

مقاله پژوهشی:

حق بر سلامت و عملکرد نیروهای مسلح در انطباق با اهداف تعیین شده در میثاق

بین‌المللی حقوق اقتصادی - اجتماعی

سید احمد انتظاری سرشکه^۱، مالک ذوالقدر^۲، سید فرشید جعفری پابندی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی عملکرد نیروهای مسلح در حوزه بهداشت و درمان و سلامت در انطباق با اهداف تعیین شده در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی - اجتماعی و اسناد بین‌المللی در حد استانداردهای تعریف شده است. بنابراین بهداشت و درمان و سلامت از مهم‌ترین اهداف و حقوق در این میثاق بین‌المللی است، در حوزه سلامت و بهداشت در ایران، یکی از مهم‌ترین نهادها، که باید در این زمینه مورد بررسی قرار گیرند، نیروهای مسلح هستند؛ چون، این نیروها، یکی از جمله سازمان‌ها و بنیان‌های امنیتی کشورند و با توجه به تحت پوشش قرار دادن بخش قابل توجهی از آحاد ملت، امکانات و عملکردها در خصوص بهداشت و سلامت در ساختار آنها، باید مورد توجه قرار گیرد. روش تحقیق در این پژوهش، توصیفی-تحلیلی است. یافته‌ها حاکی از آن است، که در چهار مورد می‌توان چالش‌هایی را در نظر گرفت: ۱- سازمانی با ساختار خاص و مصوب اداره بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مختص به نیروهای مسلح، ۲- ساختار بیمه درمانی و مراکز بهداشت و درمانی و بهداشتی‌ها و بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی در نیروهای مسلح. ۳- مشکلات در زمینه مراکز درمانی آن به تبع شغل و وظایف محوله. ۴- رویه‌های اجرایی و عملکردهای غیر هماهنگ با اهداف و قوانین مصوب، و بنابراین در نهایت دور شدن از اهداف مندرج در قوانین ملی، میثاق و اسناد بین‌المللی. با این حال با توجه به ارائه خدمات شاخص تری که در این نهاد نسبت به مراکز درمانی کشوری وجود دارد، اما متأثر از معضلات عمومی کشوری است، عملاً با استانداردها تعریف شده و در انطباق با اهداف و مصوبات میثاق بین‌المللی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: نیروهای مسلح، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی - اجتماعی، بهداشت، سلامت.

۱. دانشجوی دکتری حقوق بین‌الملل، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

۲. استاد یار، گروه روابط بین‌الملل، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران. نویسنده مسئول

۳. استاد یار، گروه روابط بین‌الملل، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

مقدمه

اهمیت و ضرورت توجه به بهداشت درمان و سلامت و مسئولیت‌های فردی و حاکمیتی و تأثیر آن در بخش اقتصاد و امور اجتماعی و فرهنگی برکسی پوشیده نیست، در این راستا، حق بر سلامت به عنوان یکی از حقوق اساسی بشری با زمینه‌های اقتصادی- اجتماعی، به منزله حقی قلمداد می‌شود، که تحقق آن ضرورتاً حاکمیت محوری است؛ به‌طور کلی مداخله دولت در زمینه حقوق بشر را باید از دو منظر مثبت و منفی نگریست، رویکرد کلی این است که مداخله دولت در حقوق نسل دوم، جنبه اثباتی و ایجابی دارد و در حقوق نسل اول، این مداخله تا حدی کاسته می‌شود. در اینجا یک تعارض بین حقوق مدنی و سیاسی را که مستلزم مداخله ایجابی دولت نیز هستند، می‌توان دید.

در راستای بررسی ساختار و تشکیلات نظام سلامت در ایران، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی اصلی‌ترین و ذینفع‌ترین و مسئول‌ترین نهاد در بحث بهداشت درمان و سلامت کشور است و در این زمینه باید پاسخگوی عملکردها و جوابگو به ملت و مسئولین باشد؛ در همین زمینه می‌توان به قانون و تشکیلات وظایف و ساختار وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جای خود توجه کرد (ظاهری و همکاران، ۱۴۰۱).

در این میان به غیر از وزارت بهداشت، نهادهای دیگری نیز می‌توانند در زمینه حق بر سلامت تأثیرگذار باشند و به وزارت بهداشت در راستای اعمال و برقراری مواد میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی- اجتماعی یاری برسانند؛ یکی از این نهادها، وزارت کشور است. وزارت کشور با سابقه- ترین و مؤثرترین وزارتخانه‌ای است که به لحاظ ساختار خاص و حاکمیت سیاسی اجتماعی خود در جامعه با نهادها و سازمان‌های خرد و کلان تحت امر یا زیر نفوذ خود از زمان اواخر قاجار تا کنون درگیر با امور بهداشت و درمان و سلامت بوده و اکنون نیز در بحث مطالبه‌گری یا امور اجرایی و حتی در بحث نظارتی، تأمین سرمایه و هزینه و... وزارت تأثیرگذار در بخش بهداشت و درمان و حتی مطالبه‌گری در زمینه تحقق حق بر سلامت است. یکی از نهادهای دیگر در خصوص تحقق حق بر سلامت، قوه قضایی و دادگستری است. این نهاد و دادستان‌ها وظایف و تکالیف نظارتی و اجرایی در پیگیری تخلفات و عدم اجرای تعهدات و وظایف وزارتخانه‌های مسئول و نهادهای ذیربط را در زمینه انجام وظایف و تعهدات و مسئولیت‌های مرتبط با امور بهداشت و درمان و سلامت جامعه، با طرح دعوی از اشخاص حقیقی و حقوقی و هم‌چنین از سوی خود نیز در مقام مدعی‌العموم داشته و مسئولیت، تعهدات و وظایفی را در این راستا به‌عهده دارند. قطعاً

بدون یک سیستم قضایی سالم و کارآمد نمی‌توان به موضوع مطالبه‌گری و هم‌چنین به مسئولیت-پذیری اشخاص حقیقی و حقوقی امیدوار بود (نباتی، ۱۴۰۱).

سازمان بازرسی کل کشور نیز می‌تواند به عنوان یکی از نهادهای ذیربط در این گستره در نظر گرفته شود. چون یکی از وظایف سازمان بازرسی، نظارت بر بهداشت و سلامت مواد غذایی و دارویی و کنترل استانداردهای بایسته در این موارد است و کاری بس بزرگ و مهم و نقش و عملکردی حائز اهمیت در این راستا دارد. با انجام بازرسی‌ها، آزمایشات و کنترل کیفیت‌ها و اعلام استانداردهای لازم در امور مرتبط با مواد غذایی و دارویی و زیست محیطی و... امکان طرح دعوی و تشکیل پرونده‌های قضایی علیه اشخاص حقیقی و حقوقی و پیگیری‌ها در زمینه بهداشت و درمان و سلامت نهادی اثرگذار است. هم‌چنین سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بهزیستی و البته سازمان محیط زیست، در خصوص حق بر سلامت در راستای اجرای شاخصه‌های میثاق می‌توانند تأثیرگذار باشند (اسفندانی و همکاران، ۱۳۹۶).

در این پژوهش به بررسی سیر تحولات و تشکیل نهادها و سازمان‌ها و ساختارهای مختص امور بهداشت و درمان در نیروهای مسلح، اشاره‌ای می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت، در کشور ما از زمان هخامنشیان تا کنون با هر تفاوت‌های کلی که در سلسله‌های حاکم بر کشور وجود داشته است، به ارائه خدمات خاص بهداشتی و درمانی با هزینه حاکمیت تأکید و توجه شده است؛ بویژه با ایجاد ارتش نوین و نیروهای مسلح مدرن موجود (که با شروع حاکمیت رضا شاه در دوره پهلوی اول ایجاد شد و در دوره پهلوی دوم با همان سازمان و ساختار کلی و اصلی آن تجهیز و تکمیل‌تر شد و البته در جمهوری اسلامی نیز با حفظ ساختار کلی آن با سازمانی وسیع‌تر و تغییراتی در کلیات با همان اهداف و ساختار) همچنان مورد توجه خاص است. همسو با تحولات اجتماعی، مدرنیته شدن کشور، تغییر ساختار و سازمان‌داری و حاکمیتی و سازماندهی وزارت‌خانه‌ها و سازمان‌های مستقل و نهادهای حاکمیتی و ملی و به‌ویژه نوسازی نظام قضایی و آموزشی، در زمینه تغییرات بنیادین در بهداشت درمان و سلامت کشور از جمله سازمان بهداشت درمان نیروهای مسلح هم شاهد تحولاتی اساسی هستیم (سجادی و همکاران، ۱۳۹۷).

