود منابع عمومی و اجتماعی موکول می‌کند که این امر حاکی از توجه نویسندگان اعلامیه‌ی مذکور به محدودیت‌ها در تأمین حداقل‌های بهداشتی یادشده است؛ تاجائی‌که، در این نظریه، صحبت از واقعیتی دست‌یافتنی به نام حق بر بالاترین سطح سلامت جسم و روان را، به‌جز درباره‌ی مراقبت‌های اضطراری پزشکی، برای کشورهای کمترتوسعه‌یافته و حتی درحال‌توسعه، عمیقاً، با تردید و تشکیک مواجه می‌کند (۳۳).

درعین‌حال، اصطلاح «مراقبت اضطراری پزشکی»، عبارتی است که به‌دشواری، تعریفی از آن به دست می‌آید. سؤالانی مانند: مراقبت اضطراری پزشکی چه چیزهایی را دربرمی‌گیرد و حدود مرز دقیق آن تا کجاست؟ آیا باید تومور نهفته‌ی مغزی بیمار مداوا شود؟ آیا عکس‌برداری‌های پیشگیرانه درباره‌ی سرطان، در زمره‌ی این امور قرار می‌گیرند؟ و...؛ به‌عنوان مثال، یک سازمان غیردولتی هلندی شکایتی را نزد هیئت بازرسی سلامت ملی مطرح کرد که مربوط به ملغی‌شدن عمل جراحی یک مهاجر غیرقانونی قربانی حادثه‌ی قاچاق و

آن‌ها که همان محق بودن انسان‌ها نسبت به این حق‌ها تلقی می‌شود نیز، موجه نخواهد بود؛ از همین رو، برخی از فلاسفه و صاحب‌نظران حقوق بشر، برچسب حق را برای این‌گونه مطالبات نمی‌پسندند (۳۵).

در این نظریه، با اینکه حق سلامت، طیفی گسترده از اقدامات سلامت را دربرمی‌گیرد؛ ولی، درعین حال، اقدامات فوری و ضروری پیشگیری، درمان و مراقبت‌های پس از درمان را نیز، شامل می‌شود. این اقدامات شامل «اقدامات و مراقبت‌های پیشگیرانه»، «اقدامات و مراقبت‌های درمانی» و «اقدامات و مراقبت‌های حین و پس از نقاهت» است.

بدیهی است هر کدام از موارد مذکور، خود شامل طیفی بسیار گسترده از اقدامات بهداشتی و درمانی خواهد بود؛ به‌طوری‌که از پژوهش‌های علمی تا معاینات و اقدامات بالینی، از اقدامات اورژانس و فوریت‌های پزشکی تا عمل‌های زیبایی، از اعمال سرپایی تا عمل‌های سنگین نظیر پیوند اعضا، به همراه اقدامات مراقبتی حین و پس از نقاهت و نیز، از مراقبت‌های کوتاه‌مدت تا طولانی‌مدت، می‌تواند در زمره اقدامات بهداشتی، درمانی و مراقبتی قرار گیرد. حال، جای این سؤال اساسی باقی می‌ماند که حق سلامت، کدام دسته از اقدامات یادشده را دربرمی‌گیرد. شایان توجه است که حق‌های مثبت، به هر روی، به دلیل ماهیت هزینه‌آفرین بودن آن برای دیگران، از منظر اخلاقی و رویه‌های حقوق بشری خلاف اصل است؛ بدین معنی که، اصل اولیه، عدم تعهد و تکلیف دیگر شهروندان است. این اصل، در حقیقت، ترجمان اصل آزادی اولیه شهروندان و حق اولیه آن‌ها نسبت به اموال خود به شمار می‌آید؛ بنابراین، محدودکردن آزادی و مالکیت دیگر شهروندان به نفع نیازمندان به بهداشت و درمان، خلاف اصل آزادی است؛ ازاین رو، باید به حدود و میزان اخلاقاً موجه آن بسنده کرد (۳۵)؛ به‌خصوص که ناخوشی و بیماری یک فرد می‌تواند آزادی فرد دیگر را محدود کند و گسترش

پیشگیری از وخیم‌شدن حالش بود؛ زیرا آن سازمان بر این باور بود که چنین رفتاری، حقوق بشر مهاجران غیرقانونی را نقض کرده است (۳۴).

بنابراین، پذیرش صرف حق مراقبت اضطراری پزشکی در برابر حق سلامت، احتمالاً، ناکافی به نظر می‌رسد؛ چراکه، هسته اصلی حق سلامت که سابق بر این توصیف شد، مراقبت از هر کس و تحت هر شرایط است که وسعتی بیشتر از صرف مراقبت اضطراری پزشکی دارد. همان‌طور که پیش از این بیان شد، هسته اصلی حق سلامت، خود در حقی نهفته است که مستلزم درمان مقتضی و مناسب بیماری‌ها و صدمات متداول و همچنین، دربرگیرنده‌ی حق «دسترسی به داروهای ضروری» است؛ پس، به نظر می‌رسد که «درمان مقتضی و مناسب بیمارها و صدمات متداول» هم، وسیع‌تر از مفهوم خدمات اضطراری پزشکی باشد.

