



تأثیر مستقیم تحریم‌ها بر بهداشت، سلامت جسم و روان

محمدرضا عبداللهی: دانشجوی دکتری علوم سیاسی، دانشکده علوم سیاسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
ID حبیب‌الله ابوالحسن شیرازی: دانشیار، گروه روابط بین‌الملل، دانشکده علوم سیاسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (* نویسنده مسئول)
habib_shirazi@yahoo.com

چکیده

کلیدواژه‌ها

تحریم،
بهداشت،
سلامت روانی،
سلامت جسمانی،
دارو

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۰/۰۳/۲۲

زمینه و هدف: بحث تأثیر تحریم‌ها بر مدیریت بحران در ایران از موضوعات مهمی است که چندان مورد توجه قرار نگرفته است. در این مقاله تلاش شده، تأثیر تحریم‌ها بر وضعیت سلامتی جسم و روان و بهداشت بررسی شود.

روش کار: تحقیق حاضر مبتنی بر روش توصیفی و تحلیلی می‌باشد. بر اساس روش تحقیق کتابخانه‌ای، برای جمع‌آوری اطلاعات بعد از مآخذ شناسی و گردآوری منابع سیاسی مختلف از ابزارهای فیش و فرم‌های مربوط به نکته برداری استفاده شده است.

یافته‌ها: در جهت تبیین اثرات مستقیم تحریم بر وضعیت فعلی جامعه، نظریات و دیدگاه‌های مختلفی از سوی اقتصاددانان، سیاسیون و مدیران بهداشت جامعه، مطرح شده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که وضعیت بهداشتی، سلامتی جسم و روان عمومی افراد تحت تأثیر مستقیم تحریم می‌باشند.

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق بیانگر این امر است که به‌طور قطع تحریم‌های اقتصادی همیشه با آثار زیانباری همراه بوده است که بدون هرگونه تفکیک یا تمایزی، به نیروهای نظامی و غیرنظامی به خصوص به گروه‌های آسیب‌پذیر کشورها، صدمه وارد می‌آورد و در کل تأثیر منفی بر بهداشت و سطح رفاه شهروندان و ناتوان ساختن دولت در تأمین حق بر سلامت، مهم‌ترین آثار منفی تحریم‌ها بر مدیریت بحران حوادث غیرمترقبه است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:

Abdollahi MR, Abolhassan Shirazi H. The direct impact of sanctions on health, physical and mental health. Razi J Med Sci. 2021;28(3):229-245.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.



Original Article

The direct impact of sanctions on health, physical and mental health

Mohammad Reza Abdollahi: PhD Student, Faculty of Political Science, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Habibollah Abolhassan Shirazi: Associate Professor, Faculty of Political Science, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (* Corresponding author) habib_shirazi@yahoo.com

Abstract

Background & Aims: One of the problems of crisis management in Iran is how to provide resources to carry out its activities in the face of severe economic sanctions. One of the economic and political tools to impose the demands of one country, in other words, to secure its interests by another country, is to use sanctions. In this case, the large and influential country in the world of politics and economics will be able to impose economic and political costs on the smaller country by imposing restrictions on the smaller economy and the less influential one. The association of other important economic and political actors of the world with the great provocative country takes on more serious dimensions. The same situation is assumed in the case of sanctions imposed on the Iranian economy. Sanctions are a series of actions that are applied without the use of threatening forces against the country, target or individual. International sanctions are penalties imposed in the context of the declared consequences of a failure to comply with international standards or requirements. Sanctions are instrumentally classified into economic and non-economic sanctions; Non-economic sanctions, such as not issuing visas to officials of the embargoed government in an international organization, opposing the embargoed country's offer to host important international events such as the World Cup, the Olympics, etc., can be achieved by means other than imposing economic costs. Economic sanctions have trade and financial aspects that in trade sanctions, prohibitions and restrictions on exports and imports are applied, but in financial sanctions, the sanctioner refrains from financial transactions, money transfers and investments, and uses his influence in International financial institutions prevent any technical cooperation, formal investment or lending agreements. Seventhly, it should be noted that the most severe form of financial sanctions is the freezing or confiscation of the assets of the sanctioned country or their leaders. The main question that arises in this regard is what effect have the sanctions had on the health, public health and supply of medicine in Iran?

Methods: The present study was based on descriptive and analytical methods. According to the library research method, for collecting information after bibliography and collecting various political sources, filing tools and note-taking forms were used.

Results: In order to explain the direct effects of sanctions on the current state of society, different theories and views by economists. Politicians and community health managers have been raised. The results of this study show that the health status, public health and welfare of citizens as well as the status of drug supply are directly affected by sanctions.

Conclusion: The results of the study indicate that economic sanctions have definitely always been associated with harmful effects that, without any distinction

Keywords

Sanctions,
Health,
Mental Health,
Physical Health,
Medicine

Received: 01/03/2021

Published: 22/06/2021

or distinction, harm the military and civilian forces, especially the vulnerable groups of countries. Difficulty and even lack of access to arbitrators, lack of currency transfer and the impossibility of providing drugs and in general the negative impact on the right to health and welfare of citizens and the inability of the government to ensure the right to health, the most important negative effects of sanctions on management. The crisis is an unexpected event in Iran. The results of the paper showed that international sanctions have directly and indirectly affected the country's crisis management in the last decade. Sanctions, in particular, have created serious obstacles to the supply of needed medicines and the delivery of humanitarian aid. Sanctions on foreign exchange transactions and Iranian banks have severely restricted the opening of credit to importers of drugs and medical equipment, which has effectively led to the extension of sanctions to drugs and medical equipment. A number of pharmaceutical companies are refusing to sell drugs and medical equipment directly to Iran because of sanctions and to avoid the possible consequences of violating sanctions or even being barred from US markets. As a result, access to these detrimental items from international intermediaries at unconventional prices is restricted. Due to the expansion of sanctions on shipping companies and the lack of insurance for Iranian shipments, the cost of transportation to Iran has increased, which includes the increase in the cost of medicine and medical equipment, while there are reports of non-shipment, including drug shipments to Iran in There is a result of sanctions. The imbalance in the balance between the price of Rials and valid foreign currencies as a result of sanctions has led to an increase in the price of imported drugs and medical equipment, and as a result of the inability of the majority of patients to prohibit drugs.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Abdollahi MR, Abolhassan Shirazi H. The direct impact of sanctions on health, physical and mental health. Razi J Med Sci. 2021;28(3):229-245.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