پس از انقلاب و به‌ویژه در دو دهه اخیر نیز با ایجاد سپاه پاسداران و استقلال نیروی انتظامی و وزارت دفاع، بیمارستان‌های تکمیلی دیگری از سوی این نیروهای نظامی و انتظامی، مشابه مراکز درمانی و کلینیک‌های درمانی و بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی احداثی از دوران قبل از انقلاب و پس از آن اضافه شده و در سطح بیشتر استان‌ها و مراکز تهران هم‌چون بیمارستان

ولیعصر و بقیه الله سپاه و... ایجاد شد که درصد قابل توجهی از مراکز درمانی مهم کشور را با تحت پوشش قرار دادن بسیاری از آحاد ملت شامل می‌شود، شایان ذکر است، کل نیروهای مسلح در غالب و تحت امر ستاد کل نیروهای مسلح هستند و طیف وسیع خدمات دهی در زمینه بهداشت، درمان و سلامت آن هم با ساختار و سازمان مستقل و مختص به خود که در مسیر انطباق با اهداف تعیین شده میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و در بحث تحقق حق بر سلامت بسیار حائز اهمیت است، لیکن در غالب نیروهای ارتش و سپاه و وزارت دفاع و نیروی انتظامی و به نوعی استقلال نسبی در ساختار و سازمان و با چالش‌هایی هم به‌ویژه در بحث ارائه خدمات درمانی همراه هستند.

و اما در بحث بررسی ساختار و سازمان امور مرتبط با بهداشت درمان در نیروهای مسلح می‌توان به اجمال گفت که در پی تشکیل سلسله پهلوی با اقدام عملی رضا شاه با ایجاد ساختار نوین ارتش، یک واحد کامل رزمی (که یک لشکر به‌شمار می‌آمد)، به‌طور مستقل برای هر تیپ رزمی خود یک واحد بهداری نیز در محل خدمت کارکنان در پادگان‌ها و منازل سازمانی کارکنان خود به‌صورت مصوب داشته و اکنون نیز همان ساختار را دارد و با لزوم بهبود کیفیت و تحولات به‌عمل آمده در این ساختار، همچنان به انجام وظایف خود ادامه می‌دهند (چنگیز و همکاران، ۱۳۹۸). در این راستا، به نیروهای مسلح کشور که در حال حاضر جمعیت قابل توجهی را با ساختار بهداشت و درمانی مختص به خود، تحت پوشش قرار داده است، باید توجه شود. باید به سلامت کلی این جمعیت، ارائه اطلاعات و تجزیه و تحلیل بهداشت عمومی آنان، نحوه ارائه خدمات بهداشتی برای پرسنل نیروهای مسلح که برای حاکمیت و امنیت کشور بسیار مهم است، توجه شود. در این پژوهش سعی شده است به این سؤال پاسخ داده شود که عملکرد نیروهای مسلح در حوزه بهداشت و درمان و سلامت در انطباق با اهداف تعیین شده در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی- اجتماعی و اسناد بین‌المللی تا چه میزان منطبق بر استانداردهای تعریف شده است؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

مفهوم حق بر سلامت و حوزه بهداشت درمان با گستره وسیع آن، از حقوق اساسی مرتبط با حق حیات مردم این کشور، از جمله نیروهای مسلح و اشخاص تحت پوشش آن است و اهمیت و ضرورت تحقق این حق، در رابطه با زمینه‌سازی بهره‌وری فردی و جمعی این قشر از ملت در جهت توسعه و تکامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی برکسی پوشیده نیست.

با این وجود شاید نگرانی از ورود به این چالش است که در بحث عملکرد حاکمیت دولت و نهادهای متعهد به تکلیف در امور بهداشت و سلامت و الزامات حاکمیتی، به‌ندرت به بیان موانع و معایب وسوء مدیریت‌ها و بی‌مبالاتی‌های انجام شده، به‌عنوان کار پژوهشی، و ارائه مدلی، توجه بایسته شده باشد و شاید جای نگرانی از ورود به حوزه سیاسی مطرح بوده است که اشاراتی به علل و معلول‌ها و عملکردهای غلط و مسئولیت‌ها نمی‌شود. به هر حال اکنون می‌خواهیم، با نشان دادن موانع و معایب و علت و معلول‌ها برای حل مشکل در این زمینه اقدامی بایسته به‌عمل آید.

قطعاً در این کار به قانون اساسی، مصوبات مجلس، آیین‌نامه‌های اجرایی، دستورالعمل‌های وزارتخانه‌های مسئول و نهادها و سازمان‌های ذیربط و مسئول باید استناد کنیم و آن‌ها را مورد کنکاش و بررسی و تحقیق و تفحص قرار دهیم تا به نتیجه‌ای برسیم. در نهایت با توجه به وضعیت موجود و یافته‌هایی که حکایت از این دارد که در عمل به قانون اساسی و مصوبات قانونی کشور و تعهدات بین‌المللی که حاکمیت مکلف و متعهد به انجام اموری بوده تا در زمینه رسیدن به حد استانداردهای مد نظر تحقق حق بر سلامت موفق باشد، نه تنها به آن اهداف نرسیدیم، بلکه با توجه به طرح مسائلی همچون بحران‌های ایجاد شده از جمله جنگ و تحریم و تورم مهار گسیخته توجیه ناپذیر و فراقتنی ناشی از سیاست‌گذاری‌های دولت‌های پیشین و ... همچنان در رسیدن به اهداف تبیین شده با موانع بیشتری دست به گریبان باشیم.

مبانی نظری و پیشینه‌شناسی پژوهش

حق بر سلامت

حق بر سلامتی، شامل حق درخواست فعالانه از دولت برای حفظ سلامتی است. حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی به این معناست که مردم بتوانند برای سلامت و زندگی خود از حمایت ملی برخوردار شوند. حق بر سلامت برای همه مردم (و اینکه افراد تحت پوشش نیروهای مسلح خود بخش قابل توجه و مهمی از این مردمند) به این معنی است که همه باید به خدمات بهداشتی مورد نیاز خود در زمان و مکانی که به آن نیاز دارند دسترسی داشته باشند؛ بدون اینکه دچار مشکلات مالی شوند. مفهوم حق بر سلامت در موافقت‌نامه‌های بین‌المللی، از جمله: اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی برشمرده شده است. در مورد معنای حق بر سلامت در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی این توضیح آمده است که حق بر سلامت، به حق مراقبت بهداشتی محدود نمی‌شود، بلکه شامل طیف گسترده‌ای از

عوامل دیگر است که افراد را قادر می‌سازد تا زندگی سالمی داشته باشند. هم‌چنین میثاق بین‌المللی در عبارت صریح بند ۲ ماده ۱۲ نیز اذعان می‌کند حق بر سلامتی طیف وسیعی از عوامل اجتماعی-اقتصادی را در بر می‌گیرد، که شرایطی را فراهم می‌کند که در آن افراد می‌توانند زندگی سالمی داشته باشند... از جمله عوامل تعیین کننده سلامت می‌توان به تغذیه، مسکن، دسترسی به آب سالم و آشامیدنی و بهداشت کافی، شرایط کار ایمن و سالم و محیطی سالم اشاره کرد (ماده ۱۲ ای.کر).