بند دوم: نظریه‌ی مطالبات حداقلی در قلمرو حق‌های

رفاهی

«نظریه‌ی مطالبات حداقلی در قلمرو حق‌های رفاهی»، ازجمله در قلمرو حداقل‌های معیشتی، آموزشی، تأمین اجتماعی و بهداشتی را می‌توان حق-ادعاهایی علیه دولت دانست که مستلزم مداخله‌ی حمایتی دولت است و از آنجاکه لازمه‌ی چنین حق‌هایی وجود متعهدی در مقابل آن‌هاست و به لحاظ مبنایی و نظری، پیش‌فرض هرگونه تکلیف و تعهدی، توان انجام آن است و به عبارت دیگر، قدرت انجام از شرایط عامه‌ی تکلیف است؛ بنابراین، مقرر داشتن فهرستی از حق‌های اقتصادی، اجتماعی، آموزشی و بهداشتی برای همه‌ی انسان‌ها که لازمه‌ی آن مکلف‌دانستن دولت‌ها در تأمین آن‌هاست، برای بسیاری از کشورها امری اجرائی است. تحمیل تعهدات و تکالیفی فراتر و بالاتر از توان دولت‌ها، نشان از ناموجه بودن این تعهدات و تکالیف دارد و چنانچه تعهد به اجرا که لازمه‌ی حق-ادعاهای مورد نظر است، ناموجه باشد، ملزوم

بیماری در نیازمندان، سبب به‌خطر افتادن آزادی فردی سایر افراد خواهد شد؛ بنابراین، حکومت از این منظر، مجاز می‌شود که با هدف سلامت عمومی، به نفع نیازمندان مداخله کند.

شایان توجه است در حال حاضر، رویه‌ای واحد در خصوص این موضوع در کشورهای مختلف وجود ندارد؛ به‌عنوان مثال، در ایالات متحده‌ی آمریکا به عنوان ثروتمندترین کشور جهان، بیمه‌های درمانی دولتی وجود ندارد لذا تهیدستان و افراد کم بضاعت جامعه عملاً پوشش درمانی مناسب ندارند. در مقابل، می‌توان از پوشش نسبتاً فراگیر و باکیفیت خدمات ملی سلامت در کشور انگلستان^{۱۲} نام برد که در حال حاضر، تمامی افراد، بدون در نظر گرفتن توان مالی آن‌ها، مشمول دریافت خدمات بهداشتی و درمانی‌اند؛ به‌طوری‌که این خدمات، تقریباً، هر سه سطح مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را دربرمی‌گیرد؛ هرچند نباید از نظام‌های ترکیبی در برخی از کشورهای اروپائی، نظیر هلند، غافل ماند که تلفیقی از حمایت‌ها و بیمه‌های دولتی و مشارکت‌های فردی و بخش خصوصی‌اند (۳۶).

بنابراین، گستره‌ی حق ادعای افراد بر خدمات سلامت که لازمه‌ی آن تعهد دولت‌ها به ارائه‌ی این خدمات است، از سویی، ریشه در نگرش و باورهای سیاسی در اداره‌ی جامعه دارد و از سویی دیگر، در پیوند نزدیک با امکانات و توان اقتصادی کشورهاست. حتی در حداقلی‌ترین دولت‌ها نظیر ایالات متحده‌ی آمریکا که الگوی دولت‌های رفاه کمتر مورد اقبال و توجه قرار می‌گیرند، حمایت‌های سلامت در حد تکلیف مراکز بهداشتی و درمانی به ارائه‌ی خدمات درمانی اورژانسی به افراد که لازمه‌ی آن حق برخورداری افراد از این خدمات است، پیش‌بینی شده است.

بدین‌سان، عدم مداخله‌ی حمایتی فراگیر برخی دولت‌ها، الزاماً، از باب ناتوانی اقتصادی آن‌ها نیست، بلکه به دلیل نگاه

حداقلی نسبت به دولت است. در عین حال، بسیاری از کشورهای توسعه‌نیافته یا در حال توسعه، به‌رغم ماهیت حداکثری، دولت را متعهد و ملزم به ارائه‌ی خدمات فراگیر بهداشتی و درمانی نمی‌دانند. این موضوع می‌تواند ناشی از ناتوانی اقتصادی از یک سو و عدم اعتقاد یا باور و اراده‌ی سیاسی مدیریت ارشد کشور، از سویی دیگر، باشد.

