

Analyzing the Right to the Health of the Elderly with an Emphasis on International Human Rights Norms

Mehri Toutouchian*¹

1. PhD in Fiqh and Fundamentals of Islamic Law, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
Email: mehri.toutouchian@gmail.com

Received: 14 Aug 2023 **Revised:** 17 Nov 2023 **Accepted:** 09 Jan 2024 **Available Online:** 20 Mar 2024

Abstract: The right to health is not just one of the examples of human rights, but this concept should be interpreted as a set of rights and freedoms that are guaranteed by governments so that every human being can enjoy the highest level of health standards to benefit physically and mentally. This issue includes high quality health care and healthy living conditions. In this article, the right to the health of the elderly was analyzed with a descriptive-analytical method and the use of library resources, emphasizing the international norms of human rights. Examining the international and regional documents in which the right to health of different sections of the society is discussed in general, as well as the human rights soft law that pay special attention to the rights of the elderly, such as the Vienna International Plan of Action on Ageing (1982), The United Nation Principles for Older Persons (1991), Madrid International Plan of Action on Ageing and also some of European Court of Human Rights Judgements show that international community expected a special protection of the elderly regarding the right to health of these groups by ratification of a treaty. This treaty should contain norms that require governments to adopt a human rights-based approach and take measures in all areas of the elderly's life, especially in the field of health.

Keywords: Right to Health, Human Rights, The Elderly, International Norms.

Please Cite This Article As: Toutouchian, M (2023). "Analyzing the Right to the Health of the Elderly with an Emphasis on International Human Rights Norms". *Iranian Health System Law*, 1(1): 77-91.

Copyright

This is an open access article distributed under CC BY 4.0 License.

© 2024 The Authors.

واکاوی حق بر سلامت سالمندان با تأکید بر هنجارهای بین‌المللی حقوق بشر

مهري توتونچيان^{۱*}

۱. دکتری فقه و مبانی حقوق اسلامی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤل)
Email: mehri.toutouchian@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۳ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۱۹ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۱/۰۱

چکیده:

حق بر سلامت، صرفاً یکی از مصادیق حقوق بشری محسوب نمی‌شود، بلکه این مفهوم را باید به‌عنوان مجموعه‌ای از حقوق و آزادی‌ها تفسیر نمود که توسط دولت‌ها تضمین شده است تا هر انسانی بتواند از بالاترین سطح استاندارد سلامت جسمی و روحی بهره‌مند شود. این مسأله شامل مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا و شرایط زندگی سالم است. در مقاله حاضر با روش توصیفی - تحلیلی و استفاده از منابع کتابخانه‌ای، حق بر سلامت سالمندان با تأکید بر هنجارهای بین‌المللی حقوق بشر مورد واکاوی قرار گرفت. بررسی اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای که در آن‌ها به‌طور عام به امر حق بر سلامت اقشار مختلف جامعه پرداخته شده و همچنین اسناد نرم حقوق بشری که به‌طور اختصاصی به حقوق سالمندان توجه شده، مانند برنامه اقدام بین‌المللی وین مورخ ۱۹۸۲ برای سالخوردگی و اصول ملل متحد برای افراد سالمند مورخ ۱۹۹۱، همچنین بیانیه سیاسی و برنامه اقدام بین‌المللی مادرید راجع به کهنسالی و بعضی آرای دادگاه اروپایی حقوق بشر، نشان‌دهنده این امر است که حمایت ویژه از سالمندان در خصوص حق بر سلامت این اقشار، انتظار جامعه بین‌المللی برای تصویب معاهده‌ای را می‌رساند که حاوی هنجارهایی باشد که دولت‌ها را ملزم به اتخاذ یک رویکرد مبتنی بر حقوق بشر و اتخاذ تدابیری در تمام زمینه‌های زندگی سالمندان به‌ویژه در حوزه سلامت کند.

کلمات کلیدی: حق بر سلامت، حقوق بشر، سالمند، هنجارهای بین‌المللی.

مقدمه

سالمندان یکی از اقشار اجتماعی خاص هستند که باید از حقوق و حیثیت آن‌ها با حفظ کرامت انسانی ایشان حمایت شود، اگرچه حقوق بین‌الملل معاصر در مورد حمایت از حقوق زنان، کودکان، معلولان، پناهندگان و ... که از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر جوامع هستند، معیارها و هنجارهای الزام‌آوری را فراهم نموده است، لکن برای حمایت از حقوق سالمندان سند منسجم و خاص بین‌المللی که تأکید بر حفظ کرامت انسانی ایشان داشته باشد، وجود ندارد. از جمله چالش‌هایی که سالمندان در جوامع مختلف با آن روبه‌رو هستند، دسترسی به جنبه‌های مختلفی از حق بر سلامت همراه با حفظ کرامت انسانی آنان است. چالش‌هایی مانند عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، داروهای اساسی و درمان مناسب، عدم رعایت حریم خصوصی در بیمارستان‌ها و مؤسسات بهداشتی و مراقبتی، درمان بدون ارائه اطلاعات مناسب به بیمار یا بدون رضایت وی، عدم حفاظت از اطلاعات شخصی و ...، اساساً کرامت انسانی افراد و به‌خصوص سالمندان را دچار خدشه و تهدید می‌کند (Nordenfelt, 2009: 26-53).

اگرچه تأمین حداقل‌های دسترسی به حق بر سلامت به‌عنوان شقی از تأمین مصالح عمومی دولت‌ها با اتخاذ راه‌حل‌های قانونی و برنامه‌های بهداشتی برای شهروندان صورت می‌پذیرد، لکن تنها ۵۵ درصد از کشورهای جهان در قانون اساسی خود راجع به این امر خطیر اصولی را وضع نموده‌اند (Heymann et al, 2013: 639-653). بر همین اساس نیز بخشی از هنجارهای بین‌المللی در حوزه حقوق بشر به امر حق بر سلامت بازمی‌گردد. در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق بر سلامت شناسایی شده و ۱۶۵ کشور جهان به این میثاق پیوسته‌اند. این میثاق و سایر هنجارهای بین‌المللی درخصوص حق بر سلامت، معیارهایی را معرفی نموده‌اند که با توسل به این معیارها می‌توان رفتار و نحوه عمل دولت‌ها در ارتباط با اقداماتشان در زمینه مراقبت‌های بهداشتی و تعهداتشان درخصوص پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری در ارائه این خدمات را مورد ارزیابی قرار داد (Yamin, 2005: 1156-1161). این هنجارها و من جمله اعلامیه آلماتا مصوب ۱۹۷۸، از جمله اسناد حقوق سخت و الزام‌آور بین‌المللی نیستند، لکن دولت‌ها براساس خواست خودشان به این هنجارهای اسناد حقوق نرم بشری مقید شده یا سازوکارهای کنترلی آن‌ها را می‌پذیرند. در این میان توجه به احکام و آرای قضایی دادگاه اروپایی حقوق بشر در ارتباط با جنبه‌های مختلف حق بر سلامت و تعهداتی که برای دولت‌ها در نظر گرفته شده است با رویکرد واقع‌بینانه و عملی همراه بوده و موجب شده تعهدات غیرالزام‌آور به‌صورت «دقیق» و «جزیی» برای دولت‌ها تعریف شود (Heymann et al, 2020: 65-66).

بنابراین در پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخ این سؤال هستیم که حق بر سلامت سالمندان (که شامل مواردی از جمله دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، توان‌بخشی، دسترسی به اشکال مدرن درمانی و دارویی و ...) چگونه و تا چه اندازه توسط هنجارهای بین‌المللی با تأکید بر اسناد لازم‌الاجرای بین‌المللی تضمین می‌شود. برای بررسی و پاسخ به چالش پژوهش حاضر لازم است ابتدا به ساکن، مباحث مقدماتی در مورد معنا و ماهیت حق بر سلامت مورد و متعاقب آن، تفسیر حق مزبور از سوی نهادهای بین‌المللی مورد توجه قرار گیرد. درنهایت نیز استانداردها و هنجارهای مربوط به حق بر سلامت سالمندان بررسی خواهد شد.

۱- شرایط حقوقی ماهیت حق بر سلامت

بدیهی است که هیچ حقوقی، چه داخلی و چه بین‌المللی، نمی‌تواند حق بر سلامتی را برای همه افراد تضمین کند. به بیان ساده‌تر، هدف چهارچوب‌های حقوق بشری، تعریف یک معیار که دولت‌ها با رسیدن به آن، دیگر تعهدی در ارتباط با سلامت مردم نداشته باشند، نیست، بلکه هدف اصلی این است که دولت‌ها وادار شوند تا نگرشی فعال نسبت به تضمین و حفاظت از حق بر سلامت انسان‌ها داشته باشند و دائماً در حال تلاش برای ارتقای سطح سلامت موجود باشند.