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ (۵۴/۹/۲۵)

شاید بتوان مهم‌ترین سند بین‌المللی در زمینه بین‌الملل را حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۹۶ که در ماده ۱۲ به موضوع سلامت می‌پردازد، عنوان کرد.

در ماده ۹ آن به حق تأمین اجتماعی اشاره دارد.

در ماده ۱۱ کشورهای طرف میثاق حق هرکس را به داشتن سطح زندگی کافی برای خود و خانواده شامل خوراک، پوشاک، مسکن، بهبود شرایط زندگی به رسمیت می‌شناسند و مکلفند برای تأمین و تحقق این حق، تدابیر مقتضی را اتخاذ کنند و با اذعان به اینکه حق اساسی هر کسی این است که از گرسنگی فارغ باشد، از طریق همکاری‌های بین‌المللی برنامه مشخصی را از جمله بهبود روش‌های تولید و توزیع خوار و بار با استفاده از معلومات فنی و علمی و آموزشی به‌نحوی که حداکثر توسعه موثر از منابع طبیعی فراهم گردد (همراه با توزیع منصفانه ذخایر منابع) را فراهم کنند.

در ماده ۱۲ نیز کشورهای طرف این میثاق حق هرکس به تمتع از بهترین‌ها و بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامتی جسمی و روانی ممکن‌الوصول را به رسمیت می‌شناسد و برای ایجاد شرایط استیفای این حق و همچنین بهبود بهداشت محیط صنعتی از جمیع جهات، اقداماتی را که دولت‌های عضو این میثاق باید برابر ماده ۱۲ برای حصول کامل این حق اتخاذ کنند، بیه شرح زیر بر می‌شمارد:

- تقلیل میزان مرگ و میر کودکان متولد شده و رشد سالم آن‌ها؛
- پیشگیری، معالجه و کنترل بیماری‌های فراگیر، بومی، شغلی و دیگر بیماری‌ها؛
- ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراکز خدمات پزشکی و کمک پزشکی برای عموم در مواقع ابتلای به بیماری.

در تحقق این اهداف است (که در معاهدات و اسناد مختلفی چه بین‌المللی و چه منطقه‌ای به فراخور موضوع به حق بر سلامتی پرداخته‌اند)، این سازمان به عنوان نهاد ناظر بر اجرا و تفسیر

میثاق، در سال ۲۰۰۰ تفسیر عمومی شماره ۱۴ خود را در موضوع "حق بر عالی ترین استاندارد قابل حصول سلامتی" صادر کرد. چه بسا بسیاری از این حق‌های مطرح شده از نظر قلمرو و به لحاظ مفهومی از شفافیت کافی برخوردار نباشند. بنابراین بر اساس این ماده، کشورهای طرف میثاق حق هرکس را به تمتع از بهترین حالت جسمی و روانی ممکن‌الحصول به رسمیت می‌شناسد و تدابیری که دولت‌ها باید برای استیفای کامل بهداشت و سلامت اتخاذ می‌کنند، عبارت است از: انجام اقداماتی در جهت توسعه سلامت کودکان و کاهش مرگ و میر آن‌ها، بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی، پیشگیری و معالجه و کنترل بیماری‌های همه گیر بومی، منطقه‌ای و سایر امراض و تأمین خدمات و مراقب‌های پزشکی در مواقع بیماری.

پیشینه شناسی

در خصوص موضوع پژوهش آثار متعددی اعم از کتب و مقالات به زبان‌های فارسی و غیر فارسی به رشته تحریر در آمده است.

اصلانی (۱۳۹۷)، در پژوهش خود تحت عنوان "حق بر سلامت: تاثیر موازین بین‌المللی در حق بر سلامت به‌عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر در حقوق عمومی ایران"، بر این نظریه تأکید کرده است که در اساس‌نامه سازمان جهانی بهداشت، داشتن حق سلامت، یکی از حقوق اساسی بشر شمرده شده است. سلامت و حق برخورداری از زندگی سالم یکی از حقوق مسلم شهروندی است؛ به طوری که یکی از شاخصه‌های اصلی یک جامعه ایده‌آل، برخورداری از وضعیت سلامت خوب است. در بخش‌های آخر به میزان و باور حقوق عمومی ایران به حقوق بشر و حق بر سلامت پرداخته شده است.

مرادی (۱۳۹۷) نیز در بخشی از پژوهش خود تحت عنوان "حق سلامت انسان در حقوق بین‌الملل بشر" بر این اعتقاد است، که حق بر سلامتی یکی از مهم‌ترین حقوق بشر است. در اساس‌نامه سازمان جهانی بهداشت، داشتن حق سلامت، یکی از حقوق اساسی بشر شمرده شده است. سلامت و حق برخورداری از زندگی سالم، یکی از حقوق مسلم شهروندان است، به گونه‌ای که یکی از شاخصه‌های اصلی یک جامعه ایده‌آل، برخورداری از وضعیت سلامت مطلوب است.

اصلانی و همکاران (۱۴۰۱)، در پژوهش خود با عنوان "چالش‌های فقهی حق بر سلامت با تأکید بر سازمان بهداشت جهانی"، بر این نظر تأکید دارند، که سلامت رابطه مستقیمی با سعادت و کرامت انسان دارد، همواره به‌عنوان یکی از عوامل اصلی در ارزیابی توسعه جوامع مطرح است.

مراجعه به منابع اسلامی اعم از آیات، روایات و کتب فقهی نشان می‌دهد که دین مبین اسلام نیز بر حفظ و ارتقای سلامت مردم تأکید دارد. سازمان ملل متحد و سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان یک سازمان بین‌المللی عمومی و تخصصی در بسیاری از ماموریت‌ها و اهداف خود در زمینه سلامت انسان موفق بوده‌اند. در فقه، حق سلامتی و حیات افراد بر سایر حقوق غلبه دارد. شناخت موانع فقهی حق بر سلامت در منابع اسلامی و سازمان جهانی بهداشت، سازمان‌های تأمین‌کننده حقوق سلامت را در بهبود و تقویت ارائه خدمات سلامت به آحاد جامعه یاری خواهد کرد و با تبیین موانع تضمین این حق از منظر اسلام، بر ضرورت تحقق هدف مذکور با تأکید بر سازمان بهداشت جهانی تأکید می‌کند.

شریفی مقدم و محمودوند (۱۳۹۹)، در پژوهش خود با عنوان "بررسی حق بر سلامت روان با مطالعه تطبیقی منشور حقوق شهروندی و نظام بین‌المللی حقوق بشر"، بر این موضوع اشاره دارند که حق بر سلامت در نسل دوم حقوق بشر یعنی حقوق رفاهی قرار گرفته است و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ماده ۱۲ به این حق پرداخته است. جنبه‌های سلامت تا حدودی همراه با سلامت جسمی به‌طورکلی مورد توجه قرار گرفته و در اسناد بین‌المللی حقوق بشری منعکس شده است. سلامت روان جزء لاینفک و اساسی سلامت هر فرد است. بدیهی است با به رسمیت شناختن هر حقی از جمله حق سلامت روان به‌عنوان یک حقوق بشر، از سوی دیگر وظایفی نیز پیش بینی خواهد شد. دولت‌ها به‌عنوان مهم‌ترین بازیگران عرصه بین‌المللی، موظفند برای تضمین و احترام به حقوق بشر چه در عرصه داخلی و چه در سطح بین‌المللی گام‌هایی بردارند.

تفقدی زارع (۱۳۹۷) در پژوهش خود که با عنوان "بررسی ابعاد حقوقی حق بر سلامت در حقوق بشر" بر این نظر تأکید دارد که سلامت و حق زندگی سالم از حقوق مسلم شهروندی است؛ به‌طوری‌که یکی از ویژگی‌های اصلی یک جامعه ایده‌آل، برخورداری از وضعیت سلامت مطلوب است. بنابراین، دولت‌ها باید از همکاری‌های بین‌المللی برای افزایش ظرفیت اجرایی خود برای بهره‌مندی افراد در چنین جوامعی استفاده کنند.