بند سوم: حق جمعی برای سلامت عمومی

در حالی که حق سلامت، به‌عنوان حقی فردی، گرامی داشته می‌شود، استدلال انتقادی سابقه‌دارتری نیز وجود دارد که بر یک حق جمعی بشری برای توسعه تأکید دارد؛ «حقی برای توسعه» که به استناد تئوری تعیین‌کننده‌های سلامت، می‌توان آن را به‌عنوان «حقی جمعی برای سلامت عمومی» تلقی کرد (۳۷)؛ چراکه سلامت، جدایی‌ناپذیر از خوب‌زیستی انسانی، توسعه‌ی اجتماعی و اقتصادی و حفظ محیط زیست و از عناصر ضروری عدالت بین‌نسلی و معرف «حکمرانی مطلوب» برای «توسعه‌ی پایدار» است؛ به‌عبارتی، تضمین زندگی سالم و ارتقای خوب‌زیستی برای همه‌ی افراد و جمعیت‌ها، محور دستیابی به توسعه‌ی پایدار است و بالعکس، توسعه‌ی پایدار برای دستیابی به سلامت و خوب‌زیستی مردم، حیاتی است (۳۸).

«حق جمعی توسعه»، مانند «آرمان آلماتا»^{۱۳}، که از پیشرفت تعیین‌کننده‌های سلامت و توسعه‌ی انسانی در کشورهای در حال توسعه حمایت می‌کند، بنیان حقوق بشری پایدار و مکانیسمی حقوقی را با هدف ایجاد تغییرات در نظام اقتصادی شکل داده که توسعه‌ی عادلانه، کاهش فقر و ایجاد نظام‌های خدمات اولیه‌ی سلامت را تسهیل می‌کند (۳۹).

جوهر کلام در اولین ماده‌ی بیانیه‌ی «حقی برای توسعه» این‌گونه آمده است: «حقی برای توسعه، حقی فناپذیر است، به خاطر اینکه هر فرد انسانی و همه‌ی مردم، مستحق

سهیم شدن، مشارکت و بهره‌مند شدن از توسعه‌ی اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و سیاسی و تحقق کامل همه‌ی حقوق انسانی و آزادی‌های اساسی هستند» (۴۰).

در واقع، حقی برای توسعه، طیفی از حقوق فردی را برای کسب توسعه‌ی انسانی عادلانه، از طریق تعیین‌کننده‌های آن، ترکیب و تلفیق می‌کند. گفته می‌شود در واریسی تعیین‌کننده‌های اساسی سلامت از طریق سیستم‌های سلامت، «حقی برای توسعه» همان خط سیر مؤلفه‌های حقوق فردی (اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، شهروندی و سیاسی) است که می‌تواند عملیاتی شود؛ البته، چنین حقی، به‌عنوان یک خط سیر، حقی مرکب است که به‌وسیله‌ی آن، همه‌ی این حقوق، به هم پیوسته و تحت چارچوبی یکپارچه، درک و عملیاتی می‌شوند؛ به‌عنوان مثال، مرگ‌ومیر نوزادان، تصویری آموزنده از چگونگی عملیاتی‌کردن حقی برای توسعه ارائه می‌دهد؛ میزان مرگ‌ومیر نوزادان یک کشور، به تحقق تعدادی از حقوق سازنده، شامل آموزش مادری، آب آشامیدنی، رعایت اصول بهداشتی، مسکن و تغذیه و نیز، بهداشت بارداری و جنسی زنان وابسته است؛ بدین ترتیب، استدلال «حق جمعی بشر برای توسعه» نیرویی بالقوه برای شکل‌دادن مجموعه‌ای از قوانین ملی و بین‌المللی، ایجاد می‌کند که می‌تواند، منصفانه و عادلانه، تعیین‌کننده‌های سلامت را فراهم کند. برعکس حق فردی سلامت که معمولاً، مجبور است تعیین‌کننده‌های سلامت را از طریق توسعه‌ی اقتصادی و نظام‌های سلامت عمومی پیگیری کند، «حق جمعی بشر» برای توسعه، به‌عنوان خط سیری از حقوق فردی، عمل و از توسعه‌ی سلامت‌محور حمایت می‌کند. روح این استدلال، بدین معنی است که نظام‌های سلامت عمومی، تنها نهادهایی محوری هستند که باید و می‌توانند برای واقعیت‌بخشیدن به بالاترین سطح استاندارد سلامت، مقررات اصلی تعیین‌کننده‌های سلامت را مطالبه و تنظیم کنند (۳۹).