به‌طور کلی، سلامت انسان‌ها ممکن است از جنبه‌های مختلف (برای مثال سلامت اجتماعی، روانی و ...) مورد توجه قرار گیرد (Erk, 2011: 1-12). مع‌الوصف در مجامع بین‌المللی و به‌طور خاص در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، حق بر سلامت نه‌تنها به‌عنوان فقدان بیماری یا ناتوانی، بلکه به‌عنوان یک وضعیت جسمی، روحی و اجتماعی توصیف می‌شود. این حق پیچیده یکی از عناصر مهم حق بر داشتن زندگانی می‌باشد که در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر مورد تأکید قرار گرفته است. ماده

مزبور تصریح می‌کند که: هر کس حق دارد از سطح یک زندگانی برخوردار باشد که سلامت و رفاه او و خانواده‌اش، من جمله خوراک، لباس، مسکن و رسیدگی‌های پزشکی آنان را تأمین کند. همچنین حق دارد از خدمات ضروری اجتماعی در هنگام بیکاری، بیماری، درماندگی، بیوگی و پیری یا در سایر مواردی که بنابه اوضاع و احوالی بیرون از اراده او وسایل معاش وی مختل گردد، استفاده کند.

هیچ‌کدام از اسناد و معاهدات بین‌المللی، به روشی مشابه با اعلامیه جهانی حقوق بشر، حق بر سلامت را تشریح نمی‌کنند. در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی بیان شده است که برخورداری از بالاترین سطح استاندارد سلامتی یکی از حقوق اساسی هر انسانی بدون تبعیض براساس نژاد، عقاید سیاسی، شرایط اقتصادی یا اجتماعی، است. علاوه بر این، در ماده اول از اساسنامه مزبور که هدف سازمان را بیان می‌کند، تصریح شده است که دستیابی به بالاترین سطح ممکن برای سلامتی توسط همه مردم، هدف اصلی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. رویکرد مشابهی در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ذیل ماده ۱۲ اتخاذ شده است؛ ماده مزبور مقرر می‌دارد: «۱- دولت‌های طرف این میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسند؛ ۲- تدابیری که دولت‌های طرف این میثاق برای استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد، شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود: الف- تقلیل میزان مرده متولدشدگان و مرگ و میر کودکان و تأمین رشد سالم آنان؛ ب- بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات؛ ج- پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر - بومی - حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها، همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها؛ د- ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلا به بیماری.»

این ماده به‌عنوان معتبرترین تعریف از حق بر سلامت محسوب می‌شود که شامل مراقبت‌های بهداشتی به موقع و مناسب است. این ماده همچنین عوامل تعیین‌کننده سلامتی، از جمله دسترسی به آب سالم و آشامیدنی، خدمات بهداشتی مناسب، مسکن، شرایط شغلی و محیط سالم را نیز در نظر می‌گیرد (Baer et al, 2016: 206-217). کلیه عواملی که در ماده ۱۲ مورد اشاره قرار گرفته‌اند، از اهمیت قابل توجهی برخوردار هستند. حق دستیابی به بالاترین سطح استاندارد سلامت و دسترسی به امکانات برای درمان بیماری در سایر اسناد جهانی مانند کنوانسیون حقوق کودک، کنوانسیون بین‌المللی حمایت از حقوق کلیه کارگران مهاجر و اعضای خانواده‌های آن‌ها، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان و کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض نژادی مورد اشاره و تأکید قرار گرفته است.

این حق در اسناد منطقه‌ای حقوق بشر، از جمله منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، منشور عربی حقوق بشر و پروتکل آمریکایی سان‌سالوادور مورد شناسایی قرار گرفته است. همچنین منشور اجتماعی اروپا مورخ ۱۹۶۱ و ۱۹۹۶ نیز ذیل ماده ۱۱ حق بر سلامت را مورد توجه قرار داده‌اند.

میزان احترام به حقوق شهروندی و آزادی‌های اساسی بر حق بر سلامت انسان تأثیر مستقیم دارد، زیرا مصادیق مختلف حقوق بشر و کرامت انسانی به یکدیگر وابسته هستند، در نتیجه حق بر سلامت با اساسی‌ترین حق بشر، یعنی حق حیات ارتباط بسیار نزدیکی دارد (Heymann et al, 2020: 236). حق حیات در موارد نقض حقوق اجتماعی، یک چتر حفاظتی مناسبی برای حقوق مزبور ایجاد می‌کند، البته این امر در مواردی قابل استناد است که نقض‌های مزبور موجب ایجاد یک خطر فوری برای زندگی انسان شود (Fredman, 2018: 214). این وضعیت در مواردی مانند تغذیه نامناسب، عدم مراقبت‌های بهداشتی پزشکی و یا نیاز به داروهای ضروری ممکن است رخ دهد.

حق حیات به‌عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در اسناد مختلف جهانی و منطقه‌ای، از جمله میثاق حقوق مدنی و سیاسی، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم مورد شناسایی و تصریح قرار گرفته است. کمیته حقوق بشر در تفسیر ماده ۶ میثاق در ارتباط با حق حیات اظهار داشت حق حیات یکی از حقوق بنیادین بشری محسوب می‌شود و دولت‌ها مکلف هستند که اقدامات

عملی را در زمینه از بین بردن سوء تغذیه و بیماری‌های واگیردار با هدف افزایش امید به زندگی انجام دهند (Rietiker, 2016: 62-21).

لازم به ذکر است که در حوزه اتحادیه اروپا، علی‌رغم این که کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر به صورت مستقیم حق بر سلامت را تضمین نکرده است، اما دادگاه اروپایی حقوق بشر با در نظر گرفتن ادعاهای راجع به نقض حق حیات (موضوع ماده ۲ کنوانسیون) ارتباط حق بر سلامت و خدمات راجع به این حق را با حق حیات مورد تأکید قرار داده است. از نظر دادگاه، در شرایط خاص مانند عدم دسترسی به مراقبت‌های پزشکی یا محدودیت دسترسی به داروها ممکن است مفاد ماده ۲ کنوانسیون و سایر مقررات نقض شوند. در چندین قضیه، دادگاه اروپایی حقوق بشر نقض حق حیات را به دلیل شرایط بد بیمارستان و یا شرایط بد درمان و مراقبت‌های نامناسب از افراد کهنسال، مورد پذیرش قرار داده است. برای مثال در قضیه «دودوف علیه بلغارستان»^۱ راجع به ناپدید شدن بیمار مبتلا به آلزایمر از خانه سالمندان، دادگاه اظهار داشت که نقض حق حیات موضوع ماده ۲ در رابطه با حق بر دادرسی عادلانه که در ماده ۶ مورد تصریح قرار داده است، رخ داده است. به بیان ساده‌تر، به واسطه نقض حق بر دادرسی عادلانه، در واقع حق حیات خواهان نقض شده است (European Court of Human Rights, 2008: 6-7). مع الوصف، با توجه به ویژگی مترقی بودن تعهدات دولت‌ها در حوزه اجتماعی، دادگاه در آرای خود این واقعیت را مد نظر قرار می‌دهد که تضمین سطح مراقبت‌های پزشکی، از جمله سطح دسترسی به داروها و روش‌های درمانی، به توانایی مالی کشورها بستگی دارد (Dieterlen, 2009: 161-165). در واقع باید دقت داشت که به دلیل تفاوت‌های زیادی که در سطح توانمندی مالی دولت‌ها وجود دارد، تفاسیر مختلفی از حق بر سلامت در سراسر جهان ارائه می‌شود.

نکته‌ای که نباید از نظر دور داشت، این است که مفهوم حق بر سلامت، صرفاً یکی از مصادیق حقوق بشری محسوب نمی‌شود، بلکه این مفهوم را باید به عنوان مجموعه‌ای از حقوق و آزادی‌ها تفسیر نمود که توسط دولت‌ها تضمین شده است تا هر انسانی بتواند از بالاترین سطح استاندارد سلامت جسمی و روحی بهره‌مند شود. این مسأله شامل مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا و شرایط زندگی سالم است. همچنین این حق دارای جنبه‌های سیاسی مانند مشارکت در تصمیم‌گیری راجع به سیاست‌های حوزه سلامت نیز می‌باشد. با این تفاسیر، مفهوم حق بر سلامت رابطه نزدیک با شهروندی فعال اجتماعی دارد (Gianesini, 2013: 155-174).