مقدمه

یکی از مسائل و مشکلات مدیریت بحران در کشور ایران، نحوه تأمین منابع برای انجام فعالیت‌های خود در شرایط تحریم‌های شدید اقتصادی است (۱). یکی از ابزارهای اقتصادی و سیاسی برای تحمیل خواسته‌های یک کشور و به عبارتی، تأمین منافع آن توسط کشور دیگر استفاده از تحریم‌هاست. در این حالت، کشور بزرگ و صاحب نفوذ در دنیای سیاست و اقتصاد قادر خواهد بود با اعمال محدودیت بر روی اقتصادی کوچک‌تر و صاحب نفوذ کمتر از خود، هزینه‌های اقتصادی و سیاسی بر کشور کوچک‌تر تحمیل کند (۲) و این وضعیت در صورت همراهی سایر بازیگران مهم اقتصادی و سیاسی جهان با کشور بزرگ تحریمی کننده، ابعاد جدی‌تری به خود می‌گیرد (۳)؛ همان وضعیتی که در مورد تحریم‌های اعمال شده بر اقتصاد ایران متصور است. تحریم سلسله اقدام‌هایی است که بدون استفاده از قوای تهدید علیه کشور، هدف یا فرد مورد نظر اعمال می‌شود (۴). تحریم‌های بین‌المللی تنبیهاتی است که در قالب تبعات اعلام شده ناکامی هدف در تبعیت از استانداردها یا الزامات بین‌المللی، اعمال شده است (۵). تحریم‌ها از نظر موضوع ابزاری به دو دسته تحریم‌های اقتصادی و غیراقتصادی طبقه‌بندی می‌شوند؛ تحریم‌های غیراقتصادی نظیر صادر نکردن ویزا برای مقامات دولت تحریم شونده در یک سازمان بین‌المللی، مخالفت با پیشنهاد کشور تحریم شونده برای میزبانی وقایع مهم بین‌المللی همچون برگزاری مسابقات جام جهانی، المپیک و... به وسیله ابزارهایی جز تحمیل هزینه‌های اقتصادی قابل‌دستیابی هستند (۶)؛ تحریم‌های اقتصادی از جنبه‌های تجاری و مالی برخوردارند که در تحریم‌های تجاری، ممنوعیت‌ها و محدودیت‌هایی در زمینه صادرات و واردات اعمال می‌شود اما در تحریم‌های مالی، تحریم کننده از انجام معاملات مالی، نقل و انتقالات پول و سرمایه‌گذاری خودداری می‌کند و با استفاده از نفوذ خود در مؤسسه‌های مالی بین‌المللی از هرگونه همکاری فنی، سرمایه‌گذاری رسمی و انعقاد قراردادهای وام جلوگیری می‌کند (۷). لازم به ذکر است شدیدترین شکل تحریم‌های مالی، انسداد یا مصادره دارایی‌های کشور تحریم شونده یا رهبران آن‌ها است. سؤال اساسی که در

این خصوص مطرح می‌شود این است که تحریم‌ها بر بهداشت، سلامت عمومی جامعه و تهیه دارو در ایران چه تأثیری داشته است؟

چارچوب نظری

مدیریت بحران، علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحران‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها در جست‌وجوی ابزاری است که به وسیله آن بتوان از بروز بحران‌ها پیشگیری و در صورت کاهش آثار آن‌ها، آمادگی امدادرسانی سریع و بهبود اوضاع اقدام کرد (۸). در واقع مدیریت بحران فرایند کاهش خطرپذیری سانحه با استفاده از منابع ضد بحران به گونه‌ای کارا و اثربخش است و با وجود عوامل مختلفی که در تخمین خطرپذیری وجود دارد، اعتقاد بر این است که می‌توان به‌طور کلی خطرپذیری را با افزایش توان مدیریتی کاهش داد و مدیران با کمک علم فن‌آوری برنامه اجرایی مدیریت بحران را (در هر یک از سطوح مختلف منطقه‌ای و ملی) طراحی کنند (۹). این گونه برنامه‌ها علاوه بر دستورالعمل‌های اجرایی، باید فرایند تصمیم‌گیری برای مدیران بحران را به روشنی تعیین کند و از این طریق آنان را در اخذ تصمیم در شرایط بحرانی پشتیبانی نماید (۱۰). این نکته بیانگر این است که بحران و مدیریت آن شامل یکسری فعالیت‌های مرتبط بهم پیوسته و مداوم است (۱۱). با این وجود مدیریت بر بحران و مدیریت در بحران دو مقوله جدا و مرتبط با یکدیگر هستند به طوری که اولی مقدم بر دومی است زیرا این تنها بحران نیست که تعیین کننده خسارت است، بلکه میزان آمادگی در پاسخ مناسب به بحران توسط دست‌اندرکاران است که با هر گونه سهل‌انگاری موجب وسیع‌تر شدن دامنه‌ی بحران و خسارت‌های بیشتر خواهد شد. بر این اساس ظرافت برخورد مدیران در کنترل نمودن شرایط بحران، هنری است که جوهر اصلی آن، دانش، تجربه و مهارت است. در صورتی که بتوان بحران را صحیح مدیریت نمود نتایج بسیار موفقیت‌آمیزی به دنبال خواهد داشت (۱۲).

در کنار نظریه مدیریت بحران، بهداشت و امنیت بهداشتی و در واقع ارتباط امنیت و بهداشت و سلامت چارچوب نظری تحقیق حاضر محسوب می‌شود. بهداشت به معنای علم و هنر پیشگیری از بیماری‌ها،

بهداشتی و درمانی است» (۱۶). بدون شک مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ضروری و در اختیار داشتن این امکانات، عنصری مهم در تحقق حق بر سلامتی هستند. حق بر سلامتی شامل استحقاقات فردی است؛ انسان حق دارد که در محیط و جامعه‌ای سالم و امن زندگی کند، چرا که برخوردار از محیط زندگی و اجتماع سالم، لازمه‌ی رشد بالنده انسان است. دولت‌ها موظف هستند تا حد امکان محیطی سالم را فراهم کنند تا شهروندان آن‌ها بتوانند در چنین محیطی، حیاتی همراه با سلامتی و رفاه داشته باشند. به بیان دیگر، «دولت مکلف است برای تحقق بهداشت و سلامت همگانی سیستم بهداشتی برنامه‌ریزی شده، مؤثر و یکپارچه‌ای را در سطح ملی تأسیس نماید؛ بنابراین در قلب حق بر بهره‌مندی از استاندارد بالای سلامتی، یک سیستم سلامتی مؤثر و یکپارچه قرار دارد که باید دربرگیرنده‌ی برنامه‌های مناسب برای مراقبت‌های بهداشتی و همچنین تحقق زیرساخت‌های تعیین‌کننده‌ی حق بر سلامتی باشد» (۱۷). حق بر بهداشت و سلامت به عنوان یکی از حقوق اقتصادی-اجتماعی بشر، به منزله حقی قلمداد می‌شود که تحقق آن ضرورتاً مستلزم مداخله دولت است.