آل کجیاف (۱۳۹۲)، در پژوهش خود تحت عنوان "مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر"، بر این باور است که حق برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل دستیابی سلامت، یا حق بر سلامت یکی از حقوق بشری است که اهمیت آن در اسناد حقوق بشر مورد تأکید قرار گرفته است. سلامت فردی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مولفه‌های کرامت هر انسانی

تلقی می‌شود. از این رو حق بر سلامت یکی از حقوق اساسی بشر در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. حوزه‌های مرتبط با سلامت متنوع و دارای ابعاد مختلفی است و همین امر نیز عاملی برای دشواری تعریف حق مذکور شده است. اسناد حقوق بشر عمدتاً از سلامت جسمی و روانی و گاهی اوقات سلامت معنوی و اجتماعی حمایت می‌کند. دولت‌ها عموماً در رابطه با تأمین و تضمین این حق وظایف خاصی دارند. واضح است که دولت‌ها نمی‌توانند، سلامت و سلامت مطلوب مردم را به‌طور کامل تضمین کنند؛ اما دولت‌ها می‌توانند شرایطی را فراهم کنند که امکان دستیابی به سلامت برای مردم فراهم شود. حق بر سلامتی در اسناد حقوق بشر و عرف بین‌المللی جایگاه محکمی دارد و می‌توان آن را یکی از اصول کلی پذیرفته شده نظام‌های حقوقی توسعه‌یافته دانست. این حق جزو حقوق نسل دوم حقوق بشر تلقی می‌شود. در این پژوهش، به مهم‌ترین جلوه‌های حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر پرداخته شده است.

موسوی نژاد و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهش خود تحت عنوان "بهداشت در نیروهای مسلح"، بر این نظرند که درحال حاضر، تخصص بهداشت عمومی یک عملکرد مهم در نیروهای مسلح است. متخصصان بهداشت عمومی، رهبری و تخصص فنی را در سه عملکرد بهبود سلامت، حفاظت از سلامت و بهداشت عمومی ارائه می‌کنند. سلامت و رفاه پرسنل نیروهای مسلح پایه و اساس توانایی نظامی یک کشور است. این هدف توسط برنامه‌های بهبود سلامتی پشتیبانی می‌شود که سبک زندگی، سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد مخدر، آمادگی جسمانی و سلامت روان را پوشش می‌دهد (علاوه بر این، پرسنل نظامی در زمینه حفاظت از سلامت در برابر صدمات ناشی از سرما، آسیب گرما، آسیب شنوایی و بیماری‌های واگیر آموزش می‌بینند تا جنبه‌های خاص در زمینه امکان استخدام نظامیان را منعکس کنند. همه این‌ها در کنار سیاست‌های سازمانی ارائه می‌شوند که حفظ سلامت و تناسب اندام را در کنار نظارت بر سلامت جمعیت و بررسی شیوع بیماری تشویق می‌کنند).

سکالا و همکاران (۲۰۲۰)، در انتشار پژوهش خود، بر این موضوع اشاره دارند، که در نیروهای مسلح مدیریت سلامت در درجه اول یک مسئولیت رهبری (و نه پزشکی) است. در کنار متخصصان بهداشت عمومی ارتش، فرماندهان نیز نقش مهمی در تضمین سلامت نیروهای خود دارند. در تأیید این ادعا می‌توان به اقدامات ژنرال اسلیم در مبارزه با مالاریا در برمه استناد کرد که گفته بود: «پزشکان خوب بدون نظم و انضباط خوب فایده‌ای ندارند. بیش از نیمی از نبرد با

بیماری توسط پزشکان انجام نمی‌شود، بلکه توسط افسران هنگ انجام می‌شود.» ذکر این نکته ضروری است، که نقش مراقبت‌های اولیه در اتخاذ یک رویکرد لایه‌ای به سلامت عمومی در نیروهای مسلح حیاتی است؛ به طوری که از افسران پزشکی واحد انتظار می‌رود که مهارت‌های اصلی در بهبود سلامت و حفاظت از سلامت داشته باشند و البته در بحران‌ها، قابلیت و قدرت نظامی خود را چه از لحاظ مدیریتی و از چه از لحاظ روانی به درستی به نتیجه برسانند.

بریکنل و همکاران (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود با عنوان "نقش نیروهای مسلح در بهداشت و درمان" اعلام کردند که بسیاری از نوآوری‌های پزشکی استوایی از قرن ۱۹ و ۲۰ به پزشکان نظامی نسبت داده می‌شود. با این حال، با گذشت زمان، تشخیص سهمی که سلامت نظامی می‌تواند در تثبیت درگیری ایفا کند، منجر به تعداد بیشتری از فعالیت‌های نیروهای مسلح مرتبط با امنیت بهداشت جهانی شده است.

خلاصه مطالب و بررسی کتب و پژوهش‌ها و آثار منتشر شده فوق‌الذکر، با تحلیل و برداشت ما این است که محققین مذکور نیز به بیان نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در توسعه و ترویج حقوق بشر و کنوانسیون‌های مربوطه اشاره و به تأثیر قوانین بین‌المللی در حقوق عمومی ایران به عنوان مصادیق حقوق بشر اشاره نمودند و اشاره به نقش نیروهای مسلح در ساختار حق بر سلامت دارند.

در بررسی نظرات ذکر شده، هم‌چنین می‌توان گفت، نقاط قوت نظرات این پژوهشگران بیان اهمیت و جایگاه حق بر سلامت و تأکید در برخورداری از استانداردهای بین‌المللی برای تحقق این حق مسلم بشری است؛ اما در نقطه ضعف می‌توان گفت شاید به ملاحظاتی، تأکید به مسئولیت حاکمیت‌ها در نقش و تکلیفی که در انجام وظایف و تعهدات در تأمین این استانداردهای بایسته در تحقق این حق دارند و هم‌چنین به لزوم مطالبه‌گری‌های اقشار جامعه در سطح ملی و بین‌المللی و روش‌های بایسته آن توجهی نشده است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، روش تحلیلی و توصیفی و مقایسه‌ای است که گردآوری اطلاعات بصورت کتابخانه‌ای و استفاده از منابع و اسناد، کتب، قوانین، بررسی معاهدات بین‌المللی و پژوهش‌های اینترنتی انجام شده است. از این‌رو، ابتدا قوانین و رویه‌های ایران و چند کشور در بحث حق بر سلامت و اسناد بین‌المللی در این خصوص بررسی شده و سپس میزان انطباق قوانین و رویه‌های ایران را با اسناد بین‌المللی مورد مقایسه قرار گرفته است.

یافته‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها

الف: یافته‌های تحقیق

- بررسی عملکرد نیروهای مسلح ایران در انطباق با قوانین و مصوبات و استانداردهای

تعریف شده در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی اجتماعی

تأکید منشور ملل متحد در ارتقای استانداردهای بالاتر زندگی با توجه به لزوم پیدا کردن راهکارهای مناسب در جهت ارتقای این حق در توجه به مفاد اعلامیه حقوق بشر پس از بیان کلیات آن در بند اول ماده (۲۲)، با بیان حقوق به هم مرتبط شده در رابطه با حق برخورداری از استانداردهای زندگی را داریم که در این زمینه به این مهم توجه شده است که گرچه به تعبیری خود فرد باید با تلاش و منابع خود نیازهای اساسی خود را تأمین کند.