گفتار سوم: چالش‌های عملی و منازعات حقوقی سلامت
با اینکه حقوق بشر، عمده‌ترین ارزش سیاسی جهانی‌شده‌ی زمان ماست و حق سلامت در اکثر اسناد حقوق بشری ملی و بین‌المللی به رسمیت شناخته شده و درخواست‌ها، مطالبات و ادعاهای بسیاری درباره‌ی آن مطرح می‌گردد، شاهدیم که کمتر به آن احترام گذاشته می‌شود و سلامت، همچنان، موضوعی مهجور و مورد غفلت است و حتی، به گفتمان «حق سلامت» هجمه‌ها و انتقادات جدی شده است؛ مثل این دعوی که «برتری سیاسی و قانونی حقی برای سلامت، غیرقابل ضمانت و ضدتولید است»، یا سلامت به‌مثابه «حق لازم‌الاجرای فردی»، همه‌گونه پیچیدگی‌های قانونی را خلق، تأمین قضایی را کم و کثرت‌گرایی سیاسی را خاموش می‌کند که از دلایل عمده‌ی آن، اختلاف دیدگاه‌ها و نظریات اندیشمندان و صاحب‌نظران در حوزه‌های پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی و حتی حقوق است (۵).

همچنین، از زبان حقوقی سلامت، به خاطر نقصان نظری، حقوق‌گرایی، فردگرایی و تکیه‌ی افراطی بر فرضیه‌ی «وجود یک ذات انسانی مسلّم و جهانی» انتقاد شده است؛ لذا، «امکان‌پذیری عدالت جهانی» و «استدلالات حقوق‌محور» شبیه هر مباحثه‌ی درحال‌توسعه‌ای، به‌آسانی، به‌وسیله‌ی ایدئولوژی واقع‌گرا (مشترک در بین اکثر دولت‌ها) و غالباً، گزارشگران رسانه‌ای، به‌عنوان مکتبی رمانتیک، ائتلاف‌کننده‌ی انرژی یا بدتر، منحرف‌کننده‌ی توجهات از وظیفه‌ی واقعی رشد اقتصادی و امنیت، نفی شده است. از طرفی، در مخالفت با نوع تأکید کنونی بر حقوق بشر، تعدادی از دانشمندان عمل‌گرا و سازمان‌های جامعه‌ی مدنی نیز، استدلال می‌کنند که به دلیل فقدان تحلیل‌های طبقه‌ای، این‌ها حقوقی فردمحور و نه اجتماع‌محورند و این‌گونه استدلال‌ها، انرژی را به سمت انتقادی عمیق‌تر و کوشش برای بسیج علیه تملک اختصاصی سرمایه در دست نخبگان جهانی و تجاری‌سازی بیشتر

جنبه‌های زندگی منحرف می‌کند. حقیقتاً، بین تجارت آزاد و مباحث حقوق بشری سلامت، منازعاتی آشکار در جریان است؛ تعهدات حقوق بشری سلامت که در منشورها و معاهدات بین‌المللی و قوانین ملی می‌آید، با التزام اعضای سازمان تجارت جهانی به آزادسازی تدریجی تجارت و طبع سرمایه‌داری، مغایرت دارد و این درحالی است که منشورهای حقوق بشری، اسماً، مافوق معاهدات چندجانبه‌ی دیگر است و کشورهای زیاد نیز، همه یا بخش‌هایی از منشور و حق سلامت را در قانون اساسی‌شان پذیرفته‌اند. حق سلامت از نظر قضایی در سطح بومی در درون کشورها، قابل دادرسی بوده و در دعاوی بی‌شماری (اغلب در باب دسترسی به داروهای ضروری یا خسران پزشکی)، به‌طور موفق، به کار برده شده است؛ اما، فقدان مکانیسم مجاب‌کننده برای اجرای آن‌ها، در برابر نظام پراکنجه و نهادینه‌شده‌ی تجارتی، آزاردهنده است. از طرفی، گرچه، منشورهای حقوق بشری یا قوانین اساسی کشورها، قانوناً، برای همه‌ی طرف‌های سیاسی که آن را تصویب کرده‌اند، لازم‌الاجراست، در عمل، برای احقاق این حق، آن‌ها را ملزم به تضمین عدالت سلامت نمی‌کند؛ بلکه، صرفاً، آن‌ها را به اطمینان از اینکه همه‌ی مردم از سطح دسترسی برابر به کالاها و خدمات ضروری برخوردارند، متعهد می‌سازد و همچنان، مسأله‌ی شکاف‌های ناعادلانه در برخورداری از حقوق سلامت را بدون واریسی رها می‌کند (۴۱-۴۷).

