

بحثی در حقوق اجتماعی و اقتصاد

استحقاق حق خدمات بهداشتی سلامت و آموزش در کشورهای در حال توسعه

حمید رضائی قلعه*

علی میلانی بناب**

چکیده

در این مقاله به تحلیل حقوق اجتماعی و رویکردهای اقتصادی، به منظور دستیابی و تحقق خدمات سلامتی و آموزش در کشورهای در حال توسعه، پرداخته شده است. همچنین زیرساختها و بهره گیری از حقوق اجتماعی در تسریع روند توسعه، ترسیم طرح کلی از دستاوردهای اقتصادی در خصوص ارتقاء سطح سلامت و آموزش، بانگهای ویژه به تفاوتها و تشابهات به همراه ارزیابی مسائل اساسی که از دیدگاه اقتصادی بر حقوق اجتماعی وارد است نیز در این مقاله مورد بررسی قرار گرفته اند. علاوه بر این در این مقاله مشخص می شود که پیامدهای سیاسی این رویکردها در برخی موارد بایکدیگر هم پوشانی دارند. تفاوتها مطرح در این جا عمدتاً به گونه ای در تعاملند که نمی توان آنها را ضد یکدیگر دانست و مدافعان این رویکردها نباید با دیدی متعصب و مخالف به یکدیگر نگاه کنند. از این تفاوتها می توان به محدودیتهای بلند مدت و شیوه مبادلات اقتصادی اشاره کرد.

کلید واژه

حقوق بشر، حقوق اجتماعی، حق بر سلامت، حق بر آموزش و پرورش، رویکردهای اقتصادی، مداخله دولت، توسعه پایدار

* مدیر گروه پژوهشی عدالت و رفاه اقتصادی در معاونت پژوهشهای اقتصادی مرکز تحقیقات استراتژیک
** کارشناس و محقق علوم پزشکی

درآمد

مسئله حقوق بشر در عرصه بین‌المللی از مسائلی است که بحث در خصوص آن به ویژه در حوزه سلامت و آموزش به طور روزافزونی در حال افزایش است. از جمله بیانیه‌های قانونی که در این مورد به آنها استناد می‌شود می‌توان به بیانیه جهانی حقوق بشر (صادر در سال ۱۹۴۸)، منشور حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بشر (صادر در سال ۱۹۶۶) اشاره کرد. علاوه بر این مواردی نیز دال بر حق سلامت و آموزش در منشور حقوق اجتماعی اروپا (صادر در سال ۱۹۶۱)، منشور حقوق بشر آفریقا (صادر در سال ۱۹۸۱) و منشور جهانی حقوق کودکان (صادر در سال ۱۹۸۹) دیده می‌شود. در این میان برخی از نهادهای بین‌المللی نیز قوانینی با جهت‌گیری ویژه با سمت و سوی تأمین حق سلامت و خدمات بهداشتی و همچنین آموزش و پرورش را در کشورهای در حال توسعه وضع کرده‌اند (DFID در سال ۱۹۹۷، شورای حقوق بشر استرالیا در سال ۱۹۹۵، برنامه توسعه سازمان ملل، UNDP در سال ۲۰۰۰، یونسکو در سال ۲۰۰۰ و سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲). علاوه بر سطوح بین‌المللی، مسئله حقوق بشر حتی در سطح ملی نیز بسیار حائز اهمیت بوده است و بسیار به آن پرداخته شده است. به عنوان مثال در یک بررسی مشخص شده است که در قانون اساسی ۱۱۰ کشور جهان از حق بر سلامت به عنوان یک اصل سخن به میان آمده است. (Kinney 2001)

علاوه بر این حق بر آموزش و پرورش نیز در ۱۸۷ کشور جهان به عنوان یکی از حقوق اساسی و قانونی مطرح است. از میان ۱۶۵ کشور دارای قانون اساسی مدون و مکتوب، در ۱۱۶ کشور به طور واضح و روشن به حق آموزش و پرورش و در ۷۳ کشور نیز به حق خدمات بهداشتی و درمانی اشاره شده است. در ۹۵ کشور نیز حق آموزش و پرورش رایگان و در ۲۹ کشور حق استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی رایگان، حداقل برای برخی از شهروندان و زیرگروه‌های اجتماعی، وجود دارد. به عنوان مثال برزیل یکی از نمونه‌های ویژه در زمینه تأمین حق سلامت شهروندان به شمار می‌رود. بر اساس مصوبات و قانون اساسی این کشور در سال ۱۹۸۸، استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی رایگان اعلام شده است. باین وجود می‌توان گفت که تضمینات قانونی موجود نتوانسته‌اند که کاستی‌ها و نابرابری‌های موجود در این حوزه را در این کشور برطرف کنند. به عنوان مثال برنامه ملی این کشور در خصوص درمان ضد رترو ویروس (Anti-retroviral) برای بیماران مبتلا به ایدز، کاهش ۴۰ درصدی مرگ و میر ناشی از این بیماری در طی سالهای ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۲ میلادی را در پی داشته است. با وجود برنامه‌های دولت برای تولید داخلی داروهای مورد نیاز برای این بیماری، هزینه اجرای این برنامه بسیار بالا بوده است. تنها هزینه درمان دارویی، به رغم کاهش ۴۸ درصدی در نتیجه تولید داخلی، ۲۵۳۰ دلار