۲- تفسیر تعهدات جهانی

پذیرش حق بر سلامت در قالب ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از سوی بسیاری از دولت‌ها (بدون اعمال حق شرط نسبت به مفاد ماده مزبور)، نشان از پذیرش این حق در سطح جهانی دارد. علی‌رغم این که هیچ معاهده جهانی در ارتباط با حقوق افراد کهنسال وجود ندارد، اما مفاد ماده ۱۲ میثاق می‌تواند به عنوان ابزاری اساسی برای حمایت از حق بر سلامت این افراد محسوب شود. متن میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به صورت بسیار مبهم و کلی طراحی شده است. این ویژگی موجب شده است که تفاسیر مختلفی از متن میثاق مزبور ارائه شود. از طرفی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که توسط شورای اقتصادی و اجتماعی ملل متحد برای نظارت بر گزارش‌های دولت‌های عضو در ارتباط با حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تأسیس شده است در راستای انجام وظیفه نظارتی خود، به تفسیر مقررات میثاق نیز می‌پردازد (Alston, 1987: 332-381). این کمیته پس از بررسی گزارش‌های دولت‌های عضو، پیشنهادات و توصیه‌هایی را تحت عنوان «نتیجه مشاهدات» ارائه می‌کند. کمیته در ضمن پیشنهادات و توصیه‌های مزبور، معنای مقررات میثاق را در حوزه‌های مختلف بیان می‌کند. گاهی اوقات، زمانی که رویه کمیته به قدر کفایت مورد جرح و تعدیل و توسعه قرار می‌گیرد (Riedel, 2002: 346)، کمیته اقدام به تدوین گزارش‌هایی تحت عنوان «دیدگاه‌های عمومی» می‌کند که هدف آن‌ها روشن ساختن معنا و محتوای برخی از مصادیق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد (Pinto & Sigal, 2018: 172). یافته‌ها و نتایج کار کمیته نیز به نوبه خود در

¹ - European Court of Human Rights 2008. *Dodov v. Bulgaria*, Application No. 59548/00, Judgement of 17 January 2017.

دستورالعمل‌های بازنگری شده برای گزارش وضعیت حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دولت‌های عضو، منعکس می‌شوند.^۲ «حق هرکس برای تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن الحصول» از سال ۱۹۹۳ در دستور کار کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار گرفت. در نهایت در سال ۲۰۰۰ نیز گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ راجع به این حق به تصویب رسید.^۳ در پاراگراف اول از این سند، کمیته تأکید می‌کند که حق بر سلامتی در چهارچوب سیاست‌گذاری بهداشت و سلامت باید با در نظر گرفتن رویکرد منع تبعیض در زمینه‌های مزبور مورد توجه قرار گیرد، در نتیجه دولت‌ها مکلف هستند که به تدریج در جهت اجرای کامل حقوق مندرج در میثاق حرکت کنند. به بیان ساده‌تر، وظیفه دولت، اقدام مداوم است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ارتباط با تعهدات ناشی از ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، سه نوع تعهد را برای دولت بر شمرده است که عبارتند از: تعهد به احترام، حفاظت و اجرا (تحقق) (Riedel et al, 2014: 18).

مقصود از احترام به حق سلامت این است که دولت‌ها دسترسی همه افراد فارغ از جنس، نژاد، رنگ و وضعیت سیاسی - اجتماعی - حقوقی، از جمله زندانیان، افراد تحت بازداشت، اقلیت‌ها، پناهنجویان یا حتی مهاجران غیرقانونی را به خدمات بهداشتی پیشگیرانه، درمانی و تسکین‌بخش، منع یا محدود نکنند.^۴

مقصود از تعهد به حفاظت این است که دولت‌ها باید تدابیر لازم (از جمله تصویب قوانین و ...) را برای دسترسی مساوی به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات مرتبط با سلامتی که توسط اشخاص و مؤسسات مختلف ارائه می‌شود، اتخاذ کنند. به تعبیری، در این راستا، دولت‌ها باید اطمینان حاصل کنند که خصوصی‌سازی بخش بهداشت و سلامت، تهدیدی برای دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی نیست (Tobin, 2019: 120).

سومین تعهدی که در ماده ۱۲ میثاق وجود دارد، تعهد به اجرا (تحقق) است. در بندهای ۳۶ و ۳۷ از دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ مصادیقی از تعهد به اجرا بیان شده است. به عنوان مثال، دولت‌ها باید سیاست ملی سلامت که متضمن برنامه‌ریزی دقیق برای تحقق حق بر سلامت با هدف ارتقای مؤثر نظام سلامت باشد، را به تصویب برسانند (Meier et al, 2018: 103).

درواقع هرکدام از تعهدات فوق که نقض شود، درواقع حق بر سلامت نقض گردیده است. از طرفی نباید از نظر دور داشت که در راستای اعمال حق بر سلامت، داروها، روش‌ها و خدمات درمانی باید دارای چهار ویژگی بسیار مهم، یعنی موجود بودن، دسترسی بودن، قابل قبول بودن و داشتن کیفیت مطلوب باشند. مقصود از موجود بودن این نیست که یک دولت باید خدمات بهداشتی کامل و مناسب را برای تمام مردم در تمام اعم از نقاط دورافتاده، روستایی و شهری فراهم کند، بلکه این وضعیت صرفاً به عنوان یک افق و هدف نهایی قابل پذیرش است.^۵ مقصود از دسترسی بودن، وجود چهار عنصر مهم می‌باشد که عبارتند از: ۱- عدم تبعیض؛ ۲- دسترسی فیزیکی؛ ۳- دسترسی اقتصادی یا مقرون به صرفه بودن؛ ۴- دسترسی به اطلاعات (Asher, 2010: 61-62). مقصود از قابل پذیرش بودن این است که کلیه امکانات و خدمات بهداشتی باید از نظر اخلاق پزشکی توأم با احترام باشند و در عین حال باید از نظر فرهنگ حاکم بر جامعه هدف نیز مناسب باشند. در نهایت مقصود از باکیفیت بودن این است که امکانات و خدمات بهداشتی، علاوه بر این که باید از حیث فرهنگی قابل قبول باشند، باید از نظر علمی و پزشکی نیز مناسب و با کیفیت باشند.^۶

۳- قابلیت اعمال اسناد عام برای سالمندان

² - Compilation of Guidelines on the form and Content of Reports to be Submitted by States Parties to the International Human Rights Treaties, UN Doc.

³ - General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12 ICESCR).

⁴ - General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12 ICESCR).

⁵ - Statement by the Committee on the evaluation of the obligation to take steps to the "maximum available resources" under an Optional Protocol to the Covenant, E/2008/22-E/C.12/2007/3, annex.VIII. 2008.

⁶ - CESCR, General Comment No.21: The Right of Everyone to Take Part in Cultural Life (Art.15(1)(a) ICESCR), UN Doc.E/C.12/GC/21. 2009.

پرسی که در این قسمت به دنبال پاسخ به آن هستیم، این است که سالمندان چگونه تحت پوشش حق بر سلامت مندرج در معاهدات حقوق بشری می‌شوند که حقوق همه اینای انسانی را تضمین می‌کنند؟ عدم تبعیض یکی از معیارهای بنیادینی است که کمیته اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر بسیاری از مصادیق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌ویژه در تفسیر ماده ۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد تأکید قرار داده است، در نتیجه دسترسی مساوی برای همه یا عدم تبعیض اصلی‌ترین وظیفه‌ای است که دولت‌ها برعهده دارند.^۷ بنابراین در نگاه اول چنین به نظر می‌رسد که سؤال فوق بی‌معنا است، زیرا سالمندان نیز به‌عنوان یکی از دسته‌های اینای انسانی محسوب می‌شوند، اما باید دقت داشت که رفتار یکسان همیشه به برابری واقعی منجر نمی‌شود، زیرا گروه‌های مختلف اجتماعی، نیازهای خاص خود را دارند. برای مثال، گزارشگر ویژه ملل متحد در ارتباط با حق همه افراد در تمتع از بالاترین سطح سلامت جسمی و روانی اظهار داشت که افراد کهنسال به دلیل موقعیت مکانی خدمات یا محدودیت‌های تحرک جسمی، ممکن است نتوانند از خدمات بهداشتی و درمانی بهره‌مند شوند. همچنین باتوجه به محدودیت‌های احتمالی در ارتباط با ارائه اطلاعات و درک آن‌ها توسط سالمندان و در نتیجه عدم امکان اتخاذ تصمیم درست از سوی این افراد، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی صحیح نیز ممکن است در ارتباط با آن‌ها، محدود یا با مانع مواجه شود (United Nations General Assembly, 2011: para.25).