تأثیر تحریم‌ها بر تأمین سلامت جسمانی و روانی

مسلم است که حق بر سلامتی به لحاظ زمانی محدودیتی ندارد و از این منظر تعهدات دولت‌ها نیز محدود به زمان خاصی نمی‌باشد؛ اما با دو مسئله اساسی در زمینه قلمرو تعهدات در قبال حق بر سلامتی وجود دارد. مسئله اول به قلمرو مادی تعهدات و مسئله دوم به قلمرو موضوعی آن‌ها مربوط می‌شود. مسئله اول ظاهراً پاسخ نسبتاً روشنی در نظام بین‌المللی حقوق بشر دارد. تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی به‌مانند تعهدات آنان در برابر سایر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، محدود به منابع و امکاناتی است که در اختیار دارند؛ اما مسئله دوم همچنان در انتظار پاسخ نشسته است و جواب قطعی و مسلمی برای آن در نظام مورد بحث وجود ندارد. این مسئله در بحث از همه حق‌های بشری مطرح است (۲۰). آیا تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی به افراد تحت صلاحیت آن‌ها

افزایش طول عمر و افزایش سطح سلامتی در انسان می‌باشد و در حقیقت به مجموعه رفتارهایی اطلاق می‌گردد که ضامن حفظ سلامت و زندگی سالم در جامعه محسوب می‌شوند. در تعریفی دیگر بهداشت عبارت است از علم و هنر دستیابی به سلامتی، حفظ سلامتی و ارتقای آن (۱۳)؛ به عبارت دیگر، بهداشت وسیله است و سلامتی هدف آن. بطور کلی سلامتی و بهداشت را به انواع فردی و عمومی تقسیم می‌نمایند. البته رابطه این دو مفهوم نباید نادیده گرفته شود و اگرچه این دو مفهوم دو مقوله جدا و متفاوتی هستند ولی پیوستگی زیادی دارند. (۱۴) از این تعاریف مشخص می‌شود که بهداشت از عدم ابتلا به بیماری بالاتر و برتر است و برای تندرست ماندن، تنها سلامت شخص کافی نیست زیرا عوامل موروثی، شخصی و محیطی از فاکتورهای مؤثر در سلامتی افراد بوده و زندگی یک فرد سالم در محیط‌های نامناسب خود باعث بیماری می‌گردد. مطالعات مختلف، حاکی از آن است که در کشورهایی که در آن‌ها، بیماری‌های واگیر به‌طور جدی گسترش یافته، تولید ناخالص داخلی با تأثر از این بیماری و سایر بیماری‌ها، به شدت کاهش پیدا کرده است. علاوه بر این، آثار سوء اقتصادی به‌طور مساوی توزیع نمی‌گردند؛ بلکه این احتمال نیز هست که نابرابری را در میان جمعیت‌های داخل کشور افزایش دهند؛ و این به نوبه خود به احتمال عدم ثبات، خواهد افزود. بیماری‌های واگیری چون ایدز این یک نمونه کلاسیک از امنیتی کردن موضوع است؛ یعنی در نظر گرفتن بیماری به عنوان یک امر غیرطبیعی که نیازمند توجه و عملکرد بین‌المللی است (۱۵). این امر، به مثابه مفتوح کردن باب یک دستور کار جدید نسبت به امنیت است و عبارت است از نگرستن به سلامتی به‌طور کلی از منظر دیدگاهی جدید که همان دیدگاه اساسی امنیت باشد. در کنار ارتباط بهداشت و امنیت به عنوان چارچوب نظری می‌توان به حق سلامت نیز اشاره کرد. مهم‌ترین عنصر و مؤلفه امنیت بهداشتی دکتترین امنیت انسانی، حق بر سلامت و حق بر دریافت خدمات بهداشتی و درمانی است. حق بر سلامتی حقی فراگیر و عام الشمول است؛ هرگاه از سلامتی صحبت می‌شود، اولین و «ابتدایی‌ترین مفهومی که از آن به ذهن متبادر می‌شود، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و مراکز

واقع در درون قلمرو سرزمین ایشان محدود می‌شود یا تعهداتی است که در برابر همه انسان‌ها حتی اگر در خارج از حیطه صلاحیت آنان قرار داشته باشند؟ به نظر می‌رسد شواهد و قرائن فراوانی وجود دارد که بر اساس آن‌ها می‌توان وجود تعهد کلی حقوق دولت‌ها را به رعایت حق بر سلامتی انسان‌ها استنباط کرد (۲۱).

تعهد به شناسایی جزء مهمی از تعهد بین‌المللی دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی را تشکیل می‌دهد. اقداماتی که کشورها در درون سرزمین خود انجام می‌دهند، ممکن است به حق سلامتی ملت‌های دیگر لطمه بزند. شناسایی این حق به معنای توجه کافی به آن در روابط میان دولت‌ها است. مطابق نظر شماره ۱۴ کمیته، دولت‌های عضو باید اطمینان دهند که توجه شایسته‌ای به حق بر سلامتی در موافقت‌نامه‌های بین‌المللی مبذول گردد و به این منظور باید توسعه موافقت‌نامه‌های دیگر را بررسی کنند. از سوی دیگر، دولت‌ها به هنگام انعقاد موافقت‌نامه‌های دیگر باید اقداماتی اتخاذ کنند که این موافقت‌نامه‌ها اثر نامطلوبی بر حق بر سلامتی نداشته باشد. از این نکته می‌توان در انطباق موافقت‌نامه‌های موسوم به "فرا - تریپس"، با تعهد دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی تردید کرد. چنانکه خواهیم دید این موافقت‌نامه‌ها درصد مسدود کردن روزنه‌های انعطاف‌پذیری در موافقت‌نامه تریپس هستند و این امر آثار نامطلوبی بر حق بر سلامتی بر جای می‌نهد (۱۵).

سطح احترام به حق بر سلامتی از تعهدات دولت‌ها، در حقیقت بعد سلبی تعهدات حقوق بشری می‌باشد. این بعد سلبی از دسته‌ای از خودداری‌ها و احترازها حسب حق مورد بحث، تشکیل شده است. تعهد به احترام، تعهد به عدم انجام اعمالی خاص یا ترک فعل‌ها است. در خصوص حق بر سلامتی، تعهد به احترام به معنای آن است که دولت‌ها در مسیر بهره‌مندی از این حق، موانع و محدودیت‌هایی برای افراد یا دسته‌هایی از افراد ایجاد نکنند یا موانع موجود و محدودیت‌های جاری را مرتفع سازند. در نظر کلی شماره ۱۴ کمیته، موارد ذیل به عنوان مصادیقی از تعهد به احترام به حق بر سلامتی ذکر شده است. تعهد به خودداری از منع و محدود کردن دسترسی برابر همه اشخاص به خدمات پیشگیرانه درمانی و تسکین‌دهنده مربوط به سلامتی.