به ازای هر بیمار است که با توجه به وجود ۱۱۳۰۰۰ بیمار مبتلا به ایدز در این کشور این هزینه بسیار هنگفت است (گزارش وزارت بهداشت برزیل، ۲۰۰۲). این در حالی است که در این کشور هزینه بسیاری از داروهای آنتی بیوتیکی بسیار بالا است و یا اینکه برای بسیاری از شهروندان به راحتی قابل دسترس نمی باشد. واکنشهای موجود در خصوص برنامه دارویی دولت برزیل برای بیماران مبتلا به ایدز به قدری متفاوتند که می توان بانگاهی کلی به دیدگاه های موجود به ابزاری دقیق برای تمییز و غربالگری افرادی که با گرایش حقوقی به مسئله سلامت و حق بهداشت و درمان می پردازند و افرادی که بانگاهی تحلیلی به لحاظ اقتصادی این مسئله را مورد ارزیابی قرار می دهند دست یافت. از سویی مدافعان حقوق اجتماعی این گونه استدلال می کنند که این برنامه دولت برزیل پایه و اساسی کاملاً قانونی داشته و جهت گیری روشن و بی نقصی به سوی تحقق حقوق بشر در این کشور داشته و حداقل توانسته است با استفاده از منابعی که دولت در اختیار دارد، ولو اندک، از بروز مرگ و میرهای زود هنگام در میان بیماران بکاهد. به بیانی دیگر این گروه معتقدند که مراقبتهای بهداشتی و درمانی را نباید صرفاً به عنوان یک کالا تلقی کرد که گروهی از مردم به علت ناتوانی اقتصادی از آن محروم بمانند. از سویی دیگر دسته ای که با تحلیلی اقتصادی به مسئله نگاه می کنند معتقدند که مداخله بلامنازع دولت

در حیطه درمان و ارائه خدمات رایگان درمانی می تواند از چند حیث مورد بحث قرار گیرد. این گروه معتقدند این هزینه های درمانی می توانسته به عنوان بخشی از درآمد و یا بخشی از خدمات اجتماعی در اختیار بیمار قرار گیرد و به صورت شخصی توسط بیمار به درمان اختصاص یابد. بنابراین اینگونه به نظر می رسد که در اینجا صرفاً نوعی انتقال هزینه به دولت اتفاق افتاده است. علاوه بر این اینگونه بیان می شود که هزینه هایی که صرف درمان بیماران مبتلا به ایدز می شود، به لحاظ اهمیت و اولویت در درجات پایین تری از دیگر مسائل بهداشتی قرار دارد که با اختصاص هزینه هایی به مراتب کم تر از آن می توان با بهبود دیگر مقدمات بهداشتی از جمله تأمین آب سالم و پیشگیری از بروز بیماریها، جان تعداد افراد بیشتری را از بروز مرگ و میر زود هنگام نجات داد. از طرفی دیگر با توجه به اینکه هزینه های درمانی در این سیستم کاملاً بر عهده دولت است، دیگر هزینه های درمانی از سوی ارائه کنندگان خدمات درمانی ارائه نمی شود و بدین ترتیب آن ارزیابی که می توان با بررسی هزینه درمان از کیفیت خدمات درمانی داشت را نمی توان در اینجا مبنا قرار داد. طبعاً در این سیستم ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی انگیزه کمتری برای بهبود کیفیت خدمات خود خواهند داشت و به لحاظ رشد علمی نیز در این سیستم سرعت به روز شدن اطلاعات علمی به مراتب پایین تر خواهد بود.

اینگونه می توان تحلیل کرد که حتی در این نقاط که افتراق رویکردها دیده می شود، نمی توان به طور کامل این عقاید را تلفیق ناپذیر دانست. جایی که این دو رویکرد به سختی تلفیق می یابند، به سؤالاتی باز می گردد که از سوی منتقدین اقتصادی بر این شیوه وارد است. تحلیلگران اقتصادی این سؤالات را اینگونه مطرح می کنند که چرا باید منابع محدود بر اساس اصول و ضابطه هایی غیر از اصول رفاه اجتماعی برای این امر اختصاص یابند و چرا در این میان هیچ توجهی به انحرافات اخلاقی ممکن میان دریافت کنندگان یارانه های بهداشتی و درمانی نمی شود؟