همسان‌بودن درمان برای همه به‌معنای همسان‌بودن دسترسی به حقوق بشر نیست. در واقع مفهوم ارسطویی برابری (با موارد مشابه باید به‌صورت مشابه رفتار کرد و با موارد متفاوت به‌صورت متفاوت) دائماً در حال تغییر است. به همین دلیل است که جامعه جهانی برای تضمین حمایت از زنان، کودکان، معلولان، مهاجران، اقلیت‌ها و سایر گروه‌های اجتماعی، معاهداتی مستقل به تصویب می‌رساند. همان‌طور که پیش‌تر اشاره کردیم، یک معاهده مستقل برای حمایت از سالمندان وجود ندارد. کارگروه کهنسالی ملل متحد در ارتباط با این موضوع فعالیت خود را آغاز کرده است، اما در حال حاضر، حصول توافق در این زمینه بسیار دشوار است.

پرسی که در ابتدا باید به آن پاسخ داده شود، این است که آیا تصویب یک معاهده مستقل برای سالمندان به‌معنای ضعیف، کم‌توان و آسیب‌پذیر قلمداد کردن این قشر از جامعه نیست؟ همچنین یکی دیگر از موانع موجود، فقدان اتفاق نظر برای ارائه معیار کهنسالی می‌باشد. شروع فرآیند کهنسالی، به بسیاری از عوامل اجتماعی و اقتصادی و همچنین احساس ذهنی پیربودن بستگی دارد. از طرف دیگر، همه چیز بستگی دارد به راه‌حلی دارد که جامعه جهانی به آن‌ها رسیده است. به‌زعم بسیاری از نویسندگان، هنوز هم تعریف کهنسالی برای تدوین استانداردهای بین‌المللی ضروری نیست. به‌نظر می‌رسد در ارتباط با سالمندان نیز می‌توان از الگوی کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت استفاده کرد. به بیان ساده‌تر، به‌جای این‌که به دنبال تعیین یک سن خاص برای کهنسالی باشیم، باید بر رفع موانع مربوط به کهنسالی متمرکز شد تا تمتع کامل و برابر از کلیه مصادیق حقوق بشری حاصل شود. باتوجه به آن‌چه بیان شد، حق بر سلامت سالمندان را باید در مقررات بین‌المللی حقوق بشر جستجو کرد.

۴- عدم تبعیض

گزارشگر ملل متحد در مورد حق همه افراد برای تمتع از بالاترین سطح استاندارد سلامت جسمی و روانی، اظهار داشت که تبعیض سنی سالمندان به‌عنوان یک مانع مهم در دسترسی به مراقبت‌های اولیه و پیشگیری از بیماری‌های مزمن به‌نظر می‌رسد. همچنین برخورد تبعیض‌آمیز کارکنان بخش سلامت و درمان نسبت به سالمندان می‌تواند ارتباط دقیق با بیمار را تضعیف کند که همین امر می‌تواند اثر مستقیمی بر کاهش دقت تشخیص و کیفیت درمان داشته باشد. بنابراین گزارشگر از دولت‌ها می‌خواهد که با پرهیز از اقدامات و رفتارهای تبعیض‌آمیز، از سالمندان در برابر وضعیت مزبور حمایت کنند تا حق بر سلامت آن‌ها به‌نحو احسن تضمین و اجرا شود (United Nations General Assembly, 2011: para.38).

⁷ CESCR, General Comment No.20: Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Art.2(2) ICESCR), UN Doc.E/C.12/GC/20, annex VI. 2009.

مع الوصف، به نظر می‌رسد که حقوق بین‌الملل در رابطه با ممنوعیت تبعیض براساس سن، از جمله وضعیت کهنسالی، غیردقیق و مبهم است. در اعلامیه جهانی حقوق بشر، ذیل ماده ۲ بیان شده است که: «هرکس می‌تواند بدون هیچ‌گونه تمایزی، به‌ویژه از حیث نژاد، رنگ، جنس، زبان، دین، عقیده سیاسی یا هر عقیده دیگر و همچنین منشأ ملی یا اجتماعی، ثروت، ولادت یا هر وضعیت دیگر، از تمام حقوق و همه آزادی‌های ذکر شده در این اعلامیه بهره‌مند گردد.» همین عبارت‌پردازی در هر دو میثاق حقوق مدنی و سیاسی و همچنین میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وجود دارد. به نظر می‌رسد که عبارت «یا هر وضعیت دیگر» را می‌توان به‌عنوان زمینه‌ای برای منع تبعیض سنی در نظر گرفت. گزارش نظرات عمومی شماره ۶ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که در سال ۱۹۹۵ منتشر شد، در ارتباط با این فرضیه، رویکرد خاصی مطرح نکرد، اما ۱۴ سال بعد، زمانی که کمیته به بررسی قلمروی بند ۲ از ماده ۲ میثاق پرداخت، در گزارش نظرات عمومی شماره ۲۰ صراحتاً، تبعیض براساس سن را به‌عنوان یکی از مصادیق «وضعیت‌های دیگر» قلمداد کرد، البته نباید از نظر دور داشت که کمیته در مورد تبعیض براساس سن، به حق بر سلامت اشاره‌ای نداشت، بلکه صرفاً مشکلات ناشی از وضعیت اقتصادی افراد کهنسال را بیان نمود (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2009: para.29)، البته در گزارش نظرات عمومی شماره ۱۴ در مورد حق بر سلامت، این نکته مورد تأکید قرار گرفته است که دولت‌ها باید در ارتباط با گروه‌های آسیب‌پذیر، بدون تبعیض عمل کنند. بدون تردید، بسته به شرایط، افراد کهنسال می‌توانند به‌عنوان یکی از مصادیق گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب شوند.

کمیته حقوق بشر نیز در این زمینه تحول مشابهی را پشت سر گذاشته است. کمیته مزبور در هنگام تفسیر «عدم تبعیض» ذیل مواد ۲ و ۲۶، ابتدا تمایلی به قراردادن معیار سن در دایره آن نداشت. رویکرد کمیته به مرور زمان منقطع شد و سرانجام تغییر نهایی در رویکرد کمیته در قضیه آلباردا و دیگران علیه اورگوئه رخ داد. در این قضیه کمیته این عقیده را پیدا کرد که سن ممکن است یکی از مصادیق تبعیض ذیل ماده ۲۶ محسوب شود، البته به شرط این‌که زمینه‌های ایجاد رفتار متفاوت را فراهم کند (Human Rights Committee, 2011: para.9.2.). در واقع به رسمیت‌شناختن معیار سن به‌عنوان مقدمه‌ای برای عدم تبعیض برای برخورداری از کلیه حقوق مدنی و سیاسی مربوط به حق بر سلامت (اعم از مستقیم یا غیرمستقیم) یک گام بسیار مهم محسوب می‌شود.

در سطح منطقه‌ای نیز معیار سن به‌عنوان یکی از مصادیق عدم تبعیض در نظر گرفته نشده است. در این زمینه یک استثنا در قلمرو اتحادیه اروپا وجود دارد. معاهده راجع به عملکرد اروپا و منشور حقوق بنیادین، معیار سن را به‌عنوان یکی از مصادیق و زمینه‌های تبعیض در نظر گرفته است. نکته دیگری که در اینجا باید به آن دقت داشت، این مفاد ماده ۲۱ منشور باید در کنار مفاد ماده ۲۵ در ارتباط با احترام به حقوق سالمندان برای زندگی با کرامت، مستقل و مشارکت در امور اجتماعی و فرهنگی در نظر گرفته شود. بدون تردید یکی از مصادیق معیار «زندگی با کرامت و مستقل»، شرایط مربوط به حق بر سلامت می‌باشد.

مع الوصف، وضعیت کنوانسیون حقوق بشر آمریکایی، پروتکل سالوادور، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم، منشور عربی حقوق بشر، منشور اجتماعی اروپا، مانند اسناد جهانی است. به بیان ساده‌تر، در تبیین موارد منع تبعیض، معیار سن را می‌توان ذیل عنوان کلی «وضعیت‌های دیگر» یا «وضعیت‌های مشابه» قرار داد.