اجتناب از محروم ساختن یا محدود نمودن دسترسی گروه‌هایی از انسان‌ها مثل زندانیان، بازداشت‌شدگان، پناه جویان، اقلیت‌ها و مهاجران قانونی، طبعاً به معنای تعمیم خدمات سلامتی به آنان است که نیازمند هزینه است (۲۱). احتراز از اجرای رویه‌های تبعیض‌آمیز به عنوان خط‌مشی دولتی و خودداری از وضع رویه‌های تبعیض‌آمیز در رابطه با وضعیت و نیازهای سلامتی زنان، اجتناب از ممنوع ساختن یا مانع‌تراشی برای مراقبت پیشگیرانه رویه‌های مداوا و داروهای سنتی. تعهد به خودداری از بازررسانی داروهای ناسالم و از بکارگیری مداوای پزشکی اجباری مگر به صورت استثنائی برای درمان بیماری روانی یا پیشگیری و کنترل بیماری‌های مسری. تعهد به خودداری از محدود کردن دسترسی به داروهای ضد آبستنی یا سایر شیوه‌ها و ابزار حفظ سلامتی جنسی و تولید مثل. احتراز از سانسور کردن، دریغ داشتن، یا ارائه نادرست عمدی اطلاعات مربوط به سلامتی از جمله آموزش و اطلاعات جنسی. خودداری از منع مشارکت مردم در مسائل مربوط به سلامتی. تعهد به اجتناب از آلوده ساختن غیر قانونی هوا، آب و خاک، مثلاً به واسطه ضایعات و زباله‌های صنعتی مراکز و تأسیسات تحت مالکیت دولت (۲۰). خودداری از استفاده از سلاح‌های هسته‌ای، بیولوژیکی یا شیمیایی یا آزمایش آن‌ها در صورتی که چنین آزمایشی موجب رها ساختن مواد مضر برای سلامتی انسانی شود. اجتناب از محدود کردن دسترسی به خدمات سلامتی به عنوان اقدامی تنبیهی مثلاً در خلال مخاصمات مسلحانه و یا نقض حقوق بین‌الملل بشر دوستانه (۱۳).

درست است که دولت عضو میثاق در اجرای تعهدات خود در قبال حق بر سلامتی بازیگر اصلی صحنه است و به لحاظ حقوق بین‌الملل مسئول نهایی تحقق حق‌های مذکور در میثاق است و باید با اتخاذ تدابیر مقتضی به تحقق کامل آن قیام کند، اما این هم به همان اندازه درست است که دولت‌ها متعهد هستند حق بر سلامتی را در سرزمین‌هایی غیر از سرزمین تحت صلاحیت خود محترم شمارند. هیچ دولتی نمی‌تواند اقداماتی انجام دهد که بر حق بر سلامتی افراد دیگر کشورها صدمه بزند یا مانع برخورداری از آن شود. امروزه یکی از اصول شناخته شده حقوق بین‌الملل این است که هیچ دولتی

مساعدت بین‌المللی می‌داند (۱۲).

حق بهره‌مندی از عالیترین استاندارد قابل حصول به عنوان حقی بنیادین توصیف می‌شود که برای تحقق و بهره‌مندی از سایر حق‌ها و آزادی‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است هرچند این حق به لحاظ محتوا به نسل دوم حقوق بشر تعلق دارد حق بر سلامتی طیف وسیعی از حق‌ها گرد هم آورده است که هرکدام نقشی انکارناپذیر در تحقق آن ایفا می‌کنند براین اساس حق برخورداری از آب آشامیدنی سالم، غذای کافی و مقوی، محیط زیست پاک و ... مقوم ذات سلامتی انسان به شمار می‌رود در تحریم شورای امنیت علیه عراق و صدور قطعنامه نفت در برابر غذا حق بر آب آشامیدنی و حق غذای کافی به صراحت نقض شد در کنار این مسئله برخورداری از حق حیات بدون برخورداری از سلامتی جسم و روان خواهد بود همین واقعیت شاهدهی براین مدعا ست که کلیه مصادیق حقوق بشر متقابلاً به هم وابسته و غیر قابل تفکیک از هم و مرتبط به هم می‌باشند تحقق عالی‌ترین استاندارد مورد نظر ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در پرتو به کارگیری حداکثر امکانات اقتصادی و فنی و طی روندی ضرورتاً تدریجی الحصول، رنگ واقعیت به خود خواهد گرفت از این رو میزان تحقق و بهره‌مندی از این حق، رابطه‌ای مستقیم با سطح رشد و توسعه یافتگی اقتصادی و اجتماعی یک کشور دارد میثاق حقوق اقتصادی و اجتماعی با علم این واقعیت از دولت‌های عضو می‌خواهد تا با بهره‌گیری از همکاری‌های بین‌المللی اقتصادی و فنی با یکدیگر، ظرفیت‌ها و قابلیت‌های خود را جهت ارتقاء میزان بهره‌مندی از این حق افزایش دهند ماده ۱۲ میثاق اشعار دارد که:

- ۱- کشورهای عضو این میثاق حق هر فرد را به بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامتی جسمی و روانی را به رسمیت می‌شناسند.
- ۲- اقداماتی که دولت‌های عضو این میثاق باید اتخاذ کنند شامل اقدامات ضروری برای تامین امور ذیل خواهد بود:
- الف- تقلیل میزان مرده متولد شدن نوزادان و مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان
- ب- بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از

نمی‌تواند اجازه دهد فعالیت‌هایی در سرزمین آن دولت انجام پذیرد که آثار زیان‌باری از جمله بر محیط زیست دولت دیگر به بار آورد (۸). کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در این خصوص به نمونه‌ای از مواردی که دولت‌ها ملزم به احترام به حق بر سلامتی ملت‌های دیگر هستند، اشاره کرده می‌گوید: دولت‌های عضو باید در همه اوقات از وضع تحریم‌ها یا اقدامات مشابه محدود کننده عرضه داروها و تجهیزات پزشکی به دولت دیگر خودداری ورزند. محدودیت‌ها در مورد اقلام مذکور نباید به عنوان ابزار سیاسی و اقتصادی مورد استفاده قرار گیرد. (۱۰)