به رغم اینکه دیگر حقوق اخلاقی و تأمینی چون حق زندگی و معیشت و امنیت جانی و فیزیکی نیز با نتایج و دستاوردهای حوزه بهداشت و سلامت و همچنین آموزش و پرورش ارتباط نزدیک و روشنی دارند، در اینجا بیشتر سعی شده است به مسائل و حقوق اجتماعی پرداخته شود که ارتباطی مستقیم با سیستم بهداشتی و درمانی و آموزش و پرورش دارند. از این گذشته با توجه به اینکه بررسی تمامی رویکردهای موجود در این بحث از حوصله این مقاله خارج است، بیشتر سعی بر این بوده است که به متداولترین رویکردها در این حیطه پرداخته شود. در ادامه، در قسمت دوم به ارزیابی بنیانه و نقش حقوق اجتماعی در روند توسعه پرداخته می گردد و در قسمت سوم نمایی کلی

این مسئله به طور کلی امکان انتخاب مناسب و تمیز ارائه کنندگان خوب و بد خدمات بهداشتی و درمانی را نیز از بیمار می گیرد.

همانطور که در این مقاله مشخص خواهد شد، اختلاف نظرات موجود در این زمینه آنطور که به نظر می آید عمیق نیستند و در آنجایی که نتایج سیاست عملی دولت در خصوص خدمات بهداشتی و سلامت و همچنین آموزش و پرورش مطرح است، مدافعان حقوق اجتماعی و تحلیلگران اقتصادی از نقطه نظرات مشابهی برخوردارند و چندان اختلافات عمیقی بین آنان دیده نمی شود. به طوری که از نظر هر دو دیدگاه لزوم دسترسی وسیعتر و بیشتر به اطلاعات، گسترش و تقویت سازمانهای محلی فعال در حوزه سلامت، افزایش حمایتهای دولتی و تغییر و تحول در نحوه اداره زیر مجموعه های درمان و بخشها به عنوان یک اصل اجتناب ناپذیر تلقی می شود. به بیان دیگر می توان اینگونه عنوان کرد که بهبود و تقویت نحوه ارائه خدمات به عنوان هدف اصلی در هر دو رویکرد مطرح است. با وجود این هدف مشترک، تفاوتها همچنان در این رویکردها وجود دارند. به عنوان مثال اینکه حد و مرز این تجمع زدایی و برون سپاری ارائه این خدمات از سوی دولت تا کجایی تواند باشد و محرومیتهای طولانی مدت از دریافت خدمات بهداشتی و درمانی چه تبعاتی را می توانند به دنبال داشته باشند، نکاتی هستند که این دو رویکرد در آنجا از یکدیگر افتراق می یابند. ولی

از رویکردهای اقتصادی برای تأمین و بهبود خدمات سلامتی و آموزشی ترسیم خواهند شد.

۱- حقوق اجتماعی: بنیانها، کاربردها و نقد

و بررسی

به لحاظ ریشه شناسی لغت، مفهوم حقوق بشر با عقیده کلی ژان ژاک روسو (نویسنده فرانسوی، ۱۷۱۲ تا ۱۷۷۸) و کانت (فیلسوف آلمانی، ۱۷۲۴-۱۸۰۴) ارتباط دارد. از دیدگاه این متفکرین، حقوق بشر یک حق کاملاً طبیعی است و مظهري است از یک آزادی ذاتی. حتی قبل از ارائه این تعاریف، از دیدگاه رواقیون (Stoic) و تعلیمات دین مسیح، از حقوق بشر به عنوان عزتی مقدس که به نوع بشر تعلق دارد یاد شده است. با در نظر گرفتن این مکاتب فکری، می توان اینگونه استنباط کرد که این تعاریف بر پایه بنیانهای فلسفی گوناگونی استوارند. چنانچه به گفته (Guttman (۲۰۰۱)، با وجود اینکه مسئله حقوق بشر به لحاظ مفهومی، بنا به دلایلی که در ادامه خواهد آمد، کمی مبهم به نظر می رسد، نشأت گرفته از شهودی بسیار قوی است و می توان برای آن بنیانهایی چندگانه در نظر گرفت. حتی اگر با دیدگاهی مذهبی و فرهنگی به مسئله نگاه نکنیم، نوع بشر در پهنه جهان هستی بسیار ارزشمند و مورد احترام بوده و در خور معطوف داشتن توجهی ویژه است. حقایق نشأت گرفته از آن شهود یاد شده، در شکلها و مقتضیات مختلف بدست آمده اند. به عنوان مثال در مواقعی

به همراه فتوحات (مانند فتوحات اسلام در خاورمیانه و لیبرالیسم در کشورهای مستعمره) بوده اند. ولی عموماً به صورت مستقل (مذهب بودا در هند، مسیحیت در حوزه دریای مدیترانه و اسلام در اندونزی) مطرح شده اند. بنیانهای حقوق بشر می توانند سکولار و یا مذهبی باشند. زیرا این عقیده که نوع بشر سزاوار احترام و عزت نهادن است، در سراسر تاریخ وجود داشته است. علاوه بر این این مقوله نیز محتمل است که حقوق بشر بنیان فلسفی خاصی را نه داشته است و نه به آن نیازی داشته بلکه ممکن است حقیقتی اخلاقی باشد.