باتوجه به آنچه بیان شد، هیچ مانعی وجود ندارد که مقامات دولتی، دادگاه‌ها و محاکم بین‌المللی، معیار سن را به‌عنوان مصادیقی از قاعده ممنوعیت تبعیض در نظر بگیرند. دادگاه اروپایی حقوق بشر زمانی که به‌صورت هم‌زمان با متغیرها و مصادیق مختلف ممنوعیت تبعیض مواجه می‌شود، مثلاً تبعیض براساس جنس و سن به‌صورت هم‌زمان در یک پرونده، تا حد امکان، معیار سن را به‌صورت مستقیم مد نظر قرار نمی‌دهد. همین اتفاق اخیراً در قضیه «مورایس علیه پرتغال»^۸ رخ داد. این قضیه در ارتباط با یک خانم ۷۰ ساله بود که مدعی بود در اثر یک عمل جراحی که در سن ۵۰ سالگی انجام داده است، به‌دلیل خطای پزشکی، دچار بی‌اختیاری مدفوع و ادرار و همچنین مشکل در ارتباط جنسی شده است که این عوامل نیز در نهایت باعث ایجاد افسردگی مزمن

⁸. European Court of Human Rights 2017. Carvalho Pinto de Sousa Morais v. Portugal, Application No. 17484/15, Judgement of 25 July 2017.

برای وی شده است. دادگاه با پنج رأی در برابر دو رأی در این زمینه به معیار تبعیض براساس جنسیت توجه کرد و نیازهای جنسی مردان و زنان را به یک صورت در نظر گرفت، در نتیجه به معیار تبعیض براساس سن توجهی نداشت. دو قاضی نیز در نظریه مخالف خود تصریح داشتند که باید میان نیازهای زنان مسن و جوان قائل به تفکیک شد، در نتیجه تبعیض براساس سن را مورد اشاره قرار دادند (European Court of Human Rights, 2017: para.52). مع الوصف همین دیدگاه‌های مخالف به مرور زمان زمینه لازم را برای این رویکرد فراهم می‌کند که عدم تبعیض براساس سن همان وزن و اعتبار سایر مصادیق عدم تبعیض (مانند جنس، نژاد، رنگ و ...) را دارد.

مطالعاتی که توسط ملل متحد در مورد حق همه افراد برای تمتع از بالاترین سطح بهداشت جسمی و روانی صورت گرفته است، نشان می‌دهد که زنان کهنسال اغلب از فقر بیشتری رنج می‌برند، زیرا در ارتباط با آن‌ها عموماً ترکیبی از تبعیض جنسیتی و سنی در جامعه وجود دارد (United Nations General Assembly, 2011: para.57). متغیرهای مختلفی، از جمله کمبود آموزش، درآمد پایین، تبعیض در دسترسی به بازار کار و ... بر سلامت زنان در سنین کهنسالی تأثیر مستقیمی دارد. کمیته رفع تبعیض علیه زنان با تفسیر کنوانسیون رفع تمام اشکال تبعیض علیه زنان، یکی از توصیه‌نامه‌های مهم خود، یعنی توصیه‌نامه شماره ۲۷ را به وضعیت زنان کهنسال اختصاص داده است. در این توصیه‌نامه کمیته بیان می‌دارد که در بسیاری از موارد، عدم مهارت ارتباط از راه دور، دسترسی به مسکن مناسب، خدمات اجتماعی تنهایی و انزوا و همچنین «دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و تضمین حق بر سلامت» در بسیاری از جنبه‌های زندگی زنان کهنسال، مشکلاتی را ایجاد می‌کند (Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, 2010: para.12). مع الوصف، علی‌رغم این که تبعیض براساس سن، صراحتاً در هیچ کدام از اسناد بین‌المللی بیان نشده است، اما در عمل و باتوجه به گزارش‌های راجع به وضعیت‌های موجود، می‌توان سن را به‌عنوان یکی از معیارها و مصادیق قاعده عدم تبعیض محسوب می‌شود.

مسئله «سن» اساساً یک متغیر مهمی می‌باشد که در فضای روابط اجتماعی وجود دارد و بسیاری از اعضای جامعه به آن قائل هستند. این مسئله به بخش درمان و سلامت نیز تسری پیدا کرده است. در سال‌های اخیر تفکیک افراد براساس سن و نیازهای خاص هر کدام در حوزه سلامت و پزشکی تحت عنوان «سن‌گرایی درمانی» در ادبیات نویسندگان و متخصصان حوزه حقوق پزشکی مطرح شده است (Butler, 2009: 40). مع الوصف، عدم ارجاع به معیار سن در زمینه مقررات بهداشت و درمان به‌صورت صریح نشان می‌دهد که موضوع تبعیض در مورد افراد کهنسال هنوز به‌طور کامل مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفته است.

از طرفی، چالش‌های جدید ناشی از کهنسالی جهانی، در مجامع بین‌المللی و به‌طور خاص در حوزه سلامت و بهداشت، روزبه‌روز بیشتر گسترده می‌شود. گزارشگر ویژه ملل متحد، در گزارش خود در مورد حق بر تمتع از بالاترین سطح بهداشت جسمی و روانی بر ضرورت یک رویکرد اخلاق زیستی محور برای کهنسالی تأکید می‌کند، زیرا افزایش سن، عملاً منتهی به معضلات اخلاقی جدیدی می‌شود که برای عبور از آن‌ها نیاز به راهکارهای جدید می‌باشد (United Nations General Assembly, 2011: para.43).

۵- تعهدات برای اقدامات عملی

تضمین عدم تبعیض افراد براساس معیار سن، اولین گام در مسیر حمایت واقعی از افراد درجهت تمتع از بالاترین سطح استاندارد جسمی و روانی است. دومین گام در این مسیر، اقدامات قانونی و عملی دولت‌ها در این زمینه می‌باشد. به همین دلیل در گزارش نظرات عمومی شماره ۱۴ که در ارتباط با مفاد ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد، لزوم اتخاذ یک رویکرد یکپارچه که ترکیبی از اقدامات پیشگیرانه، درمانی و توان‌بخشی است را اعلام می‌کند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر نقش معاینات دوره‌ای و اقدامات جسمی و همچنین توان‌بخشی روان‌شناختی با هدف حفظ کارایی و استقلال افراد کهنسال تأکید می‌کند. در نهایت کمیته نیاز به توجه و مراقبت از بیمارانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند و حق آن‌ها برای کرامت

انسانی حتی در مرحله مرگ را مورد تأکید قرار می‌دهد (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000: 25).

در تفسیر ماده ۱۲ میثاق، کمیته همچنین به برخی پاراگراف‌های گزارش نظرات عمومی شماره ۶ که در سال ۱۹۹۵ راجع به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی افراد کهنسال می‌باشد، اشاره دارد، در نتیجه دولت‌ها باید لزوم سرمایه‌گذاری در ارتباط با سلامت سالمندان را در سیاست‌گذاری‌های کلان در نظر داشته باشند. این مسأله به معنای اتخاذ سیاست‌های ترویج سبک زندگی سالم و گام‌های مربوطه در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها، از طریق معاینات دوره‌ای و منظم متناسب با نیازهای سالمندان است. علاوه بر این، در رابطه با توان بخشی که نقش تعیین‌کننده‌ای در حفظ ظرفیت‌های عملکردی افراد کهنسال دارد، باید اقدامات مربوطه انجام شوند (Pairman et al, 2011: 135).

گزارشگر ویژه در ارتباط با حق همه افراد برای تمتع از بالاترین سطح استاندارد سلامت جسمی و روانی، با تجزیه و تحلیل کلیه تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در ارتباط با حق بر سلامت افراد کهنسال، اقدامات کلیدی مشابهی را نیز توسط دولت‌ها انجام شده را متذکر می‌شود. از نظر گزارشگر، نهادهای تصمیم‌گیرنده دولتی که در زمینه حق بر سلامت فعالیت می‌کنند، باید پیامدهای جامعه سالخورده را کاهش دهند و از تمتع افراد کهنسال از حقوق انسانی اطمینان حاصل کنند. این امر دولت‌ها را ملزم می‌کند تا گام‌های خاصی را به‌عنوان بخشی از تدوین و اجرای برنامه‌های جامع بهداشتی بردارند. گام‌های مزبور شامل استراتژی‌های مختلف (اعم از استفاده از اطلاعات جدید، نوآورانه متناسب با سن و ...) برای اطمینان از دسترسی افراد مسن به کالاها، خدمات و مراقبت‌های راجع به حق بر سلامت می‌باشد، در نتیجه دولت‌ها باید منابع بیشتری را برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی سالمندان، آموزش کارکنان بخش درمان برای مقابله با مسائل خاص بهداشتی مرتبط با کهولت سن و بهبود ارتباطات میان متخصص‌ها و شخصی‌سازی مراقبت‌ها، اختصاص دهند. به بیان ساده‌تر، باید تمرکز را از «درمان» به «مراقبت» تغییر داد (United Nations General Assembly, 2011: para.43).