بند ۳ ماده ۱ منشور: "حصول همکاری بین‌المللی در حل مسائل بین‌المللی که دارای جنبه‌های اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی یا بشردوستانه است و در پیشبرد و تشویق احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همگان بدون تمایز از حیث نژاد-جنس-زبان یا مذهب." را از مقاصد سازمان ملل معرفی می‌کند. ماده ۵۵ منشور نیز، سازمان را ملزم به ارتقاء "استانداردهای بالاتر زندگی" (بند الف: "بالا بردن سطح زندگی، فراهم ساختن کار برای حصول شرایط ترقی و توسعه در نظام اقتصادی و اجتماعی") و یافتن "راه‌حل‌های مسائل بین‌المللی مربوط به سلامتی (بند ب: "حل مسائل بین‌المللی اقتصادی-اجتماعی-بهداشتی و مسائل مربوط به آن‌ها و همکاری بین‌المللی فرهنگی و آموزشی") می‌نماید؛ و یاز لحن اعلامیه جهانی و نیز میثاق، حاکی از وجود تعهد در قبال "هر انسانی" است (۱۱). بعلاوه مطابق بند ۱ ماده ۲ میثاق: "هر یک از دولت‌های عضو" متعهد است اقداماتی اعم از انفرادی و از طریق مساعدت و همکاری بین‌المللی به‌ویژه از نوع اقتصادی و فنی با استفاده از "بیشترین منابع در اختیار" خود در جهت تحقق کامل حق‌های شناخته شده در میثاق اتخاذ کند. ملاحظه گستردگی و تنوع حوزه‌های مرتبط با سلامتی و طیف بسیار پر دامنه اقداماتی که برای تحقق این حق لازم است، به‌خوبی نشان‌گر آن است که حق بر سلامتی نیازمند همکاری و مساعدت جمعی کشورها است. کمیته در نظر کلی شماره ۳ حداکثر منابع موجود در اختیار دولت عضو را شامل منابع موجود در داخل کشور و منابع قابل دسترس در جامعه بین‌المللی از طریق همکاری و

جمعیت جهات

ج- پیشگیری، معالجه و کنترل بیماریهای فراگیر، بومی، شغلی و دیگر بیماریها
 د- ایجاد شرایط مناسب برای تامین خدمات پزشکی در مواقع ابتلا به بیماری همچنین کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به عنوان نهاد ناظر بر اجرا و تفسیر میثاق در سال ۲۰۰۰ تفسیر عمومی شماره ۱۴ خودرادر موضوع حق بر عالی ترین استاندارد قابل حصول سلامتی صادر نمود (Committee On Economic, Social & Cultural Right The Right To The Highest Attainable Standard Of Health "General Coment No.2000).

تحریم با آثار اقتصادی کلان علیه یک کشور (مانند ایران می تواند پیامد مشابه به جنگ بر سلامت مردم داشته باشد (۱۳). تحریمها علیه ایران دولت را در معرض قطع یارانه های حوزه ی سلامت قرار می دهد (۷). تحریمهای اقتصادی عایدات دولت و قابلیت آن را برای سرمایه گذاری در بخش سلامت، آموزش و امنیت اجتماعی ایرانی ها کاهش می دهد (۲). همچنین دولت را مجبور می کند که اولویت های سرمایه گذاری ملی از مسئولیت های خاص عمومی مانند حمایت از قشر ضعیف تغییر دهد؛ بنابراین سهم مردم از هزینه های خدمات افزایش می یابد که بر دسترسی به حق سلامت تاثیر معکوس دارد. قشر ضعیف و کم درآمد جامعه در برابر آثار این تحریمها ضعیف می شومد. به رغم تدابیر دولت برای کاهش هزینه های درمان در بیمارستان ها، همچنان قشر ضعیفی از جامعه وجود دارند که توان پرداخت هزینه های درمان را ندارند. هر چند تحریمهای تحمیل شده علیه ایران، چه در گذشته و چه در حال حاضر شامل اقلام بشر دوستانه و دارو نمی شود، با این حال بسیاری از فرایندهای مدیریتی و نظارتی و صادرات دارو به ایران را با مشکل مواجه کرده اند (۸). عدم توانایی بانک های ایرانی بر انجام تجارت با نظام بانکداری بین المللی و شرکت های آمریکایی، کمبود ارز و عدم توانایی تضمین ارسال کالا، بیمه و سایر خدمات لازم برای تسهیل تجارت دارو از دیگر مشکلات این تحریمها به حساب می آید. در نتیجه میلیون ها ایرانی که به بیماریهای تهدیدی کننده حیات دچار هستند با کمبود و یا گرانی دارو مواجه می شوند که در بسیاری

از موارد هجوم به بازار سیاه را به دنبال دارد. در ایران حق بر سلامت یا مراقبت سلامت و خدمات سلامت عمومی یک حق اساسی و از طریق شبکه ای از بخش دولتی و خصوصی موسسات غیر انتفاعی فعال در حوزه سلامت فراهم می گردد (۱).

تاثیر منفی تحریمها بر بهداشت

حق بهداشت و برخورداری از امکانات و خدمات پزشکی و درمانی از حقوقی است که مورد تاکید ویژه اسناد حقوق بشر علی الخصوص میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار گرفته است حق همه انسانها از بهترین حال سلامت جسمی و روحی به رسمیت شناخته (ماده ۱۲ میثاق) و برای تامین کامل این حق، کشورها را متعهد می نماید به منظور کاهش سقط جنین، کاهش میزان مرگ و میر کودکان بهبود شرایط رشد سالم کودکان، بهبود خدمات بهداشتی، پیشگیری، معالجه و مبارزه با بیماریها به خصوص بیماریهای واگیردار و شایع، ایجاد شرایط مناسب برای تامین مراکز و کمک های پزشکی برای عموم، اقدامات لازم را انجام دهند (بند ۲ ماده ۱۲ میثاق) برخورداری از این حقوق در کنوانسیون حقوق کودک نیز در ۲۴ کنوانسیون مورد تاکید قرار گرفته است. در گزارشات نهادهای بین المللی در مورد عراق تحریمها با برهم زدن زیرساخت های لازم برای خدمات بهداشتی و درمانی، مرگ و میزها را به شدت افزایش داد. در این گزارش ها تصریح شده تحریمهای اقتصادی شدید باعث کمبود مواد غذایی و تخریب و نابودی سیستم آب آشامیدنی سالم و در نتیجه سو بر تغذیه و افزایش بیماریها، منجر به مشکلات شدید بهداشتی و فقدان اقلام دارویی گردیده است (۱۵). از این رو در خواست های زیادی مطرح شد تا به منظور پایان دادن به رنج ها و آلام بشری تحریمهای عراق برچیده شود (۱۸). مصداق نقض این حق قطعنامه های ۱۹۰۳ و ۱۷۳۴ و ۱۹۲۹ شورای امنیت علیه دولت جمهوری اسلامی ایران می باشد که واردات انواع مواد موثر در قلمرو پزشکی به کشور مشمول ممنوعیت بود. هر فرد بشری حق دارد سطح زندگی، سلامتی و رفاه خود و خانواده اش را از حیث خوراک، مسکن، مراقبت های طبی و خدمات لازم اجتماعی تامین