بر اساس آنچه آورده شد، نظریه هایی که در خصوص حقوق بشر وجود دارند بسیار پیچیده اند و در این مقاله تنها می توان به تعداد محدودی از اصول پرداخت. واژه ای کلی که در اینجا وجود دارد حق است که می توان آن را به صورت مختصر به انواع زیر تقسیم بندی کرد: ۱- حقوق شخصی (اعم از حق زندگی، حق آزادی، حق امنیت و حق مالکیت) ۲- حقوق قانونی (اعم از تشریفات قانونی و حق برابری در برابر قانون) ۳- حقوق سیاسی (اعم از حق مشارکت در جریانهای اجتماعی و دادن رأی) ۴- حقوق اجتماعی و اقتصادی (اعم از برخورداری از استانداردهای زندگی مناسب، اشتغال، مراقبتهای بهداشتی، آموزش و پرورش و تغذیه) و ۵- حقوق گروهی (حقوق قومیتها و اقلیتهای اجتماعی).

معنی که واژه‌هایی چون داشتن زندگی شاداب، سالم و پرنشاط و داشتن تحصیلات مناسب عموماً در سطح جوامع امروزی تعریف می‌شوند و عدم بهره‌مندی از تحصیلات و امکانات بهداشتی را می‌توان به مثابه کنار گذاشته شدن از جامعه مدرن دانست که می‌تواند تبعات روانی و اجتماعی خاص خود را در پی داشته باشد. عموماً از دیدگاه متفکرین، حق سلامت و آموزش را می‌توان به عنوان اصلی‌ترین نیاز انسان در جامعه دانست (Adam Smith) و بر اساس نظریات موجود، می‌توان از آن به عنوان توانایی فرد برای حضور در اجتماع بدون سرافکنندگی و شرم یاد کرد. (Sen, 1999) به گفته دیگر متفکرین، داشتن این حق انسان را قادر خواهد ساخت که در اجتماع با غرور و سربلندی حضور یابد و در برابر دیگر افراد جامعه احساس برابری کند. (Feinberg, 1997) علاوه بر این بنیانهای دینی و مذهبی نیز در این میان از جمله عوامل گسترش، فراهم بودن و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و آموزشی به شمار می‌روند. به عنوان مثال دستورات دینی در خصوص نیکی به هم نوعان و شرکت در امور خیریه از جمله مواردی هستند که در اینجا می‌توان به آنها اشاره کرد (De Bary, 2000; Rouner, 1988).

برخی از منتقدین حقوق اجتماعی معتقدند تعدد حقوق اجتماعی که برای انسان در نظر گرفته می‌شود، می‌تواند پدیده‌ای تحت عنوان تورم حقوق را در پی داشته باشد که این مسئله

دیدگاه سکولار در خصوص حقوق اجتماعی، مانند حق سلامت و آموزش که در این مقاله نیز به طور ویژه به آن پرداخته شده است، معمولاً بر پایه انتخاب و دفاع از یک سری نیازهای اساسی و یا قابلیت‌ها و استعداد‌های ضروری انسان است. در این میان تفاوت اساسی میان رویکردی که بر پایه نیازهای انسان است و رویکردی که بر پایه قابلیت‌ها و استعداد‌های انسان است، این است که رویکرد اخیر معتقد است که افراد مختلف به سطوح مختلفی از منابع موجود نیازمندند. به عنوان مثال یک فرد معلول به امکانات بیشتری برای زندگی در جامعه نسبت به افراد سالم نیازمند است. دست کم دو رویکرد متفاوت برای برقراری و نهادینه کردن حقوق اجتماعی وجود دارد. در اولین رویکرد که تأکید بیشتری بر قدرت و توانایی انسان دارد، اعتقاد بر این است که انسان بر اساس درکی که از ویژگی‌های یک زندگی خوب و با ارزش دارد، تصمیمات مهمی را چون انتخاب محل زندگی، کار کردن، نحوه عبادت و ازدواج می‌گیرد و در حقیقت آنچه که فقر، بیماری و ناتوانی، بی‌سوادی و جهل را باعث شود، قدرت تحلیل و فرکان وی را مختل می‌کند. شاید بتوان اینگونه تصور کرد که بیماری و جهل چیزی به مثابه بردگی و اسارتند زیرا که فرد مبتلا نمی‌تواند زندگی بر پایه اصول را تجربه کند. در رویکرد دوم که بر شأن و عزت انسانی تأکید می‌شود، این تأکیدها ممکن است در جایی و در برابر شرایطی خاص مهجور بمانند. بدین