شایان ذکر است که کمیته رفع تبعیض علیه زنان در راستای تفسیر مواد ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۵ کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان این رویکرد را اتخاذ نموده است که سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشتی باید متناسب با نیازهای جسمی، روحی، عاطفی زنان سالمند باید باشد و اوضاع اجتماعی زنان سالمند، معلول، و اقلیت‌ها به‌طور خاص مد نظر قرار گیرد (Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, 2010: para.45-46). همچنین ماده ۲۵ کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت نیز دولت‌ها موظف به اتخاذ تصمیماتی برای اقدامات عملی می‌کند. به‌موجب این کنوانسیون، دولت‌ها مکلفند کلیه اقدامات مناسب جهت اطمینان از دسترسی به خدمات بهداشتی و توان بخشی را با تأکید بر معیار «سن»، انجام دهند. در واقع افراد سالمندی که دارای معلولیت هستند، صراحتاً به‌عنوان ذی‌نفع مستقیم در ارائه خدمات برای کاهش و پیشگیری از معلولیت‌های بیشتر معرفی می‌شوند.

۶- حقوق اختصاصی

پیش‌تر بیان شد که هیچ‌گونه سند الزام‌آور بین‌المللی درباره حقوق افراد کهنسال وجود ندارد. این خلأ از طریق اسناد غیرالزام‌آور مانند برنامه اقدام بین‌المللی وین مورخ ۱۹۸۲ برای سالخوردگی و اصول ملل متحد برای افراد سالمند مورخ ۱۹۹۱ برطرف می‌شود. آخرین و جامع‌ترین سند در این زمینه بیانیه سیاسی و برنامه اقدام بین‌المللی مادرید راجع به کهنسالی می‌باشد که در دومین مجمع جهانی کهنسالی در آوریل ۲۰۰۲ نهایی و از جانب مجمع عمومی ملل متحد ضمن قطعنامه شماره ۵۷/۱۶۷ مورخ ۱۸ دسامبر ۲۰۰۲ به تصویب رسید. تمام این اسناد به اقداماتی اشاره دارد که باید در زمینه بهداشت و سلامت توسط دولت‌ها انجام گیرد. طرح مادرید شامل لیستی طولانی از اهداف و رهنمودهای دولت‌ها برای اقدامات مربوط به سلامتی است که در چهارچوب اولویتهای به‌نام «پیشرفت سلامتی و بهزیستی تا کهنسالی» مطرح شده است. این چهارچوب، ابزار بسیار مفیدی برای دستیابی به تمتع از بالاترین سطح سلامت جسمی و روانی محسوب می‌شود، البته عدم رعایت چهارچوب مزبور از سوی دولت‌ها به‌واسطه فقدان عنصر الزام‌آوری فاقد پیامدهای حقوقی برای دولت‌ها می‌باشد. تبلور این چهارچوب در قالب یک کنوانسیون بین‌المللی می‌تواند کمک فراوانی به

استقرار کامل آن بنماید. این نکته در گزارش‌های کارشناسان مستقل حقوق بشر به شورای حقوق بشر مورد تأکید قرار گرفته است (Human Rights Council, 2015: 110; Human Rights Council, 2016: 37). همچنین تأسیس کارگروه حقوق بشر افراد کهنسال در سال ۲۰۱۰ که دستورکار آن‌ها تهیه پیش‌نویس معاهده بود، انتظار مشخصی از اقدامات بعدی در این زمینه را ارائه می‌کند.

در این میان، دو سند الزام‌آور در سطح منطقه‌ای در زمینه حقوق سالمندان وجود دارد. اولین آن‌ها کنوانسیون درون آمریکایی حمایت از حقوق بشر افراد سالمند است که در ۱۱ ژانویه ۲۰۱۷ به اجرا درآمده است. ماده ۴ این کنوانسیون شامل طیف وسیعی از رفتارهای دولت‌ها در ارتباط با افراد سالمند می‌باشد. مسائل بهداشتی و سلامت در مواد ۱۱ و ۱۲ گنجانده شده است. اولین مورد به حق رضایت آزادانه و آگاهانه در مورد مسائل بهداشتی اشاره دارد. دولت‌ها موظف هستند با تهیه و اجرای سازوکارهای مناسب و مؤثر جهت جلوگیری از سوءاستفاده از این حق، اطمینان حاصل کرده و ظرفیت افراد سالمند را برای درک روش‌ها و راه‌های درمانی موجود و خطرات و مزایای آن تقویت کنند. کلیه اطلاعات باید به موقع، بدون تبعیض و به شکل قابل دسترس و قابل فهم ارائه شوند.

ماده ۱۲ کنوانسیون به افراد سالمندی که تحت مراقبت طولانی‌مدت قرار دارند، اختصاص یافته است. دولت‌ها برای دستیابی به اهداف مندرج در ماده ۱۱ و ۱۲ اقدامات ذیل را باید انجام دهند: طراحی و ارائه کمک‌های لازم برای خانواده‌ها و کسانی که از سالمندان نگهداری می‌کنند، توسعه یک سیستم مراقبت جامع، طراحی مکانیزمی برای اطمینان از احترام به تصمیمات آزادانه افراد سالمند در مورد درمان و مراقبت از آن‌ها، آموزش و تأمین پرسنل متخصص، اطمینان از دسترسی افراد سالمند به اطلاعات راجع به سوابق خود، ارتقای دسترسی به رسانه و منابع مختلف اطلاعاتی، جلوگیری از دخالت‌های خودسرانه یا غیرقانونی در زندگی خصوصی آن‌ها، ارتقای تعامل افراد سالمند با خانواده و جامعه آن‌ها.

نباید از نظر دور داشت که تمام این توصیه‌ها بدون وجود یک سازوکار نظارتی، صرفاً تعهدات ظاهری محسوب می‌شوند که هیچ فایده عملی نخواهد داشت. به همین دلیل مکانیزم پیگیری ایجاد شد. کنفرانس کشورهای عضو کنوانسیون و کمیته کارشناسان، اقدامات دولت‌ها را نظارت و کنترل می‌کند و توصیه‌هایی به آن‌ها ارائه می‌کند. این کنوانسیون همچنین فرآیندی را برای طرح شکایات افراد حقیقی پیش‌بینی کرده است که توسط کمیسیون درون آمریکایی حقوق بشر بررسی و عملیاتی می‌شود. همچنین دادگاه درون آمریکایی حقوق بشر نیز صلاحیت ارائه تفسیر برای مفاد کنوانسیون را دارد (Lewis et al, 2020: 38-39).

دومین سند الزام‌آوری که اخیراً به تصویب رسیده است، پروتکل منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم در مورد حقوق افراد سالمند است که در ۳۱ ژانویه ۲۰۱۶ به تصویب رسید. در مقایسه با کنوانسیون آمریکایی، به نظر می‌رسد که این کنوانسیون در ارتباط با دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و تعهدات دولت‌ها، واقع‌بینانه‌تر و البته به صورت کلی طراحی شده است. ماده ۱۵ این پروتکل دولت‌ها را ملزم می‌کند که حقوق افراد سالمند را برای دسترسی به خدمات بهداشتی که نیازهای خاص آن‌ها رفع می‌کند، تضمین کند. همچنین دولت‌ها مکلف هستند که اقدامات مقتضی برای تسهیل دسترسی سالمندان به خدمات بهداشتی و درمانی را انجام دهند. مکانیزم کنترلی که در این معاهده در نظر گرفته شده است، بسیار محدود می‌باشد. اساس این مکانیزم بر پایه گزارش‌هایی می‌باشد که از طرف دولت‌های عضو به کمیسیون حقوق بشر و مردم آفریقا ارسال می‌شود (Smith, 2019: 349).