کارگاه‌های ساختمانی را نیز اضافه کرد (۱۳). در سال ۱۹۹۹ یونیسف پس از انجام تحقیقات درخصوص مرگ‌ومیر کودکان و مادران در عراق، نتیجه‌گیری نمود که در مناطق پرجمعیت جنوب و مرکز کشور کودکان زیر ۵ سال دو برابر نرخ مرگ‌ومیر ۱۰ سال پیش دچار مرگ شده‌اند. یک کارشناس درخصوص اثرات تحریم بر شهروندان اظهار داشته است که "علل اصلی افزایش مرگ‌ومیر کودکان شامل آب آشامیدنی آلوده، فقدان غذای با کیفیت، کمبود شیر مادران و کمبود امکانات مراقبت‌های بهداشتی بوده است. فقدان غذای ناشی از تحریم‌ها ۳۲ درصد کالری سرانه را در مقایسه با وضعیت قبل از جنگ خلیج فارس کاهش داده است (۱۸). به دلیل فقدان امکانات پزشکی، از شروع تحریم تا سال ۱۹۹۷، ۳۰ درصد از تخت‌های بیمارستانی غیرقابل استفاده شدند، ۷۵ درصد از تجهیزات بیمارستانی فاقد کارایی شده و ۲۵ درصد کل مراکز درمانی عراق بسته شدند. پانل کارشناسی شورای امنیت که برای نظارت بر اجرای قطعنامه‌های تحریم تشکیل شده است در گزارش خود وضعیت درمانی و بهداشتی عراق را چنین توصیف کرده است: "در تقابل واضح با وضعیت ماقبل ۱۹۹۱-۱۹۹۰، نرخ مرگ‌ومیر نوزادان در عراق امروزه در زمره بالاترین نرخ در جهان است. وزن پائین نوزادان در هنگام تولد حداقل ۲۳ درصد از ولادت‌ها را تحت تأثیر قرار داد، سوء تغذیه مزمن یک چهارم کودکان زیر ۵ سال را در بر می‌گیرد. تنها ۴۱ درصد از کل جمعیت کشور به‌طور منظم به آب آشامیدنی دسترسی دارند و ۸۳ درصد از مدارس نیازمند تعمیرات اساسی هستند. کمیته بین‌المللی صلیب سرخ اظهار داشته است که سیستم مراقبت بهداشتی عراق امروزه در وضعیت فرسودگی قرار دارد. برنامه توسعه سازمان ملل نتیجه‌گیری نمود که ۷ میلیارد دلار نیاز است تا بخش برق کشور به ظرفیت قبل از ۱۹۹۰ برسد". دبیرکل سازمان ملل نیز در گزارش خود در مارس ۲۰۰۰ نگرانی ویژه‌ای را در ارتباط با وضعیت ناگوار کودکان عراقی ابراز داشت. بحران بهداشت در عراق با سایر بحران‌های اقتصادی و اجتماعی در آن کشور همراه بود. گرچه از میزان مرگ‌ومیر به خاطر معافیت‌های بشردوستانه کاسته شد

کند. این حق در مواد ۱۱ و ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی به رسمیت شناخته شده است به موجب این مواد حق هر فرد و خانواده اش را در دارا بودن سطح زندگی مناسب و ارتقای مداوم این شرایط به رسمیت شناخته است. تحریم‌ها با تأثیر منفی بر تولید، اشتغال و درآمد ملی باعث بازدهی کم اقتصادی، توزیع کم و غیرعادلانه کالا و خدمات و ایجاد بی‌نظمی و شکاف اجتماعی گردیده و در مجموع سطح زندگی و معیشت مردم را تنزل و آن‌ها را از داشتن استانداردهای مناسب زندگی محروم می‌کند گزارشات آماری در مورد عراق و هائیتی این نکته را تأیید می‌کند (۲۲). در قطعنامه ۱۹۲۹ شورای امنیت علیه دولت جمهوری اسلامی ایران به لحاظ محدودیت‌های شرکت‌های ایرانی به تجهیزات پزشکی و فروش نفت که عواید آن در تامین امکانات رفاهی اثر گذار بود حق برخورداری از سطح زندگی نقض و کم‌کم داشت به فاجعه انسانی در مناطق محروم می‌شد؛ که با تعلیق تحریم‌های منشوری به موجب قطعنامه ۲۲۳۱ شورای امنیت اثرات آن کاسته شد.

در همین حال تورم ناشی از تحریم و سوق یافتن سرمایه‌های سرگردان به جای تولید و بازارهای کارساز سرمایه‌ای به بخش مسکن، بدون برنامه ریزی علمی و مولد موجب گرانی هزینه‌های مسکن برای ایرانیان به خصوص طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ شد که این مسأله تأثیر منفی خود را علاوه بر بخش مسکن بر سایر حوزه‌ها نیز تا سال‌های بعد خواهد گذاشت.

این امر علاوه بر سخت‌تر شدن تهیه خانه، چه از نظر خرید یا اجاره آن، موجب کاهش سطح کیفیت تولید آن به دلیل گرانی مصالح و هزینه‌های ساخت آن شد به‌طوری که بنابر نظر بعضی از متخصصان حوزه ساختمان، بسیاری از خانه‌های تازه ساخت از اصول فنی و مهندسی و ضوابط موجود درباره مواردی چون گاز پیروی نکرده‌اند. به استناد گزارش‌های رسمی سازمان پزشکی قانونی کل کشور، سالیانه هزاران نفر از هموطنان در ساختمان‌ها قربانی حوادث تلخی چون سوختگی ناشی از آتش سوزی و انفجار، برق گرفتگی، گاز گرفتگی، سقوط آسانسور و ... می‌شوند. به این آمار، باید روند روبه رشد و نگران‌کننده قربانیان و مصدومین ناشی از حوادث کار در زمان ساخت ساختمان‌ها در

موارد متعددی توسط خود دیوان نیز ابراز شده است. نهایت آن که کشورهای عضو سازمان ملل باید تلاش کنند - گرچه در مقابل صلاحیت‌های فوق‌العاده اعضای دائم تلاش آن‌ها ممکن است نتیجه ندهد - تا حاکمیت قانون را بر رفتارها و مصوبات شورای امنیت حاکم کنند، به امید آن که در روند کار، شفافیت و پاسخ‌گویی شورا افزایش یابد و از این طریق مانع از نقض حقوق بشر توسط شورای امنیت شوند (۱۵).