ضمناً در بند دوم ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر که به آن تصریح شده است حق به تأمین خدمات اجتماعی در صورت فقدان سلامتی، بیکاری و نقص عضو از سایر موارد خارج از اراده فرد است که در این شرایط فرد به طور موقت یا دائم قادر نیست، نیازمندی‌های اساسی ذکر شده را با تلاش خود تأمین کند و بنابراین حق دوم در وضعیتی غیر عادی به شخصی تعلق می‌گیرد و مستلزم دسترسی مستقیم به شبکه‌ای از خدمات اجتماعی است (یعنی شخص فاقد سلامتی یا در وضعیت خاص که نتواند نیاز اساسی خود و خانواده‌اش را از جمله خدمات پزشکی تأمین کند، حق مطالبه آن‌ها را دارد و دولت متعهد و مکلف به تأمین این حق است). در این مبحث می‌خواهیم، وضعیت کارکنان و وابستگان نیروهای مسلح که درصد قابل توجهی از آحاد کشورند را در انطباق با اهداف مندرج در قوانین ملی و بین‌المللی به‌ویژه مصوبات میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در زمینه حق بر سلامت و امور بهداشت درمان با لحاظ اینکه از امکانات و امتیازات و شرایط مختص به سازمان خود بهره‌مندند، بسنجیم. ابتدا اشاره‌ای به وضعیت رفاهی و معیشتی اقتصادی و امور اجتماعی به‌عنوان پیش‌زمینه وضعیت بهداشتی و درمانی می‌کنیم. قطعاً با توجه به نوع وظایف و شغل خاص نظامی و انتظامی و پشتیبانی رزمی همسو و ضمن امکان بهره‌مندی از خدمات کشوری، کارکنان نیروهای مسلح باید از بعضی امتیازات خاص برخوردار گردند و همچنین به تبع شغل خاص نظامی و انتظامی نیز شامل برخی محدودیت‌های خاص دیگری در امکان اشتغال به شغل دوم و یا تکمیلی و یا تلاش برای معاش، هستند.

کارکنان نیروهای مسلح، با اشتغال در این صنف و اخذ حقوق و مزایای شغلی خود همانند سایر ملت از امکانات کشوری و لشکری بهره‌مند بوده و با هزینه لازم به زندگی ادامه می‌دهند و با

قبول بعضی محدودیت‌ها در حقوق بشری خود که لازمه و ضرورت پذیرش این شغل است، از جمله عدم فعالیت سیاسی و یا منع در انجام بعضی از مشاغل کشوری در حین خدمت و یا منع از کسب شغل دوم و عدم ورود به برخی مناطق یا مکان‌ها یا خروج از کشور، یا برخی آزادی‌ها و موارد حقوق بشری دیگری که این اعمال خاص همگی برای سایر اقشار ملت آزاد و مجاز است، به زندگی و کار در جامعه ادامه می‌دهند و در مقابل از مزایای دیگری مانند تأمین مسکن سازمانی و سرویس‌های خدماتی خاص و امکانات تکمیلی یا کاملاً رایگان بهداشتی و درمانی و آموزشی بهره‌مند خواهند بود، که در انطباق با اهداف ملی و بین‌المللی رسیدن به استانداردهای تعریف شده در زمینه حق بر سلامت، نسبت به سایر اقشار ملت ممکن است، که جلوتر یا عقب‌تر از حد تعریف شده استانداردهای بین‌المللی باشند.

در اینجا سعی شده است تا عملکردها در انطباق با قوانین و مصوبات و استانداردهای تعریف شده در اسناد بین‌المللی مورد تحلیل قرار گیرد. اداره بهداشت و درمان نیروهای مسلح کشور، با آن ساختار و سازمان و عملکرد خاص خود بخشی از نظام و ساختار وزارت بهداشت و درمان کشور است و مراکز درمانی و سیستم تهیه و توزیع دارو و درمان و سیستم بهداشتی و خدمات-دهی بر حسب وظایف مختص به خود در قبال کارکنان تحت امر و تحت پوشش را به‌عهده دارد؛ لیکن قطعاً باید در مسیر تعریف شده قوانین کشور در جهت تحقق حق بر سلامت در نیروهای مسلح و در قالب حاکمیت کشور، برابر قوانین ملی مصوب بهداشت و درمان کشوری و در راستای رسیدن به استانداردهای تعریف شده با اهدافی ویژه عمل کند.

برای تطابق با این استانداردها می‌توان ضمن مقایسه عملکرد آن با ساختار و عملکرد سیستم وزارت بهداشت و درمان کشوری، میزان تطابق با استانداردهای مدنظر در میثاق بین‌المللی و دیگر اسناد بین‌المللی را که هدف این پژوهش است، مورد بررسی قرار داد.

- بیمه درمانی نیروهای مسلح، یکی از موارد شاخص‌های مندرج در میثاق بین‌المللی

در راستای تحقق تعهدات دولت‌ها در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و در بحث تأمین رفاه اجتماعی و رسیدن به استانداردهای تعریف شده حق بر سلامت قطعاً تحولات در امور بیمه‌های درمانی حائز اهمیت بوده و نیروهای مسلح با ساختار بیمه درمانی مختص به خود که همسو با قوانین و مصوبات و عملکردهای کشور، در بحث بهداشت و درمان سلامت برای آحاد ملت است، نسبت به تعدادی از بیمه‌های اقشار مختلف کشوری از جمله کارکنان دولت، بیمه روستائیان و عشایر و تأمین اجتماعی و خویش فرمایان و... که درصد قابل توجه

کشور را شامل می‌شوند، شاخص‌تر و با برتری ویژه در خدمات‌دهی خود با همه کاستی‌های موجود در مسیر رسیدن به استانداردهای جهانی مدنظر در میثاق مذکور قرار گرفته است. افراد تحت پوشش نیروهای مسلح ضمن آنکه از امکانات عمومی کشوری از جمله بهداشت درمان می‌توانند بهره‌مند باشند، اما برای کلیه کارکنان و بازنشستگان نیروهای مسلح نیز بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح اختصاصی وجود دارد که سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح با ابلاغ بخشنامه ۲۵ مرداد ۷۹ طرح موسوم به بیمه "مکمل نیروهای مسلح" عملاً با حمایتی تکمیلی ویژه نسبت بدان اقدام کرد.

بنابراین تمامی مراکز درمانی مکلف به پذیرش تمامی شاغلین بازنشستگان و هم‌چنین تمامی دارندگان دفترچه خدمات درمانی تحت پوشش بیمه مکمل قرار گرفتند و در نتیجه از پرداخت هرگونه هزینه معاف شدند؛ لیکن عملاً در رویه‌ها و عملکرد مراکز درمانی به‌ویژه در سال‌های اخیر طرح اجرای سیاست خودگردانی‌ها و تأمین بخشی از هزینه‌های این مراکز متأسفانه از اهداف و مصوبات فاصله گرفته و بیمه‌های درمانی با چالش‌هایی مواجه شده است.

در رویه و عملکردها، کارکنان نیروهای مسلح مجاز و آزادند تا همسو و همزمان از خدمات بهداشتی و سلامتی کشوری نیز استفاده کنند. البته در عملکردها مشاهده می‌شود که در مطب بسیاری از پزشکان و مراکز درمانی حتی بیمارستان‌های مجهز و فوق تخصصی از پذیرش بیمه‌ها از جمله بیمه نیروهای مسلح خودداری و حتی از استقرار نماینده بیمه‌ها (که در هر بیمارستانی باید استقرار داشته باشند)، خودداری می‌شود که خود معضل دیگری در مراجعه بیمار به دفاتر مرکزی بیمه‌ای برای اخذ حق بیمه است.

در بحث چالش‌های امور بیمه درمان نیروهای مسلح می‌توان، به عدم یکپارچگی نیروهای مسلح در قالب نیروهای نظامی - انتظامی و وزارت دفاع اشاره کرد که با وجود محوریت ستاد کل نیروهای مسلح هنوز یک سیستم واحد بیمه‌ای خاص با دستورالعمل و عملکرد واحد برای کل نیروهای تحت امر ایجاد نشده و در واقع تنش و میل به استقلال کاری و عملیاتی در هر زمینه‌ای اعم از بیمه‌های خودرو، خدمات، مسئولیت، عمر، کالا و غیره وجود دارد. هم‌چنین بیمه درمان بین نیروهای ارتش یا سپاه پاسداران و نیروی انتظامی و وزارت دفاع با سازوکارهای انحصاری باید باشد، نمونه آن عملکرد بیمه کوثر در ارتش و بیمه پیشگامان آتیه صنعت ایثار در وزارت دفاع و سایر بیمه‌های مرتبط با هر نیرو در حال فعالیتند.