می تواند به ویژه در حیطه حقوق شخصی، اصالت حقوق بشر را تضعیف کند. (Ignatieff, 2001) برخی دیگر اینگونه عنوان می کنند که تضمین اختصاص حداقل درآمد، خدمات و مراقبتهای بهداشتی و حق آموزش، در حقیقت التزام وجود داشتن دولتی بزرگ و حتی سوسیالیسم را در پی دارد. وجود چنین نگرانی های سیاسی و فلسفی، لزوم تلاشهای تئوریک برای تشخیص حقوق سلبی از حقوق بی شبهه را ایجاد می کند. در اینجا نیز دیدگاههای موجود پیچیده به نظر می آیند، ولی برای محقق شدن و ضمانت اجرایی یافتن، کلیه حقوق نیازمند لجام و محدودیت، صیانت، تأمین منابع مالی و حمایتند.

علاوه بر این که به لحاظ دیدگاه های تئوریک یاد شده اشکالاتی بر حقوق اجتماعی وارد است، به لحاظ عملی و اجرایی نیز تضادها و مشکلاتی در خصوص به اجرا در آمدن قوانین وجود دارد. با توجه به اینکه آزادی عمل قابل توجهی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و آموزشی وجود دارد و فعالان مستقل زیادی نیز در این حوزه فعالیت می کنند، به لحاظ قانونی برای مجریان قانون تعیین تخلفات در خصوص رعایت نشدن حقوق دانش آموز یا بیمار مشکل است. سؤالی که در اینجا به وجود می آید این است که آیا در کشورهای در حال توسعه، رویکرد حقوق بشر در خصوص آموزش و پرورش و بهداشت و سلامت، مبهم، غیر عملی و نقض کننده خود است؟ اگر به قانون به عنوان

محدودیت های قانونی برای عملکرد دولت نگاه کنیم، چنین برداشتهایی از مسئله حقوق اجتناب ناپذیرند. با توجه به اینکه دولتها در کشورهای در حال توسعه توانایی تأمین و فراهم آوری خدمات بهداشتی و درمانی و آموزش در حد مطلوب را ندارند و همچنین عموماً نظامهای قانونی در اغلب آنها توسعه نیافته و در پاره ای از موارد ناعادلانه اند، فراهم آوردن شرایطی که امکان طرح دعوی در خصوص ناکارآمدی سیستم های یاد شده را برای شهروندان فراهم آورد، خواهد توانست با سیاسی کردن دستگاه قضایی، توانایی آن در صدور احکام قانونی برای تخلفات موجود را کاسته و تاحدودی ضعف دولت را به همراه داشته باشد.

اگر هم به عنوان محدودیت های قانونی نیز به مسئله نگاه نکنیم و این مسائل حقوقی و احقاق آن را به عنوان هدفی اصلی و در اولویت بدانیم، حق سلامت و آموزش نه تنها مبهم و غیر عملی و نقض کننده خود نیستند، بلکه بسیار معنی دار، هدفمند و سودمندند. (Feinberg, 1973; Nickle, 1987, 2002) این دیدگاه حق را نمی توان به عنوان ابزاری قانونی و شخصی دانست (البته در صورت تدوین این حقوق در قالب قوانین داخلی از سوی دولت، این حقوق می توانند ابزاری قانونی و شخصی باشند)، بلکه دفاع از این حقوق به منزله وظیفه ای برای دولتها، سازمانهای بین المللی و دیگر فعالان در این

استطاعت کمک‌رسانی قرار دارد می‌باید که در این میان ایفای نقش کند. در حقیقت این امکان در این میان وجود دارد که مابین حقوقی که فرد دارا است ولی تحقق نمی‌یابد و حقوقی که فرد به طور کلی واجد آن نیست تمیز قائل شد.

در این دیدگاه قضاوت در خصوص اینکه حق سلامت و آموزش مستلزم چه چیزهایی است و اینکه چگونه می‌توان به آن دست یافت، به مانند آنچه که در مورد روندهای سیاسی موجود در داخل کشورها نیز دیده شد، دچار اشکال است. این شاید به این معنی باشد که استانداردهای موجود در زمینه سلامت و آموزش و همچنین ابزار و نحوه ارائه این خدمات از مکانی به مکان دیگر متفاوت است. با این وجود این امکان وجود دارد که میان دولتها و دیگر فعالانی که علی‌رغم تشخیص اهمیت و حساسیت ویژه مسائل یاد شده از معیارهای بین‌المللی در زمینه تأمین حقوق یاد شده فاصله گرفته‌اند، با آنهایی که به طور کلی نه توانایی تشخیص این موضوع را دارند و نه آن را می‌توانند اعمال کنند، تفاوت قائل شد. اگر حقوق را محدودیتی قانونی فرض نکنیم، دیگر نمی‌توان نقص‌های موجود در آن زمینه را در مراجع قضایی طرح کرد.