جدا از «شرم‌آوردن» وضعیت حقوق سلامت، خود دانشمندان حقوق هم، گاهی درباره‌ی رقابت‌های بالقوه بین حقوق مختلف، اظهار نگرانی می‌کنند: آیا حق برای امنیت فرد هست؟ برای مثال، آیا باید دولت به نظام‌های خصوصی اجازه دهد تا با نظام‌های عمومی رقابت کنند؛ به‌طوری‌که، هرکسی که استطاعت دارد، بتواند از زمان‌های انتظار مراقبت‌های عمومی [که می‌تواند نمایانگر خطری حیاتی باشد] دوری کند؟ با فرض تسلط تدریجی جهانی لیبرالیسم

غربی همراه با فردگرایی، در همه‌ی عادات و رسوم اجتماعی، این امر یک نگرانی واقع‌بینانه است؛ به‌خصوص که برخی متصدیان حقوق بشر را به سمت اولویت‌گرایی در میان حقوق و بیشتر وزن‌دادن به آن‌هایی هدایت می‌کند که هنوز هم کاربرد انحصاری دارند، یا دولت‌ها را برای پرداختن به نیازهای آسیب‌پذیرترین و محروم‌ترین اقشار یا اتخاذ سیاست‌هایی مجاب می‌کند؛ سیاست‌هایی که گروه‌هایی بزرگ‌تر، از آن نفع می‌برند (۳).

در حال حاضر، متخصصان حقوق بشر به این مهم نیز، توجه جدی مبذول داشته‌اند که احقاق حق سلامت و تعیین‌کننده‌های آن، همچنان، نمی‌تواند تنش‌های نهفته بین فرد و جامعه را حل کند (۷).

درهرحال، نگاه حمایتی به قدرت خطابه‌وار حقوق بشر، می‌تواند در چارچوب‌بندی سلامت، به‌عنوان «حق ویژه»، بسیار راهگشا باشد؛ چراکه با قرارگرفتن قواعد حقوق بشر در قلب تئوری و عمل سلامت عمومی، لازم‌الاجرا بودن آن‌ها به تضمین توزیع عادلانه‌ی منابع سلامت کمک می‌کند (۴۸).

با صورت‌بندی فوق از چالش‌های عملی حق سلامت، به نظر می‌رسد تمرکز بر بسیج مردمی یا اقدام پایین به بالا، از طریق جلسات آموزشی و ظرفیت‌سازی و برجسته‌سازی تخلفات حقوقی سلامت، در کنار اعمال نفوذ بر حکومت برای اخذ تعهدات حقوقی لازم (در وجه متولیان حقوقی سلامت)، تنها ابزار دست‌یافتن به تغییرات شایسته در سیاست‌گذاری‌های مرتبط با حقوق سلامت، بهبود وضعیت موجود و برقرارشدن حق سلامت برای همگان باشد.

نتیجه‌گیری

با سیر استدلالی این نوشتار، پرواضح است که در تمرکز بر روی تعیین‌کننده‌های سلامت، به‌خودی خود، مطالبات «حق سلامت» از برنامه‌ریزی و ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی، به طیفی وسیع‌تر از نیروهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی منتقل می‌شود که تأثیراتی بر روی سلامت افراد و

مهم‌تر از آن، جمعیت‌های گسترده‌تر دارند. این در حالی است که پس از چند دهه مباحثه و تعریف سلامت در مفهومی مثبت، اکنون، بر بهینه‌سازی شایستگی توسعه‌ی فردی در ابعاد جسمی، احساسی، عاطفی، ذهنی، اجتماعی و معنوی، بیشتر تأکید می‌شود؛ تأکیدی که مستلزم رسیدگی به حق برخورداری از شرایط زمینه‌ای شایسته برای زندگی انسان است و در چارچوب گفتمان «حکمرانی برای سلامت» صورت‌بندی می‌شود.

حکمرانی برای سلامت، فرایندی پیچیده و چندوجهی از همکاری‌های بین‌بخشی، تنظیم دستور کار، تدوین، اجرا و پاسخ‌گویی ورای تقسیمات بخشی است که به موجب آن، باید بخش‌ها، سطوح اقدام و بازیگران گوناگون، با هدف توسعه‌ی عادلانه‌ی سلامت، در هم ادغام شوند و همکاری کنند؛ چراکه سلامت نمی‌تواند هدفی صرفاً بخشی قلمداد شود که برای دستیابی به آن، مسئولیت‌پذیری یک دستگاه اجرایی یا وزارتخانه کفایت کند؛ سلامت، فرابخشی و محصول روابطی پویا و پیچیده است و حل مسائل پیچیده، مستلزم رویکردهایی سازمان‌یافته است که طیفی وسیع از بازیگران سطوح حکمرانی بومی تا بین‌المللی و مشارکت جامعه و فرد را دربرگیرد (۴۹ و ۵۰).