با تجربه‌ای همانند پیشینه فعالیت نهاد کانون بازنشستگان نیروهای مسلح با ساختار و عملکرد و رویه‌های متفاوتی هستند؛ از جمله کانون ارتش و کانون نیروی انتظامی و سپاه پاسداران و کارکنان وزارت دفاع (که با وجود محوریت ستاد کل نیروهای مسلح کشور در عمل ساختار و اساسنامه و فعالیتی مختص به خود دارند و در دهه ۸۰ با وجود یک‌پارچگی و ساختار هفتاد ساله کانون بازنشستگان که در غالب نیروهای مسلح بودند)، اکنون در روندی تجزیه طلبانه با تفکیک ارتش و نیروی انتظامی و وزارت دفاع و سپاه و تجزیه داری‌های آن به هرنحو، فعالیتی مستقل را آغاز کرده‌اند که قطعاً چنین روندی در زمینه بهداشت و درمان نیروهای مسلح و عملکرد در بحث سلامت قابل پذیرش و کارساز نخواهد بود.

شایان ذکر است، در بررسی پیشینه نیروی انتظامی شاهد هستیم که در روند ادغام سازمان های سه گانه اوایل دهه ۷۰ (ژاندارمری و کمیته انقلاب و شهربانی) با مقاومت‌ها و کارشکنی‌ها و مخالفت‌هایی حتی در رده‌های بسیار بالا مواجه بودیم، اما با تلاش بسیار زیاد و روندی زمان‌بر این ادغام و یکپارچگی در نیروی انتظامی حاصل شد و در نتیجه این تحول بسیار مفید و سازنده یک نیروی انتظامی واحد و منسجم بدون تداخل وظایف و مسئولیت و تنش‌های آن دوران اتفاق افتاد که اکنون ایجاد چنین تحولاتی در ستاد کل نیروهای مسلح به‌ویژه در بحث یکپارچگی نظام بهداشت و درمان نیروهای مسلح به نظر ضروری می‌رسد.

- چالش‌ها و مشکلات در مراکز درمانی

در بروز چالش‌های درمانی، تفاوت‌های خاص و امکانات متفاوت در بیمارستان‌هایی که در بالا اشاره شد و حتی در نوع بیمارستان، نحوه خدمات دهی و ساختار (ارتش یا سپاه و ناجا و حتی وزارت دفاع)، تفاوت‌هایی را شاهد هستیم؛ همچنین از جنبه دیگر چگونگی امکان پذیرش مراجعه‌کنندگان و بیماران در این مراکز با رویه‌های متفاوت است و قطعاً هم در این مسیر از ضابطه فاصله گرفته و به رابطه‌ها در چگونه پذیرش شدن نزدیک می‌شویم. از طرف دیگر پذیرش‌های آزاد و عمومی اشخاص و نوبت‌دهی‌های از پیش تعیین شده بیماران، معضل دیگری است که اینک وجود دارد (جدای از این‌ها هزینه‌های پذیرش و نرخ خدمات درمانی، واریز وجوه اولیه هزینه از پیش تعیین شده درمانی تا باز پرداخت نهایی از محل بیمه که بیمار اگر بیمه تکمیلی داشته باشند، مطرح است).

کوچکترین واحد درمانی نیروهای مسلح، بهداری‌های مستقر در پادگان‌ها و منازل سازمانی و یگان‌های کوچک عملیاتی هستند که برابر دستور العمل‌های صادره و مصوبات ابلاغی اداره

بهداشت و درمان با تفاوت‌های اندکی که در رویه‌های اجرایی ارتش یا سپاه و نیروی انتظامی و دیگر نیروهای عمده مستقل وجود دارد، نسبت به ارائه خدمات به نیروهای تحت امر و خانواده‌ها و وابستگان آنان اقدام می‌نمایند که در ارائه خدمات درمانی باهم تفاوت‌هایی دارند.

دومین واحدهای درمانی را می‌توان، همان بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی دانست که علاوه بر ارائه خدمات درمانی کاملاً رایگان به کارکنان مطرح شده، همزمان نسبت به ارائه خدمات به مراجعه کنندگانی که از کارکنان بازنشسته و خانواده‌ها و وابستگان آنان هستند، نیز با تعرفه‌های بیمه‌ای خاص خود عمل می‌نمایند و در این مورد است که می‌توان گفت با روندی که ناشی از رویه‌های اجرایی متفاوت و بعضاً سلیقه‌ای است و همچنین عملکردهای خاص متأثر از کسب درآمد و دیدگاه طرح تأمین بخشی از هزینه این مراکز از مراجعه کنندگان و در مجموع متأثر از دیدگاه حاکمیت در زمینه خصوصی‌سازی‌ها و تأثیر آن در خود گردان نمودن بخش‌هایی از بدنه نظام بهداشت و درمان کشور بوده و چالش‌های درمانی را رقم زده، در نتیجه این مراکز انحصاری و خاص درمانی، نیروهای مسلح کشور را نیز به سمت کسب درآمد و خودگردانی نسبی و پذیرش عمومی و آزاد بیماران غیر وابسته به نیروهای مسلح سوق می‌دهند. بنابراین بجای آنکه ارائه خدمات در این مراکز (برابر قوانین و مقررات و مصوبات اولیه و اساسی آن) به کارکنان نیروهای مسلح نسبت به گذشته بهبود و به سمت تحول سازنده و ایده آل تری برود، عملاً روندی منفی‌تر و نامناسب‌تر شده است.

این نتیجه حاصل است که با وجود فراز و نشیب‌ها و امکانات و اقدامات اداره بهداشت و درمان و عملکرد کلی نیروهای مسلح، گرچه در بعضی موارد از نظر استانداردها از حد مورد انتظار در سطح کشوری و حتی بین‌المللی بالاتر بوده و در مواردی نیز از حد متوسط کشوری و جهانی نیز عبور نموده‌ایم؛ اما به هر دلیل (از جمله تحریم و تورم و....) قطعاً در بیشتر موارد که حائز اهمیت است در مجموع از حد مورد انتظار و استاندارد کلی پایین‌تر و در شرایط مطلوبی نیستیم و هیچ بهانه‌ای برای این نارسایی قابل قبول نیست.

ب: تجزیه و تحلیل یافته‌ها

در اعلامیه جهانی حقوق بشر، حق بر سلامت را بهزیستی جسمی و روانی و اجتماعی نه صرفاً بیماری جسمی می‌داند و مجمع سازمان جهانی بهداشت نیز در سال ۱۹۹۸ سلامتی برای همه در قرن بیست و یکم را برابر ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر تأمین زندگی شایسته در زمینه خوراک، مسکن، مراقبت پزشکی، خدمات اجتماعی مورد تأکید قرار داده است؛ ضمن آنکه در ماده

۲۵ مذکور به اینکه باید حق هر کس در بیکاری، بیماری، بیوگی، پیری، موارد خارج از اراده که وسایل امرار معاش هرکس تأمین شود، اشاره کرده و براین اساس است که ماده ۱۲ میثاق بین-المللی حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی ۱۹۹۶ در نهایت تکلیف و تعهد دولت‌ها را در اقدام بایسته جهت تحقق عالی‌ترین سطح قابل حصول برای سلامتی جسمی و روانی برای تمامی آحاد هرملتی را به تصویب رسانیده است.