نکته جالب توجه این است که در اروپا هیچ معاهده‌ای مشابه با آمریکا و آفریقا وجود ندارد. راهکار اروپا توسل به اسناد غیرالزام‌آور با تأکید بر برخی جنبه‌های خاص سالمندی و مشکلات خاص سالمندان می‌باشد. مع الوصف، جدیدترین و مهم‌ترین سند مربوط به سالمندان، توصیه‌نامه کمیته وزیران به دولت‌های عضو در مورد ارتقای حقوق بشر افراد سالمند است (Council of Europe, 2014: 1-3). پیش‌فرض توصیه‌نامه مزبور این است که افراد سالمند باید از حقوق و آزادی‌های اساسی به صورت برابر با سایر افراد جامعه برخوردار شوند. هدف اصلی از این توصیه‌نامه، از بین بردن موانعی است که مانع از تمتع افراد سالمند از حقوق خود می‌شود.

این توصیه‌نامه شامل اصول کلی مراقبت‌های بهداشتی است که دسترسی و کیفیت مراقبت‌های مزبور را مورد اشاره قرار می‌دهد. یکی از اصولی که در این توصیه‌نامه مورد تأکید قرار گرفته، این است که سالمندان باید بتوانند تا حد امکان در خانه‌های خود بمانند، بنابراین خدمات مورد نظر باید در سطح جامعه وجود داشته باشد. اصل دیگر، ترویج رویکرد چندبعدی در زمینه بهداشت و درمان و افزایش همکاری در بین بازیگران این حوزه می‌باشد. این توصیه‌نامه بر وظایف ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی برای حفاظت از اطلاعات حساس و شخصی افراد سالمند و حفظ حریم خصوصی آن‌ها تأکید می‌کند. در نهایت، این توصیه‌نامه، یک لیست طولانی از اقداماتی که باید توسط دولت‌ها در ارتباط با رضایت و مراقبت‌های پزشکی انجام شود را ارائه می‌کند. این توصیه‌نامه به تمام مصادیق و طبقات حقوق سالمندان اشاره دارد، در نتیجه مقررات راجع به حق بر سلامت در آن تقریباً محدود است (Martin et al, 2015: 128).

در سال ۲۰۱۷ مجمع پارلمانی شورای اروپا قطعنامه شماره ۲۱۶۸ را تحت عنوان «حقوق بشر سالمندان و مراقبت‌های همه‌جانبه از آن‌ها» به تصویب رساند. این قطعنامه متضمن تدابیری است که دولت‌ها باید با هدف مبارزه با سالمندی، بهبود مراقبت از افراد سالمند و جلوگیری از محرومیت اجتماعی آن‌ها انجام دهند. در این قطعنامه از دولت‌ها خواسته شده است که: از در دسترس بودن، مقرون به صرفه بودن مراقبت‌های بهداشتی برای سالمندان اطمینان حاصل کنند؛ خدمات بهداشتی و مراقبت‌های اجتماعی برای سالمندان را به صورت توأمان ارائه دهند؛ از آموزش کافی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی سالمندان و تأسیس مراکز نگهداری از آن‌ها در نقاط مختلف کشور اطمینان حاصل کنند؛ منشور حقوق افراد سالمند را در مراکز درمانی و مراقبتی به تصویب برسانند؛ بر مؤسسات درمانی و مراقبتی نظارت کامل داشته باشند؛ از ارائه کمک و پشتیبانی مناسب برای سالمندان در منزل اطمینان حاصل کنند (Hannum et al, 2017: 55-59).

در سه قاره آمریکا، اروپا و آفریقا، سه رویکرد متفاوت در ارتباط با حقوق افراد سالمند اتخاذ شده است. در میان این رویکردها، به نظر می‌رسد که رویکرد دولت‌های اروپایی واقع‌بینانه و عملی می‌باشد. در اروپا با توسل به اسناد و راهکارهای غیرالزام‌آور سعی در ایجاد هم‌گامی و وحدت رویه در فضای روابط تابعان و بازیگران وجود دارد. به همین دلیل است که تعهدات غیرالزام‌آور به صورت «دقیق» و «جزیی» برای دولت‌ها تعریف شده است. در زمینه حقوق سالمندان، اجماع و توافق به سختی میان دولت‌ها ایجاد می‌شود. به همین دلیل است که تلاش‌های دولت‌های آفریقایی و آمریکایی در فضای فعلی روابط بین‌المللی جایگاه ویژه‌ای دارد. نباید از نظر دور داشت که پروتکل آفریقایی هنوز از جانب هیچ دولتی به تصویب نرسیده است و کنوانسیون آمریکایی نیز صرفاً از جانب دو دولت به تصویب رسیده است. طراحی و ارائه معاهدات بین‌المللی و عدم اقبال اعضای جامعه بین‌المللی به آن، خطراتی به مراتب بیشتر از فقدان سند بین‌المللی ایجاد می‌کند، زیرا در عمل دولت‌ها به بهانه فقدان یک تعهد لازم‌الاجرای بین‌المللی، حتی انگیزه و تمایلی برای حرکت در جهت ایجاد وحدت رویه نیز پیدا نمی‌کنند. در واقع عدم تصویب چنین اسنادی از سوی دولت‌ها، در عمل ممکن است چنین تصویری را ایجاد کند که موضوعات مندرج در اسناد مزبور از اهمیت کمی در فضای روابط بین‌الملل برخوردار هستند.

نتیجه‌گیری

کهولت سن و گسترش آن در سطح جوامع، تأثیر زیادی بر تمام حوزه‌های زندگی سیاسی و اجتماعی دارد، اما این تأثیر در حوزه بهداشت و درمان بیشتر از سایر حوزه‌ها می‌باشد. برای دولت‌ها و جوامع مدنی این پدیده در واقع متضمن وظیفه‌ای عظیم در فرآیند درمان انواع بیماری‌ها، مراقبت‌های مختلف، کمک مؤثر به سرپرستان و ... می‌باشد. تردیدی نیست که همه این فعالیت‌ها و وظایف، بار مالی فراوانی برای دولت‌ها ایجاد می‌کند، در نتیجه این مسأله یک چالش بزرگ برای تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران محسوب می‌شود. دولت‌ها سیاست‌های متنوعی در این زمینه دارند. سالمندان، از جمله اقشار آسیب‌پذیر و نیازمند حمایتی هستند حق بر سلامتی آن‌ها به عنوان یکی از موضوعات مهم حقوق بین‌الملل، زمانی که با هنجارهای حقوق بشر بین‌المللی تلفیق می‌شود، فضای ابهام‌آمیزی را ایجاد می‌کند. این ابهام و اغماض ناشی از دلایلی مختلفی من جمله تفاوت مفهوم سالمندی در کشورهای مختلف دنیا و همچنین وضعیت اقتصادی و موقعیت مکانی افراد سالمند است. همچنین برای شناخت معیارها و جنبه‌های مختلف

دسترسی به حق بر سلامت، مفهوم دیگری به نام «سالم بودن» نیز در حالت سالمندی با سایر مراحل زندگی انسان از تفاوت برخوردار است. به علاوه تحولات حقوق بین الملل در زمینه ایجاد هنجارهای سخت که بتواند به حمایت از حقوق سالمندان در امر سلامت و مطابق شرایط روز پردازد، همگام با نیازهای این قشر جوامع و سرعت رشد فناوری‌ها نبوده است. این موضوع باعث شده که تاکنون معاهده بین المللی در خصوص حق بر سلامت سالمندان به تصویب نرسیده است. به نظر می‌رسد برای وضعیت حق بر سلامت سالمندان باید به تفسیر هنجارهای موجود پرداخت. همچنین باید دائماً بر این نکته تأکید داشته باشیم که تبعیض بر اساس معیار سن در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، توان بخشی، درمان‌های مدرن، داروسازی و اطلاعات مربوط به حوزه بهداشت، شرایط نامناسب زندگی، در چهارچوب حقوق بشر بین المللی، حق سالمندان در تمتع از بالاترین سطح سلامت جسمی و روانی را نقض می‌کند. بر همین اساس نیز، نیاز به پرداختن به وضعیت سلامت سالمندان به شکلی انحصاری که از این طریق بتوان دولت‌ها را به اتخاذ یک رویکرد مبتنی بر حقوق بشر و در پیش گرفتن تدابیری در این زمینه نماید، سبب تدوین برخی بسیاری از اسناد غیرالزام‌آور و تصویب دو معاهده منطقه‌ای بر ضرورت حمایت ویژه از سالمندان شده است؛ دقیقاً همان‌طور که این مسأله در ارتباط با کودکان، زنان و معلولان نیز اتفاق افتاد. وجود یک معاهده بین المللی می‌تواند وضعیت سالمندان را در مقابل سایر اقشار آسیب‌پذیر متعادل تر کند. همچنین رویه دادگاه حقوق بشر اروپایی در رسیدگی به دعاوی که شهروندان این قاره در مورد حق بر سلامت سالمندان علیه دولت‌های متبوعشان طرح نموده‌اند، اگرچه تاکنون با در نظر گرفتن سالمندی به عنوان معیار خاص در این دعاوی نبوده، لکن سبب تفسیر و توسعه حقوق سالمندان در امر حمایت از حق بر سلامت آنان بوده است. این موضوع به حدی اثر داشته که باید اذعان نمود رویکرد دولت‌های اروپایی واقع‌بینانه و عملی می‌باشد. در اروپا با توسل به اسناد و راهکارهای غیرالزام‌آور سعی در ایجاد هم‌گامی و وحدت رویه در فضای روابط تابعان و بازیگران وجود دارد. به همین دلیل است که تعهدات غیرالزام‌آور به صورت «دقیق» و «جزیی» برای دولت‌ها تعریف شده است.