تأثیر منفی تحریم‌ها بر تهیه داور

حق دسترسی به داور: کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی در تلاش برای مشخص کردن قلمرو حق بر سلامت به عنوان حقی که دارای ابعاد مختلفی است تعهدات محوری دولت‌ها نسبت به حق بر سلامت را عبارت می‌داند از:

۱. فراهم کردن امکان دسترسی به امکانات، کالاها و خدمات مربوط به سلامت بدون تبعیض،
۲. فراهم کردن امکان دسترسی به حداقل غذای ضروری‌ای که از نظر تغذیه‌ای کافی و سالم باشد و همه از گرسنگی رهایی پیدا کنند،
۳. فراهم کردن امکان دسترسی به مسکن و آب آشامیدنی سالم،
۴. فراهم کردن داروهای ضروری،
۵. توزیع برابر همه امکانات کالاها و خدمات مربوط به سلامت،
۶. اتخاذ و اجرای یک استراتژی ملی سلامت و برنامه اجرایی (۵).

برای تعیین روشن محتوای حق بر دارو باید توجه داشت که نظریه شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی نقش بسیاری مهمی در این امر بازی می‌کند. البته شایان ذکر است که تعیین محتوای این حق در درجه نخست از رویه ملی دولت‌ها ناشی شده است و این کمیته با جمع بندی و استفاده از تجارب ملی دولت‌ها که در گزارش‌ها ارائه شده به آن مرجع منعکس گردیده‌اند به تدوین نظریه عمومی شماره ۱۴ پرداخته است (۶) که این نظریه عمومی تأثیر زیادی در پیشرفت‌های بعدی حق بر سلامت و به دنبال آن حق بر دارو داشته است (۸). آنچه در ماده ۱۲ کنوانسیون ح. ۱. ف آمده است که «حق هر فرد را برای برخورداری از

ولی نقض سیستماتیک و گسترده سایر حقوق مردم عراق به دلیل تحریم همچنان باقی بود. به عنوان مثال قدرت خرید درآمد مردم اواسط ۱۹۹۰ حدود ۵ درصد خرید قبل از سال ۱۹۹۰ بوده است. همچنان که برنامه توسعه سازمان ملل اظهار داشت: "عراق تغییر از رفاه نسبی به فقر گسترده را تجربه کرده است." پیشرفت‌های گذشته در آموزش و سوادآموزی کاملاً طی ۱۰ سال گذشته معکوس گردید تأثیر منفی تحریم‌های منشوری بر نسل دوم حقوق بشر به ویژه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مردم کشورهای تحت تحریم به گونه‌ای که موجب نقض فاحش این حقوق می‌شود، واقعیتی غیرقابل تردید است. گرچه شورای امنیت تأثیرات منفی تحریم را ناخواسته قلمداد می‌نماید و با ابتکاراتی نظیر "تحریم‌های هوشمند" و یا "تحریم‌های هدفمند" قصد دارد از اتهام عاملیت نقض حقوق بشر خود را برهاند؛ معذرت براساس عقیده عمده کارشناسان، شورای امنیت در نقض حقوق بشر مردم کشورهای تحت تحریم سهیم بوده و از عاملان نقض حقوق بشر محسوب می‌گردد. از سوی دیگر، سازمان ملل یکی از اهداف خود را حمایت و ارتقای حقوق بشر قرار داده و در این ارتباط جدی به نظر می‌رسد ولی در عمل، شورای امنیت خود به ارتقاء و حمایت از حقوق بشر پایبند نیست و ناقض اهداف منشور به شمار می‌رود. لازم است تا نهادی در درون سازمان ملل شکل یابد تا بر عملکرد این شورا نظارت کند که البته این امر به دلیل ساختار سازمان، عملی به نظر نمی‌رسد. راه دیگر، به انجام رساندن اصلاحات در شورای امنیت از طریق افزایش تعداد اعضای دائم و غیردائم این شورا و حذف حق وتو است که این اصلاحات گرچه مدت مدیدی است در دستور کار مجمع عمومی سازمان قرار دارد ولی تاکنون به دلیل عدم رغبت و تمایل اعضای دائم شورای امنیت و اختلافات و رقابت کشورهای داوطلب ورود به شورا به سرانجام نرسیده و بعید است در آینده نزدیک فرجامی پیدا کند. برخی نظارت نهاد قضایی سازمان ملل یعنی دیوان بین‌المللی دادگستری بر مصوبات شورا را نیز مطرح کرده‌اند، ولی بدیهی است که دیوان هیچ‌گونه صلاحیتی بر مصوبات شورای امنیت ندارد و نظرات این دیوان برای شورا الزام‌آور نیست و این موضوع در

سطحی فراگیر در دسترسی شهروندان قرار دهد (۵). همچنین دادگاه قانون اساسی ونزوئلا دولت را ملزم نموده است که داروهای مربوط به درمان‌های ویروسی را برای تمام بیمارانی مبتلا به ایدز در ونزوئلا فراهم نماید (۳). حق دسترسی به دارو طبق نظریه عمومی شماره ۱۴ در بردارنده این عناصر است:

در دسترس بودن دارو با میزان ضروری ۲- در دسترس بودن دارو برای همه، ۳ قابل پذیرش بودن نحوه درمان به توجه به فرهنگ اخلاقی که افراد به آن تعلق دارند ۴- کیفیت مناسب دارو.

در دسترسی بودن دارو هم شامل دسترسی فیزیکی است و هم دسترسی اقتصادی.

در نظریه عمومی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی آمده امکانات مربوط به سلامت عمومی و مراقبت‌های بهداشتی، کالا و خدمات باید به اندازه کافی فراهم و موجود باشد. علاوه بر فراهم بودن و قابلیت دسترسی فیزیکی به دارو دسترسی اقتصادی نیز از عناصر دسترسی است و به این معناست که کالاها و خدمات و امکانات مربوط به سلامت با قیمت‌هایی ارائه شوند که برای همه قابل خرید و تهیه باشند؛

طبق نظریه عمومی شماره ۱۴ آنچه مورد حمایت حق بر سلامت به عنوان یک حق بشری قرار می‌گیرد «داروی‌های ضروری» است (۳). سازمان بهداشت جهانی مرتبه لیست داروهای ضروری را به روز می‌کند (۲۳). اینگونه تعریف شده است: «آن دسته از داروهایی که برای نیازهای مربوط به مراقبت‌های بهداشتی در اولویت قرار دارند. این نوع داروها با توجه به ارتباطشان با سلامت عمومی و دلایل موجود برای اثر بخشی و ایمنی و رقابت پذیری از لحاظ هزینه، انتخاب می‌شوند.»