کشور ما نیز یکی از اعضا این میثاق است؛ بر همین اساس در مقایسه مصوبات و کنوانسیون‌های بین‌المللی، قانون اساسی ما نیز به مواردی هم‌چون ایجاد شرایط مناسب برای تأمین خدمات پزشکی در بیماری‌های واگیردار و اصول حمایتی حق بر سلامت پی ریزی اقتصاد عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی برای ایجاد رفاه رفع فقر برطرف ساختن محرومیت در زمینه تغذیه، بهداشت و بیمه (بند ۱۲ قانون اساسی) برقراری قسط و عدل استقلال فرهنگی اقتصادی اجتماعی سیاسی همبستگی ملی (اصل ۳ قانون اساسی) و برخورداری از تأمین اجتماعی بازنشستگی بیکاری از کار افتادگی بی‌سرپرست در راه مانده، خدمات پزشکی، را حقی عمومی و از محل درآمد عمومی (اصل ۲۹ بند ۴۳) تأکید کرده است. در این زمینه نیز چالش‌هایی وجود دارد که از جمله آنها در زمینه تضاد اساسی ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی و خدمات درمانی کشور است که اشاره دارد "کلیه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و درمان بیماران و ارائه خدمات به آنان هستند" که مشاهده می‌شود عملاً این ماده دچار چالش شده و بصورت کامل بدان عمل نمی‌شود؛ چراکه بسیاری از پزشکان و مراکز درمانی با استناد به عدم قرارداد با بیمه نیروهای مسلح، خود از خدمات دهی با پوشش حمایتی احتراز می‌کنند. همچنین در زمینه اجرا و تحقق تدریجی حق بر سلامت که به (تعهد استفاده از منابع موجود و در دسترس تأکید شده) مشاهده می‌شود که در قبال اینکه چه منابعی در نیروهای مسلح وجود دارد و آیا از این منابع در راستای تحقق حق بر سلامت استفاده بهینه می‌شود؟ همچنین در رابطه با میزان بودجه امور بهداشت و درمان وزارت بهداشت و میزان بودجه‌بندی برای امور رفاهی معیشتی مسکن و تغذیه، دارو و درمان و در نیروهای مسلح اقدام شایسته و بایسته به‌عمل نیامده و بنابراین با حد مطلوب و استانداردهای تعریف شده فاصله داریم.

مقایسه قوانین کشوری (برنامه‌های اول تا ششم) با میثاق بین‌المللی پیش گفته، برنامه اول توسعه (سال ۶۷ تا ۷۲) بر سلامت حق اساسی شناخته شده که دولت موظف است تا برای تحقق آن برنامه جامع با سیاست ملی در نظر بگیرد؛ همچنین برای رسیدن به بالاترین استانداردهای

بهداشتی و برای رشد اقتصادی با تأکید در خودکفایی محصولات کشاورزی و مهار تورم، تأکید شده است. هم‌چنین در برنامه سوم (۷۹ تا ۸۳) که توسعه بخش خصوصی، عدالت اجتماعی، حفظ محیط زیست، خدمات بهداشتی درمانی رایگان و دسترسی عمومی به غذا، ارائه کلیه خدمات بهداشتی درمانی رایگان در شهر و روستا توسط دولت و تنظیم خدمات بازار دارو و امنیت غذایی، تأکید شده است. سپس در برنامه چهارم (۸۴ تا ۸۸) که مکمل برنامه سوم بود، بر حفظ محیط زیست، امنیت غذایی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی اشاره دارد و در برنامه پنجم (سال ۹۰ تا ۹۴)، در بحث سلامت به طرح پزشکان خانواده و کاهش پرداختی مستقیم بیماران از ۳۰ تا ۶۰ درصد و اشاره شده است و سرانجام در برنامه ششم (۹۶ تا ۱۴۰۰) به ارتقای سلامت تأکید شده است. در زمینه اجرا و تحقق قوانین برنامه‌های یاد شده در موضوع حق بر سلامت که به استفاده از منابع موجود و دسترس بود، قطعاً از این منابع در راستای تحقق حق بر سلامت به هر دلیل استفاده بهینه نشده است؛ بنابراین در بررسی و انطباق عملکرد نیروهای مسلح با برنامه‌ها و استانداردهای تعریف شده، نارسایی‌ها و عدم موفقیت در رسیدن به حد مطلوب ذکر شده را مشاهده می‌کنیم.

برابر تعهدات دولت‌های عضو در ماده ۲ میثاق بین‌المللی، بحث تعهد به نتیجه و تعهد به فعل داریم که گرچه دو مفهوم با یکدیگر تداخل دارند (چون تعهد و نتیجه لزوماً شامل تعهد به فعل نیز است، در واقع هر دولتی که متعهد به نتیجه است، به طریق اولی نسبت به فراهم کردن زمینه متعهد به فعل است)، بنابراین در خصوص تأمین معاش، تغذیه، تأمین دارو و توزیع آن، خدمات-دهی در مراکز درمانی مناسب به عدم اجرای قوانین اساسی در بحث معیشت رفاه و قوانین مرتبط با سلامت، تأمین اجتماعی و بیمه‌ها، تورم برنامه‌ریزی شده، افزایش هدفمند قیمت دلار، عدم سیاست‌گذاری مناسب برای مقابله با تحریم‌ها، عدم اجرای قانون اساسی و اصلاحات در قوانین جهت ساماندهی امور مراکز درمانی، بیمه، صندوق‌های حمایتی، توسعه کشاورزی و صنعت، زمینه‌سازی اشتغال‌زایی و اصلاح ساختار بودجه عدم برخورد قاطع با مفاسد اجتماعی و اقتصادی زمینه‌ساز معضلات کشوری و در نتیجه به تبع آن سبب نارسایی‌ها در عملکردها در نیروهای مسلح در راستای عدم تحقق اهداف مدنظر توسعه برابر میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی است. مسائل مرتبط با سلامت در برنامه توسعه در ایران نشان می‌دهد که رویکرد این برنامه‌ها در ابتدا تنها توسعه فیزیکی مراکز بهداشتی درمانی دولتی و همچنین در سازمان و ساختار نیروهای مسلح بوده است.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

با وجود تحولات سازنده و توسعه وضعیت‌ها، نوسازی‌ها و احداث تأسیسات و مراکز متفاوت درمانی و بهداشتی و حتی اصلاحات سازنده به‌عمل‌آمده در ساختار سلامت کشور، به‌طور خاص به این ساختارها در نیروهای مسلح اشاره شد و با وجود کارنامه‌های شاخص و عملکردهای مفید و موثر و سازنده‌ای که از زمان تشکیل سپاه بهداشت دهه ۴۰ تا ۵۰ با خدمات شاخص اداره بهداشت و درمان و آموزش پزشکی نیروهای مسلح بود و به‌ویژه در زمان جنگ و عملکردهایی که با تمام توان از جمله در بحران‌های مهم به‌ویژه در بحران کرونا در این سازمان شاهد بودیم، می‌توان گفت که حتی با وجود تکمیل و تجهیز و بازسازی و نوسازی‌های بهداری‌ها و مراکز بهداشتی و بیمارستان‌های نیروهای مسلح و کادرهای درمانی آنان، هنوز به حد مورد انتظار و مدنظر در رسیدن به استانداردهای تعیین شده در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی، نرسیده‌ایم. همچنین این مجموعه‌ها با چالش‌ها و موانع و مشکلاتی همچون: تحریم‌ها، بحران‌های اجتماعی-سیاسی-ملی و فرا ملی و تورم لجام گسیخته و متأثر از تحولات ذکر شده و همچنین سوءمدیریت‌ها در نظام حاکم بر وزارت‌خانه‌ها و سازمان‌ها مواجه هستیم که با تأثیر منفی سبب نارسایی در ارائه خدمات بایسته و شایسته در بحث بهداشت و درمان و سلامت کشور، از جمله در عملکرد بهداشت و درمان نیروهای مسلح شده است و حتی ساختار و عملکرد سازمان بهداشت درمان و خدمات درمانی نیروهای مسلح کشور را هم به سمت خارج از اهداف از پیش تعیین شده و همسویی در مسیر خودگردانی سیستم درمانی کشوری و کسب درآمد به هر صورت ممکن هدایت می‌نماید که متضاد با اهداف و قوانین مصوب سازمان درمانی این نهاد و در نتیجه تقابل با رسیدن به اهداف است.