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی مربوط به انجام پژوهش رعایت شده است.

تعارض منافع: تدوین این مقاله، فاقد هرگونه تعارض منافی بوده است.

سهم نویسندگان: کلیه مراحل تهیه و نگارش مقاله توسط نویسنده انجام یافته است.

تشکر و قدردانی: از همه کسانی که در بازخوانی و ویرایش اثر همیاری و راهنمایی داشتند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

تأمین اعتبار پژوهش: این پژوهش بدون تأمین مالی انجام گرفته است.

منابع و مأخذ

- Alston, P (1987). "Out of the Abyss: The Challenges Confronting the New U.N. Committee on Economic, Social and Cultural Rights". *Human Rights Quarterly*, 9(1): 332-381.
- Asher, J (2010). *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*. 1st ed. Boston: Martinus Nijhoff Publishers.
- Baer, B; Bhushan, A, Abou Taleb, H, Vasques, J, & Thomas, R (2016). "The right to health of older people", *The Gerontologist*, 56(2): 206-217.
- Butler, R. N (2009). *The Longevity Revolution: The Benefits and Challenges of Living a Long Life*. 1st ed. New York: Public Affairs.
- CESCR, General Comment No.20: Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Art.2(2) ICESCR), UN Doc.E/C.12/GC/20, annex VI. 2009.
- CESCR, General Comment No.21: The Right of Everyone to Take Part in Cultural Life (Art.15(1)(a) ICESCR), UN Doc.E/C.12/GC/21. 2009.

- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) (2009). “Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 20”. Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Art. 2, Para. 2). E/C.12/GC/20. Para. 29.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) 2000. Committee on Economic, Social and Cultural Rights General Comment No. 14. The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). E/C.12/2000/4. P.25.
- Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (2010). Committee on the Elimination of Discrimination Against Women General Recommendation No. 27 Older Women and Protection of Their Human Rights, 16 December 2010. CEDAW/C/GC/2. Para. 12, 45-46.
- Compilation of Guidelines on the form and Content of Reports to be Submitted by States Parties to the International Human Rights Treaties, UN Doc. HRI/ GEN/2/Rev.6. 2009.
- Council of Europe (2014). Recommendation CM/Rec (2014)2 of the Committee of Ministers to Member States on the Promotion of Human Rights of Older Persons Adopted by the Committee of Ministers on 19 February 2014.
- Dieterlen, P (2009). “Taking Economic and Social Rights Seriously: A Way to Fight against Poverty”. In: Pogge, T (2009). *Freedom from Poverty as a Human Right: Theory and Politics*. 1st ed. New York: UNESCO.
- Erk, C (2011). *Health, Rights and Dignity: Philosophical Reflections on an Alleged Human Right*. 1st ed. Frankfurt: Ontos Verlag.
- European Court of Human Rights (2017). *Carvalho Pinto de Sousa Morais v. Portugal*, Application No. 17484/15, Judgement of 25 July 2017. Para.52.
- European Court of Human Rights 2008. *Dodov v. Bulgaria*, Application No. 59548/00, Judgement of 17 January 2017. Available online at <https://hudoc.echr.coe.int/>
- Fredman, S (2018). *Comparative Human Rights Law*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press.
- General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12 ICESCR). UN Doc.E/C.12/2000/. 2000.
- Giancesini, G (2013). “Family Patterns of Challenges in Italy: Challenges, Conflicts, Policies and Practices”. In: Robila, M (2013). *Handbook of Family Policies Across the Globe*. 1st ed. New York: Springer.
- Hannum, H; Shelton, D, Anaya, J & Celorio, R (2017). *International Human Rights: Problems of Law, Policy, and Practice*. 1st ed. London: Wolters Kluwer Law & Business.
- Heymann, J; Cassola, A, Raub, A & Mishra, L (2013). “Constitutional rights to health, public health and medical care: the status of health protections in 191 countries”. *Global Public Health*, 8(6): 639-653.
- Heymann, J; Sprague, A & Raub, A (2020). *Advancing Equality: How Constitutional Rights Can Make a Difference Worldwide*. 1st ed. California: University of California Press.
- Human Rights Committee 2011. Néstor Julio Canessa Albareda et al. v. Uruguay. Communications Nos. 1637/2007, 1757/2008 and 1765/2008, Views of 24 October 2011. CCPR/C/103/D/1637/2007, 1757 and 1765/2008. Para. 9.2.
- Human Rights Council 2015. Report of the Independent Expert on the Enjoyment of All Human Rights by Older Persons, Rosa Kornfeld-Matte, on Her Mission to Austria, A/HRC/30/43/Add.2.

- Human Rights Council 2016. Report of the Independent Expert on the Enjoyment of All Human Rights by Older Persons, Rosa Kornfeld-Matte, A/HRC/33/44.
- Lewis, B; Purser, K & Mackie, K (2020). *The Human Rights of Older Persons: A Human Rights-Based Approach to Elder Law*. 1st ed. London: Springer.
- Martin, C; Rodríguez-Pinzón, D & Brown, B (2015). *Human Rights of Older People: Universal and Regional Legal Perspectives*. 1st ed. London: Springer.
- Meier, B; Cronk, R, Luh, J, Bartram, J & Lbuquerque, C (2018). "Monitoring the Progressive Realization of the Human Rights to Water and Sanitation: Frontier Analysis as a Basis to Enhance Human Rights Accountability". In: Conca, K & Weinthal, E (2018). *The Oxford Handbook of Water Politics and Policy*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press.
- Nordenfelt, L (2009). "The Concept of Dignity". In: Nordenfelt, L (2009). *Dignity in Care for Older People*. 1st ed. London: Wiley-Blackwell.
- Pairman, S; Tracy, S, Thorogood, C & Pincombe, J (2011). *Midwifery: Preparation for Practice*. 4th ed. Elsevier Health Sciences.
- Pinto, M & Sigal, M (2018). "Influence of the ICESCR in the Americas". In: Moeckli, D & Keller, H (2018). *The Human Rights Covenants at 50: Their Past, Present and Future*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press.
- Riedel, E (2002). "New Bearings to the State Reporting Procedure: Practical Ways to Operationalize ESC- Rights - the Example of the Right to Health". In: Schorlemer, S (2002). *Praxishandbuch UNO*. 1st ed. Berlin: Springer.
- Riedel, E; Giacca, G & Golay, C (2014). "The Development of Economic, Social and Cultural Rights in International Law". In: Riedel, E; Giacca, G & Golay, C (2014). *Economic, Social and Cultural Rights in International Law: Contemporary Challenges*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press.
- Rietiker, D (2016). "Between Prosperity and Destruction: A Modern Interpretation of the Right to Peaceful Use of Nuclear Energy in Light of the Protection of Human Rights and Future Generations". In: Fleck, D & Black-Branch, J (2016). *Nuclear Non-Proliferation in International Law: Legal Aspects of the Use of Nuclear Energy for Peaceful Purposes*. 1st ed. London: T.M.C. Asser Press.
- Smith, R (2019). *Core Documents on European and International Human Rights*. 1st ed. London: Macmillan Education.
- Statement by the Committee on the evaluation of the obligation to take steps to the "maximum available resources" under an Optional Protocol to the Covenant, E/2008/22-E/C.12/2007/3, annex.VIII, 2008.
- Tobin, J (2019). *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press.
- United Nations General Assembly (2011). "Thematic Study on the Realization of the Right to Health of Older Persons by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health". Anand Grover, General Assembly, 4 July 2011, A/HRC/18/37. Para. 25, 38-38, 57, 43.
- Yamin, A. E (2005). "The right to health under international law and its relevance to the United States". *American Journal of Public Health*, 95(7): 1156-1161.