در نظر گرفتن حقوق به عنوان یکی از اهداف اساسی و اولویت‌دار در بیشتر اسناد و مدارک قانونی، زمینه‌ساز توسعه پایدار است. به عنوان مثال بیانیه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶

حوزه خواهد بود که می‌باید ارزیابی‌های دقیقی از طرف شهروندان از این حقوق داشته و یا برای بهبود کفایت اجرایی و احقاق کامل حقوق، بنیادهای موجود را نوآرایی کند (Pogge, 2002).
 در این سیستم عدم تحقق برنامه‌ها و معیارها و تخلف از وظایفی که با حقوق انسان ارتباط دارند و همچنین در مواردی که تخلفات بسیار فاحش است، زمینه برای مداخله قابل توجهه خارجی نیز وجود دارد. (Beitz, 2001) ناکارآمدی سازوکارهای پیگیری نحوه تحقق اهداف در اینجا می‌تواند زمینه‌ساز بروز مسائل جدی در خصوص مشروعیت نظام حاکم و پایداری بلندمدت دولت و دیگر نهادهای بین‌المللی فعال در این حوزه شود، زیرا که حقوق اجتماعی در جوامع مدرن امروزی به عنوان یکی از اصول و مبانی حساس مطرح‌اند. در این مفهوم هنگامی که از حق سلامت و آموزش سخن به میان می‌آید، به این معنی است که هر شخصی به نوبه خود مسئولیتی در قبال تحقق و اجرایی شدن آن دارد. به این ترتیب که اگر فردی در یک کشور در حال توسعه و یا حتی در کشورهای توسعه یافته از امکانات و خدمات بهداشتی و آموزشی مناسبی برخوردار نباشد، وظیفه دفاع از حقوق وی، مسئولیتی است که بر عهده دولت محلی، دیگر دولتها، سازمانهای فعال در آن حیطه، هم نوعان وی، سازمانهای بین‌المللی و شهروندان کشورهای ثروتمند گذاشته می‌شود. به بیانی دیگر، هر شخص و یا سازمانی که در مسند و

و بیانیه آلمان در سال ۱۹۷۸، که به دستیابی به بالاترین استانداردهای سلامت اشاره دارند، تلویحاً به این مسئله اشاره دارند که بسیاری از کشورهای در حال توسعه قادر به فراهم کردن و ارائه خدمات بهداشتی جامع به شهروندان خود نیستند. به همین منظور سازمان بهداشت جهانی دستورالعملی را منتشر کرده است که دولت‌ها را به اجرای آن ملزم کرده است. در این بیانیه آمده است که کلیه دولتها موظفند سیاستها و برنامه‌هایی را اتخاذ کنند که در کوتاهترین زمان ممکن برخورداری از مراقبتهای بهداشتی را برای همه امکان پذیر کنند. (WHO, 2002) علاوه بر این سازمان ملل متحد تحقق حق آموزش را اجباری دانسته است (UNESCO, 2000).

در نظر گرفتن و شناخت حقوق اجتماعی به عنوان یک هدف اصلی، بهبود کیفیت و بروز ماهیت خود تقویتی آنها را به دنبال دارد و علاوه بر این از ابهام این شعار که "حقوق از یکدیگر جدایی ناپذیرند" می‌کاهد (بیانیه حق توسعه، ۱۹۸۶). با در نظر داشتن توانایی انسان، ارائه برخی از خدمات اجتماعی مانند خدمات بهداشتی و آموزش، برای پرورش فرد و یا در معنایی وسیع‌تر برای رشد و بارور شدن قابلیت‌های انسانی مانند شعور و منطق و قدرت استنباط، اجتناب ناپذیر است. زیرا که ارائه چنین خدماتی زیرساختهای ضروری برای افزایش توان شناختی و فیزیکی را فراهم می‌آورد. این در حالی است که توانایی‌هایی چون شعور منطق