بااین‌حال، در گستره‌ی عمل، تناقضات و ناسازگاری‌هایی عمده بین سلامت و منافع، ارزش‌ها، علایق، اهداف و عملکرد بخش‌ها و سطوح مختلف سیاست‌گذاری وجود دارد؛ اساساً، سلامت برای دیگر بخش‌ها اولویت چندانی ندارد؛ بنابراین، برای اینکه تولید سلامت بتواند با هر یک از بخش‌ها و بازیگران و سطوح سیاست‌گذاری و اقدام درباره‌ی سلامت، به گفت‌وگوی مؤثر بنشیند یا به قول هابرماس^{۱۴}، بهترین کنش مفاهیم‌ای حاصل شود تا اقناع و اجماع لازم حول اهداف سلامت شکل گیرد، نیاز است تا از زبانی فراگیر و همه‌کس

14. Habermas

فهم و به‌اندازه‌ی کافی تضمین‌کننده و قدرتمند استفاده کند. منظور اصلی این نوشتار نیز آن بود تا ظرفیت و قدرت زبان حقوقی در تبیین و توجیه و دفاع گفتمانی از حکمرانی برای سلامت را بررسی و برای سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران تولید سلامت در ایران، تشریح و توصیه کند؛ با این دیدگاه که بیان خطابه‌وار حق سلامت و تعیین‌کننده‌های آن، به نسبت استدلال‌های صرفاً تخصصی سلامت، در میان طیف‌های سیاسی و بازیگران جامعه‌ی مدنی و بخش خصوصی و مردم، جاذبه‌ای بیشتر برای پذیرش و اجماع دارد. اساساً، مطالبه‌ی «سلامت، به مثابه حق بشری»، سیاست را به ورای قواعد جاقفاده‌ی بازی می‌برد و موضوع را به صورت نوعی ویژه از سیاست یا به شکل موضوعی فراتر از سیاست درمی‌آورد.

زبان حقوقی سلامت، خود، یادآور بهترین موجودی منشور حقوق بشر جهانی، یعنی برجستگی «عدالت سلامت» است و ارزشی استراتژیک برای منطق حکمرانی برای سلامت دارد؛ به‌طوری‌که، عمده‌ترین و وسیع‌ترین زبان مشترک را برای دستور کار سلامت در همه‌ی سیاست‌ها و سیاست‌گذاری یکپارچه برای سلامت و مدافعه‌ی سلامت و مقابله با اقدامات تنزل‌دهنده سلامت و بی‌عدالتی روزافزون [عمدتاً نشأت‌گرفته از روند گسترش بازارها و سوداگری]، نمایان کرده است؛ ظرفیتی که تولید سلامت را قادر می‌سازد تا کنش مفاهیم‌ای مؤثری برای نیل به سرمایه‌گذاری بر تعیین‌کننده‌های سلامت و عدالت آن به وجود آورد.

در عمل، چالش‌ها و منازعات جدی حقوقی وجود دارد؛ به‌عنوان مثال، موضع حق‌های ناپذیرفتنی و نظریه‌ی مطالبات حداقلی در قلمرو حق‌های رفاهی، از طبقه‌بندی فنی و استدلال منطقی و دفاع‌شدنی برخوردار بوده است که امکان دفاع از نظریه‌ی رقیب را مشکل می‌کند؛ بااین‌حال، همچنان ایده و تفسیر «حق بر بالاترین سطح دست‌یافتنی سلامت»، تأییدکننده‌ی لزوم رسیدگی به طیفی وسیع از عوامل اجتماعی،

اقتصادی، سیاسی و فرهنگی است که قصد آن، توسعه‌ی شرایطی است که مردم بتوانند زندگی سالمی داشته باشند و عادلانه، به عوامل اساسی مؤثر بر سلامتشان دست یابند.

با همه‌ی این‌ها و با وجود آنکه زبان حقوقی بر «حق بودن تعیین‌کننده‌های سلامت»، هم در سطح جهانی و هم در سطح ملی و بومی، تأکید و پتانسیلی منطقی و جذاب برای استدلال سیاستی و دفاع از سلامت مردم دارد، به دلیل پیچیدگی‌های زمینه‌ای، همچنان قدرت اجرایی آن ضعیف است؛ به‌عنوان مثال، در سطح جهانی، هنوز هم، برای میلیون‌ها انسان، در سراسر جهان، بهره‌مندی کامل از حق سلامت، هدفی دوردست است و این هدف با روند فزاینده‌ی جهانی شدن اندیشه‌ی نئولیبرالیسم برای کسانی که در فقر و محرومیت زندگی می‌کنند، روزبه‌روز، دست‌نیافتنی‌تر هم می‌شود. به‌طور خاص، درباره‌ی وضعیت ایران، علی‌رغم فراخوان‌های فراوان برای اتخاذ رویکردی جامع‌تر و نگاه سیستمی به اداره‌ی امور پیچیده‌ی سلامت و حتی ورود موردی مفاهیم مربوط به درک گسترده از سلامت در اسناد و متون قانونی، همچنان، شاهد تداوم سلطه‌ی پارادایم زیست‌پزشکی هستیم که فارغ از ابعاد پیچیده‌ی وجودی انسان، استدلال‌های سیاست‌گذاری سلامت را به مسیرهای زیست‌شناختی تقلیل می‌دهد.