سیاست‌های کلی سلامت، ظرفیت زیادی برای ارتقای کمی و کیفی سلامت در جمهوری اسلامی ایران ایجاد کرده است. اجرای صحیح آن به‌ویژه در راستای اهداف و قوانین مصوب در نیروهای مسلح و منطبق با اهداف میثاق و اسناد بین‌المللی مرتبط با سلامت می‌تواند منجر به انقلابی در خدمات سلامت در جامعه ایران شود که خود می‌تواند الگویی برای ارتقای سلامت در کشور باشد. درک بهتر موانع و سازوکارهای اجرای موفقیت‌آمیز سیاست‌های کلی سلامت، زمینه لازم را برای حمایت از ظرفیت فعلی برای ارتقای سلامت فراهم می‌کند. در نهایت پیشنهاد می‌شود اعمال سیاست‌های کلی سلامت حداقل هر پنج سال یکبار توسط سیاست‌گذاران سلامت

ارزیابی شود. اما در خصوص عملکرد ادارات بهداشت و درمان برای کلیه نیروهای مسلح موجود، به‌طور خاص به این موارد توجه شود.

- اداره یا سازمان بهداشت درمان ستاد کل نیروهای مسلح، قوانین، آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، عملکرد و رویه اجرایی یکپارچه و بدون هرگونه تبعیض و تفکیک وجود داشته باشد تا در ارائه خدمات خود (البته جدا از نظام فرماندهی مستقل خود) زیرمجموعه‌ای منسجم از آن باشند.

- امور مرتبط با بیمه خدمات درمانی و بیمه‌ها، ساختار منسجم، صندوق بیمه واحد، قوانین و عملکرد و رویه واحد، وجود داشته باشد؛ نه آن‌گونه که اکنون موجود است که حق پذیرش بیمار، خدمات بهداشتی و درمانی، روش درمانی و تأمین دارو در مراکز درمانی نیروها اعم از ارتش و سپاه و ناجا و و دجا و.... مختلف و متفاوت است.

- ضرورت بازنگری در عملکرد مراکز درمانی به‌ویژه بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی خاص نیروهای مسلح که تحت تأثیر سیاست خودگردانی مراکز درمانی کشوری قرار گرفته‌اند که بدون پرداختن به جزئیات (برای مدیران مراکز درمانی عیان است) به آن اشاره می‌شود.

- اولویت ارائه خدمات به نیروهای مسلح شاغل و بازنشسته با لحاظ حضور در اورژانس نه با وضعیت ثبت پذیرش‌های عمومی و اینترنتی و غیابی و روابط موجود که نتیجتاً مراجعه این بیماران به مراکز درمانی خصوصی و کشوری را با نارضایتی و تحمیل هزینه به آنان در پی دارد.

- توجه فرماندهان ستاد کل به مشکلات و تأمین معیشت و ایجاد تحولات اقتصادی و اجتماعی در بحث رفاهی و نیازهای زیستی کارکنان نیروهای مسلح که تأثیر گذاری اساسی در سلامت جسم و روان و در نتیجه کارایی شغلی این قشر خاص دارد و از امور مورد تأکید و زیر بنایی در تحقق حق بر سلامت به‌ویژه در راستای تطابق با مصوبات میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی و اجتماعی است.

فهرست منابع و مآخذ

الف) منابع فارسی

- اسفندیانی، کبری؛ علیاری، شهلا؛ پیشگوی، امیرحسین و عبادی، عباس (۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش پرستاری مبتنی بر شواهد بر میزان آگاهی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های نیروهای مسلح، *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۴ (۲): ۱۲۰-۱۲۸.
- آل کجیاف، حسین (۱۳۹۲). مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۷ (۲۴): ۱۳۹-۱۷۰.
- اصلانی، سیاوش؛ سید موسوی، میر سجاد و حاجی پور کندرود، علی (۱۴۰۱). چالش‌های فقهی حق بر سلامت با تأکید بر سازمان بهداشت جهانی، *فقه و مبانی حقوق اسلامی*، ۱۵ (۳): ۲۹-۴۴.
- اصلانی، سیاوش (۱۳۹۷). حق بر سلامت: تأثیر موازین بین‌المللی در حق بر سلامت به عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر در حقوق عمومی ایران، انتشارات یانار.
- تقدی زارع، سمیه (۱۳۹۷). بررسی ابعاد حقوقی حق بر سلامت در حقوق بشر، سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت. (۳): ۲۰۵-۲۱۰.
- چنگیز، طاهره؛ صبری، محمد رضا؛ شاه‌شنایی، آرمین دخت؛ عشوریون، وحید و بیننده، الهام (۱۳۹۸). ارزشیابی اجرای بسته مقیمی پزشکان در برنامه تحول نظام سلامت و تأثیر آن بر آموزش دستیاران مراکز آموزشی درمانی شهر اصفهان، *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۹ (۱۹): ۱۰۳-۱۰۱.
- سجادی، حانیه سادات؛ حسینی، معصومه؛ دهقانی، آرزو؛ خدایاری، رحیم؛ زندیان، حامد و حسینی، سیده سنا (۱۳۹۷). تحلیل سیاست‌گذاری طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان جمهوری اسلامی ایران، *تحقیقات نظام سلامت حکیم*، ۲۱ (۲): ۷۱-۸۸.
- شریفی مقدم، میلاد و محمودوند، مسعود (۱۳۹۹). بررسی حق بر سلامت روان با مطالعه تطبیقی منشور حقوق شهروندی و نظام بین‌المللی حقوق بشر، *مجله حقوقی دانشگاه اصفهان*، ۷ (۲): ۷-۲۰.
- ظاهری، علیاری؛ شریفی‌فر، سیمین تاج و پیشگوی، سیدامیرحسین (۱۴۰۱). تدوین برنامه درسی مراقبت از بیماران دیابتی در بلایا برای پرستاران در بیمارستان‌های نیروهای مسلح، *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۹ (۲): ۱۱۱-۱۲۳.
- موسوی نژاد عادل، امید؛ حریری، ولی پور و نداء، مشکانی (۱۳۹۵). قابلیت جذب گردشگر پزشکی در بیمارستان (مطالعه موردی یکی از بیمارستان‌های نیروهای مسلح تهران)، *فصلنامه بیمارستان*، ۱۵ (۳): ۶۳-۷۱.
- مرادی، علی (۱۳۹۷). حق سلامت انسان در حقوق بین‌الملل بشر، انتشارات قانون یار.
- نباتی، امیرحسین (۱۴۰۱). توسعه و سقوط حکومت پهلوی دوم؛ بررسی برنامه پنجم توسعه اقتصادی با تکیه بر اسناد، *تحقیقات اسنادی انقلاب اسلامی*، ۴ (۸): ۳۱۳-۳۵۴.

(ب) منابع انگلیسی

- Bricknell, M., Hodgetts, T., Beaton, K., & McCourt, A. (۲۰۱۶). Operation GRITROCK: the Defence Medical Services' story and emerging lessons from supporting the UK response to the Ebola crisis. *BMJ Military Health*, ۱۶۲(۳): ۱۶۹-۱۷۵.
- Sekalala, S., Masud, H., & Bosco, R. T. (۲۰۲۰). Human rights mechanisms for anti-corruption, transparency and accountability: enabling the right to health. *Global health action*, ۱۳(sup ۱), ۱۶۹۹۳۴۳.

COPYRIGHT

© ۲۰۲۴ by the authors. Published by The National Defense University. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