و قدرت استنباط، قابلیت‌هایی چون قدرت بیان، ادعا و طرح دعوی و دفاع از حقوق اجتماعی و سیاسی را در فرد تقویت می‌کنند. به عنوان مثال وقتی در جامعه‌ای از حق آموزش حمایت می‌شود، یک زن با توجه به دانشی که کسب کرده است از خدمات بهداشتی که در زمینه بیماری وی به او ارائه شده است درک لازم و کافی را داشته و تقاضا و توقع درمان صحیح را از نظام خدمات بهداشتی و درمانی خواهد داشت و در صورتی که نظام درمانی برآورده کننده نیازهای وی نباشد، شکایت خود را با علم به روند موجود و آگاهی از حقی که دارد اعلام می‌کند. علاوه بر این، چنین توانایی‌هایی این امکان را به او خواهند داد که در نهادهایی که بر فعالیت مراکز آموزشی و بهداشتی نظارت دارند فعالیت داشته باشند. از این گذشته به لحاظ شأن و منزلت اجتماعی، شهروندانی که حقوق آنها در جامعه رعایت شده و تحقق می‌یابند، این احساس در آنها به وجود می‌آید که آنها نیز از شرايطی و صلاحیتهایی برخوردارند که می‌توانند در روند تصمیم‌گیری دخیل باشند. بنابراین این جرأت در آنان ایجاد خواهد شد که در برابر برآورده نشدن حقوق شهروندی از حقوق خود دفاع کنند. مسائل یاد شده می‌توانند به عنوان ابزاری برای توسعه قلمداد شوند. تا آنجایی که از آنها می‌توان به عنوان ابزاری برای توسعه پایدار استفاده کرد، نتایج سیاسی رویکرد حقوقی به میزان قابل توجهی با رویکرد اقتصادی

مدرن در خصوص مراقبت‌های بهداشتی و آموزش هم‌پوشانی خواهند داشت.

۲- رویکرد اقتصادی خدمات و مراقبت‌های سلامتی و آموزشی

میزان بهره‌مندی از امکانات آموزشی و خدمات سلامتی تا حدود زیادی به میزان بهره‌وری در سطح خانوار و رشد اقتصادی بستگی دارد. از این گذشته تجربه نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌داری بین سلامتی و تغذیه در دوران کودکی و سطح مهارت‌های شناختی و عملکردی در سراسر دوران زندگی وجود دارد. (Martorell, 1995) همچنین ارتباط بین سطح سلامت و کاهش سطح فقر و افزایش بهره‌وری کاری نیز مشخص شده است. البته با توجه به اینکه مسئله سلامت چندبعدی است و با گذر زمان تغییر می‌کند، تأثیر سلامت بر افزایش بهره‌وری و کاهش سطح فقر را نمی‌توان کاملاً محرز دانست. از این گذشته مسائلی مفهومی و نظری نیز در خصوص رابطه پویای بین سطح سلامت و میزان درآمد وجود دارد. در این میان سلامت هم می‌تواند دلیل و هم تأثیر و نتیجه افزایش بهره‌وری کاری باشد. (Strauss Thomas, 1998) توانسته‌اند روابط و نتایج موجود را در این زمینه بیش از پیش مشخص کنند. به عنوان مثال در مقیاس کوچک، رابطه معنی‌داری بین قد، که نشان‌دهنده وضعیت تغذیه‌ای درازمدت است، و میزان درآمد افراد وجود دارد. حتی در میان

افرادى که از سطح سواد بالایی برخوردار نیستند نیز این تفاوت دیده می‌شود. در مقیاسی وسیعتر، مشخص شده است که بهبود وضع تغذیه، یکی از عوامل مؤثر در رشد اقتصادی کشورهای اروپایی در دو قرن اخیر بوده است. (Fogel, 1994) علاوه بر این، بروز مالاریا و دیگر بیماری‌های فراگیر توانسته‌اند اختلال در رشد اقتصادی کشورهای آفریقایی را در پی داشته باشند (Gallup Sachs, 2000) در کشورهای آسیایی نیز کاهش نرخ مرگ‌ومیر و رشد جمعیت توانسته‌است رشد اقتصادی بی‌سابقه‌ای را در این کشورها در طی سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۹۰ به دنبال داشته باشد (بانک توسعه آسیا، ۱۹۹۷). در حقیقت عواملی از قبیل سطح درآمد، دسترسی به آب سالم و آموزش به لحاظ اهمیت از درجه اهمیتی یکسان و یا در پاره‌ای از موارد مهم‌تر از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هستند. به رغم اینکه مسئله مراقبت‌های بهداشتی چقدر می‌تواند بر وضعیت کلی سلامت و بهداشت تأثیرگذار باشند اما هنوز این مسأله کاملاً مشخص نشده است (Filmer, Hammer, Pritchett, 2000)، شواهد فراوانی وجود دارد که در سطوح خرد، برخی مداخله‌ها در زمینه بهبود سطح مراقبت‌های بهداشتی، مانند بهبود و ارتقاء بهداشت زایمان، تا حدود زیادی توانسته است بر سطح کلی سلامت تأثیرگذار باشد و از میزان مرگ‌ومیرها بکاهد. علاوه بر این تا حدودی با توجه به این که دریافت کنندگان خدمات بیمه‌ای وضعیت