از طرفی، با غلطیدن روزافزون اداره‌ی عمومی به سمت ارزش‌های سوداگرانه‌ی بازار، شاید به‌دشواری بتوان حق سلامت را به حق بر تعیین‌کننده‌های سلامت، تسری داد و بازیگران دولتی و غیردولتی را در قبال تعهدات ناشی از آن به پاسخ‌گویی خواند.

به‌هرحال، نباید هرگز از موانع سرسخت ساختاری و رفتاری ناشی از عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی ملی و نظم اقتصادی و سیاسی بین‌المللی و سایر علل خارج از کنترل دولت‌ها که تحقق کامل اندیشه‌ی «حق بر بالاترین سطح دست‌یافتنی سلامتی» را دشوار می‌کند، غافل بود؛ به‌ویژه که استفاده‌ی ابزاری از حقوق بشر، توسط برخی بازیگران، ابهاماتی را برای تعهد و تحقق آن ایجاد کرده است و مجموع این شرایط، موانع و محدودیت‌های نظری و عملی فراوانی پیش روی تحقق کامل این حق بشری به وجود می‌آورد.

منابع

- 1- Sen A. Development as Freedom. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- 2- Vahdaninia V. Governance for Health: A Way to Justly and Sustainable Development. Tehran: Medicine and Society Pub; 2019. [in persian]
- 3- Vahdaninia V. Health Paradigm in the Public Policy System: Finding the Right Conceptual Framework for Action?. MSc Thesis [dissertation]. Tehran(Iran). Tehran University; 2010. [in persian]
- 4- Toebe B. The right to health as a human rights in international law. Refugee Survey Quarterly. 2001; 20(3):180-180.
- 5- Mchangama J. Health as a human right: the wrong prescription. a Research reports, Published by International Policy Press. 2009.
- 6- Leary V. The Development of the Right to Health. Human Rights Tribune des droits humains. 2005; 11(3).
- 7- Charter of the United Nations, 59 Stat. 1031, T.S. 993, 3 Bevans 1153 (entered into force Oct. 24, 1945).
- 8- Labonte R. Global health in public policy: finding the right frame?. Critical Public Health. 2008;18(4): 467-482.
- 9- Universal Declaration of Human Rights. 1948. (Available online at: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf)
- 10- Mehrpour H. International Human Rights System. Tehran: Ettelaat Publication; 2004 [in persian]
- 11- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. 1976. (Available online at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>)
- 12- Who, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. The Right to Health, fact Sheet No 31. (Available online at: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>)
- 13- Bailey KD. Methods of Social Research(4th ed/ first published April 1st 1978). New York: Free Press;1994.
- 14- Bryman A. Quality and Quantity in Social Research. London: Unwin Hyman;1988.
- 15- Scott J. Matter of Record-documentary Sources in Social Research. Cambridge: Polity Press; 1999.
- 16- Chuengsatiansup K. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. Environmental Impact Assessment Review. 2003; 23(1): 3-15.
- 17- Larson J. The Measurement of Health: Concepts and Indicators. New York: Greenwood Press; 1991.
- 18- Vahdaninia V, Vosoogh Moghaddam A. Understanding late logic of health policy making: The transition to governance for health. Payesh. Health Monitor, a journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research (IHSR). 2018; 17(6) :631-646 [in persian].
- 19- Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. India: Bhanot Publishers; 2015.
- 20- Constitution of the World Health Organization. Geneva; 1946. (Available online at: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- 21- WHO Regional Office for Europe. Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion. Copenhagen; 1984. (Available online at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107835>)
- 22- World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion. Ottawa; 1986. (Available online at: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1)