که هزینه فراهم آوری و تأمین خدمات بهداشتی و آموزشی بر عهده خود اشخاص باشد، به ویژه در سطوح اساسی و پایه ای آموزش و کنترل بیماریها، میزان تخصیص هزینه ها از طرف شخص در این زمینه در حد مطلوب نخواهد بود. چرا که عموماً وقتی دیگر هزینه ها در کنار هزینه های مربوط به بهداشت و آموزش قرار می گیرند، در نتیجه عدم وجود آگاهی لازم، بهترین اولویت بندی از سوی خانوارها انجام نمی گیرد. از این رو دولت برای جلوگیری از بروز اشکالات عمده و تأثیر گذار بر روند توسعه پایدار باید به نحوی از ابزارهای مداخله ای خود بهره گرفته و در زمینه تأمین خدمات بهداشتی و درمانی و آموزشی وارد عمل شود. ولی در این میان به همان کیفیت که در بالا در روش تأمین شخصی امکانات بهداشتی و آموزشی دیده شد، در اینجا نیز کاستی ها و مشکلاتی دیده می شود. در این روش به دلیل وجود بروکراسی و تشریفات زائد اداری، دسترسی آسان و بی دردسر به خدمات یاد شده دچار اختلال می شود. علاوه بر این، قدرت اعمال راهکارهای جدید در نظام های دولتی بسیار کمتر است و به راحتی نمی توان تغییرات اصلاحی را در این سیستم ها اعمال کرد. با توجه به اینکه دستگاهها، سازمانها و وزارتخانه های مختلفی با اصول و روشهای متعدد در زمینه سلامت و آموزش فعالیت می کنند، مسئولیت پذیری کمتری نسبت به وظایف و حقوق شهروندان در این

عملکرد و سلامت خود را به طور کامل به سازمانهای بیمه گر اعلام نمی کنند، در برخی از کشورها خدمات بیمه ای با هزینه های بالائی می باشد و برای همه مردم قابل دسترس نیستند. در این میان دولتها باید به طور مستقیم وارد عمل شده و با تخصیص یارانه و تنظیم سیاستهایی خاص، مشکلات بهداشتی و درمانی عمده را تحت پوشش قرار دهند. در کشورهای در حال توسعه این مداخله ها می تواند به صورت تخصیص اعتبار مستقیم به بیمارستانها و مراکز درمانی باشد. (Filmer, Hammer, Pritchett, 2002)

بررسی ها نشان می دهند که میزان تحصیلات و درآمد رابطه مستقیمی با یکدیگر دارند. به طور متوسط در کشورهای صنعتی سرمایه گذاری در زمینه آموزش ۶٪ و در کشورهای در حال توسعه ۱۱٪ کل سرمایه گذاریها است. (Psacharopoulos, 1994)

البته با توجه به این که در این بررسی ها کیفیت آموزش مورد بررسی قرار نگرفته است، نمی توان به طور کامل به آن استناد کرد. در سطوح بین المللی نیز رابطه بین آموزش و سطح تحصیلات بارشده و پیشرفت ملی مشخص شده است. (Hanushek Kimko, 2000)

با توجه به مطالب گفته شده کاملاً روشن است که فراهم آوری چنین امکانات تأمین کننده سلامتی کاملاً ضروری است. حال باید دید که بهترین روش ارائه این خدمات کدامها هستند. با نگاهی تحلیلی به بازار و بخش خصوصی، می توان این گونه استنباط کرد که در صورتی

و آموزشی است. علاوه بر این دولتها می باید از طریق تغییر روند انتخابات، تشکیل گروهها و تشکلهای طرفدار حقوق شهروندان و افزایش اطلاعات و تقویت نظام های اطلاع رسانی، نظرات مردمی را با سهولت هر چه تمام تر به اطلاع مراجع ذیربط برسانند.

منابع

1. A. B. Atkinson, **The Welfare State and Economic Performance**
2. Varun Gauri, **Social Rights and Economics: Claims to wealth care and Education in Developing Countries**, 2003
3. Herbert G. Grubel **Economic Freedom and Human Welfare: Some Empirical Findings.**

سیستم دیده می شود. در این میان طرفداران حقوق اجتماعی نیز علاقه ها و مناسباتشان عموماً در راستای حقوق استفاده کنندگان از نظام های بهداشتی و آموزشی نیست و بیشتر در راستای فعالیتها و علایق خود بسیج می شوند.

به منظور کفایت هر چه بیشتر نحوه ارائه خدمات یاد شده و مرتفع کردن موانع و مشکلات یاد شده، سازوکارهای متفاوتی وجود دارند. اولین راهکار افزایش قدرت و اعتبار شهروندان و استفاده کنندگان از نظام های بهداشتی و آموزشی در برابر ارائه کنندگان این نظام ها است. راهکار دوم شفاف سازی قراردادهای موجود بین دولت و ارائه کنندگان خدمات بهداشتی