- 23- Vingilis E, Sarkella, J. Determinants and Indicators of Health and Well-Being: Tools for Educating Society. Social Indicators Research. 1997; 40(1-2):159-178.
- 24- Last JM[ED] L. Dictionary of epidemiology [Handbooks Sponsored by the IEA and WHO]. Oxford University Press; 1995:73.
- 25- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. final report of the commission on social determinants of health; 2008. (Available online at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43943>)
- 26- Dahlgren G WM. Policies and strategies to promote social equity in health. (Background document to WHO- Strategy paper for Europe). Stockholm: Institute for Futures Studi; 1991.
- 27- Whitehead M. Concepts and Principles of Equity and Health. International Journal of Health Services. 1992; 22(3): 429-445.
- 28- Ritsatakis A. Equity and social determinants of health at a city level. Health Promot International. 2009;24(1): 81-90.
- 29- Marmot M. Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010. Department for International Development; 2010.
- 30- Islamic Penal Code of Islamic Republic of Iran. Iran Human Rights Documentation Center; 1991. (Available online at: <https://www.refworld.org/docid/518a19404.html>)
- 31- Hashemi S M. Human Rights and Fundamental Freedoms. Tehran: Mizan Publication; 2006: 494. [in persian]
- 32- CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000. (Available online at: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>)
- 33- Rasekh M. Theory of International Human Rights and Law. Journal of Legal Research, Faculty of Law, Shahid Beheshti University. 2005; 41:12.
- 34- Seyyed mousavi MS. The right to health and the requirements of governments: a comparative study of Iran's legal system with international human rights instruments [dissertation]. Tehran.(iran). Shahid beheshti university of medical sciences; 2013.
- 35- Qari Seyed Fatemi SM. Human Rights in the Contemporary World. Tehran: Shahrandan Pub; 2010. [in persian].
- 36- Danies N. Is there a right to health care and, if So, what dose it encompass? In: Kuhse H and Singer P (eds). A Companion to Bioethics. 2edition. Oxford: Blackwell; 2009.
- 37- Alston P. Conjuring up New Human Rights: A Proposal for Quality Control. American Society of International Law. 1984; 78(3): 607-621.
- 38- de Leeuw E, Green G, Spanswick L, Palmer N. Policymaking in European healthy cities. Health Promotion International. 2015; 30(1): 18-31.
- 39- Fox AM, Meier BM. Health as freedom: addressing social determinants of global health inequities through the human right to development. Bioethics. 2009; 23(2): 112-122.
- 40- Declaration on the Right to Development; 1986. (Available online at: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightToDevelopment.aspx>.)
- 41- Labontee R, Sanger M. A glossary of the World Trade Organization and public health: Part 1. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006a; 60: 655-661.
- 42- Labontee R, Sanger M. A glossary of the World Trade Organization and public health: Part 2. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006b; 61: 738-744.
- 43- Labontee R, Frank J, Di Ruggiero E. Unfair cases: social inequalities in health. In: Green J, Labontee R(editors). Critical

- perspectives in public health. London: Routledge; 2007, p.14–24.
- 44- Labontee R, Blouin C, Forman L. Trade and health. In: Kay, Adrian and Williams, Owain D (editors). Global Health Governance: Crisis, Institutions and Political Economy. Basingstoke, United Kingdom: Palgrave Macmillan; 2009.
- 45- Labontee R, Schrecker T. Globalization and the social determinants of health: a diagnostic overview and agenda for innovation (part 1 of 3). Globalization and Health. 2007; 3(5):1–10.
- 46- Labontee R, Schrecker T. Globalization and the social determinants of health: promoting health equity in global governance (part 3 of 3). Globalization and Health. 2007b; 3(7),1–15.
- 47- Labonté R, Blouin C, Chopra M, Lee K, Packer C, Rowson M, et al. Towards health-equitable globalisation: Rights, regulation and redistribution. final report to the Commission on Social Determinants of Health. Institute of Population Health, University of Ottawa; 2008.
- 48- Stover E, Weinstein H. Health, human rights, and ethics. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2001; 10(3): 335–335.
- 49- Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- 50- Langeveld K, Stronks, K, Harting, J. Use of a knowledge broker to establish healthy public policies in a city district: a developmental evaluation. BMC Public Health. 2016; 16:271.

Original Article

Health as Human Right; Legal Narrative of “Governance For Health” Logic

Valiallah Vahdaninia^{*1}, Mir Sajad Said Mosavi², Mohammad Amin Vahdaninia³,
Abbas Vosoogh Moghaddam⁴

¹Senior Researcher of Tehran University Public Policy Studies Center, Tehran, Iran.

²Assistant Professor of Laws, Department of Basic Sciences, School of Allied Medical Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

³Assistant Professor of Law, University of Judicial Sciences, Tehran, Iran.

⁴Assistant Professor of Research In Community Medicine, Health and Food Security Supreme Council Secretariat, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

* **Corresponding Author:** vvnia@yahoo.com

Abstract

The "Legal language" has provided a strong supportive argument for right to health advocacy. In such a way that, human rights rules has been established as the most important globalized political value at the heart of the theory and practice of public health discourse. Its power of enforceability guaranties fair distribution of health resources in each country. At the same time, the right to health, the “Right-claim” which has been identified by international and national documents requires preconditions that will not come true without the proper cultural, social, economic, and political infrastructures, in general the factors shaping the "context of people's lives". In other words, a legal reasoning for right to health can be followed by an argument for the right to health determinants. Therefore, by adopting an epistemological approach, this paper presents a legal narrative of “governance for health”. This paper creates a new perspective on the "right to health" debates. Additionally, it provides powerful arguments that health policy should be based on a perception of factors with major impacts on the people health and what have being described as "health hazard", "health protector", and "health promoter". However, this claim for right to health as an "individual enforceable right" is criticized, and there may be theoretical and practical obstacles to the full realization of this human right.

Keywords: Right to health, Governance for health, Health determinants, Unacceptable claims, Essential rights