در نحوه اعمال و تفسیر از مفهوم «داروهای ضروری» این تمایل عمومی وجود دارد که تا حد امکان انعطاف پذیری و قابلیت انطباق با موقعیت‌های مختلف در نظر گرفته شود. در واقع اینکه دقیقاً چه دارویی می‌بایست به عنوان یک داروی اساسی در نظر گرفته شود همچنان به عنوان یک وظیفه ملی بر دوش دولت‌های باقی مانده است.

عدم انتقال ارزش و عدم امکان تهیه دارو: بر اساس آنچه گفته شد، چارچوب قانونی و رگولاتوری موثر بر

بالاترین وضعیت سطح قابل‌دستیابی در سلامت جسمی و روحیه بسیار کلی است؛ و مشخص نیست که آیا سلامتی به به عنوان عدم بیماری تعریف شده است یا آنگونه که در تعاریف سازمان بهداشت جهانی آمده «وضعیت برخورداری از بهزیستی کامل جسمی، روحی و اجتماعی».

به هر حال عبارت به کار رفته در ماده ۱۲ بیانگر آن است که این حق یک حق جامع و فراگیر است و حتی مسائل اقتصادی اجتماعی‌ای که برای داشتن یک زندگی سالم لازم هستند مانند غذا و مسکن و مراقبت‌های بهداشتی را نیز در بر می‌گیرد (۹).

طبق ماده ۱۲ کنوانسیون ح... ا. ف برای تحقق حق بر سلامت دولت‌ها می‌بایست یکسری اقدامات برای پیش‌گیری و معالجه و کنترل بیماری‌های همه‌گیر بومی (محلی)، حرفه‌ای و سایر امراض و همچنین ایجاد شرایطی جهت تأمین تمام خدمات و مراقبت‌های پزشکی در مواقع بیماری، اتخاذ نمایند.

اما در علم پزشکی امروزه آنچه برای پیشگیری و معالجه و کنترل بیماری‌ها ضرورتی انکار ناپذیر است دارو است. هم به عنوان بخشی ضروری و جدایی ناپذیر از فرآیند درمان و هم به عنوان بخش ضروری و جدایی ناپذیر از فرآیند پیش‌گیری. به نحوی که درمان عفونت‌های جدی بدون به‌کارگیری آنتی‌بیوتیک‌ها، یا درمان عفونت‌های قارچی بدون استفاده از ضد قارچ‌ها، یا درمان عفونت‌های ویروسی بدون ضد ویروس‌ها غیر قابل تصور است (۱۴).

دسترسی به دارو نیز برای جلوگیری و درمان بیماری‌ها و کنترل بیماری‌های مسری ضروری هستند. خدمات پزشکی و مراقبت‌های پزشکی نیز به همان اندازه مستلزم وجود دارو است. در واقع دسترسی به دارو بخش جدایی ناپذیر از بهره‌مندی از «بالاترین میزان سلامت ممکن الحصول» و بنابراین جزء لاینفکی از حق بر سلامت - است که در قطعنامه‌های مختلفی نیز بیان شده است (۷).

به موجب حقوق اساسی برخی از کشورها به صراحت دسترسی به دارو به عنوان بخشی از حق بر سلامتی مورد شناسایی قرار گرفته است. دادگاه قانون اساسی آفریقای جنوبی دولت را ملزم دانسته است که داروی جلوگیری انتقال ویروس HIV از مادر به فرزند را در

دسترسی به دارو تحریم‌های اقتصادی ایران به دلیل عوامل ژئوپولیتیکی و دیپلماسی هسته ای وضع گردیده، از این رو، با بازگشت تحریمها نیاز به تجارت آسان کالاهای انسان دوستانه از جمله کالاهای خاص پزشکی راه ناهمواری در پیش می‌گیرد (۱۲).

در حوزه بین‌المللی یک چارچوب قانونی وجود دارد که حق بشر بر سلامت و برخورداری از مراقبت‌های سلامت را در نتیجه اسناد و موازین بین‌المللی شامل پیمان‌ها و توافق‌های امضا شده بسیاری از سوی کشورها به رسمیت می‌شناسد. این چارچوب قانونی در واقع مسئولیت اصلی تضمین تحقق تدریجی این حق را در کشورهای امضا کننده اسناد مزبور تعیین می‌کند و بر کمک این کشورها به سایر کشورها در تحقق این حق تصریح دارد. عهدنامه‌ها و کنوانسیون‌های متعددی مبانی حقوق بشر را تنظیم می‌نماید. مهمترین اعلامیه بین‌المللی که بر حقوق بشر تمرکز دارد، اعلامیه جهانی حقوق بشر مصوب ۱۹۴۸ می‌باشد. حکومت‌ها موظف به اتخاذ تدابیری برای اعمال این حقوق و اقدام به ایجاد موانع در برابر سایرین به منظور تخلف از آن‌ها می‌باشند. پژوهشها و گزارشهای بین‌المللی معتبر بارها بر آثار تحریم بر سلامت و حق سلامت مردم با استدلالهای موثق تاکید داشته‌اند که در زیر به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود (۱۳).

افزایش آسیب ناشی از بیماری با تهدید معلولیت و مرگ آنان بویژه در بیماران صعب‌العلاج و خاص از قبیل هموفیلی، تالاسمی، سرطان، دیالیزی کلیوی و نارسایی کبدی، پیوند اعضا، هیپاتیت، ایدز، قلبی و عروقی گردیده است تهیه تجهیزات همچون کیسه‌های خونگیری، لوله‌های آزمایشگاهی، ست‌های پلاکت فرزیس، کیت‌های انعقادی و انواع آنتی‌سرم و... که دارای منبع خارجی بوده با مشکلات فراوانی از جمله عدم ارائه کالا از مبدا تولید به‌طور مستقیم و یا غیر مستقیم، از کمپانی‌های آمریکایی و یا شرکت‌های اروپایی شده است که علاوه بر تحمیل و افزایش عوارض جسمی و روانی بر بیماران، بار مالی دولت را نیز برای درمان بیماران افزایش می‌دهد (۷).

در خصوص اثرات تحریم می‌توان به گزارش نشریه گاردین در ۱۴ نوامبر سال ۲۰۱۲ اشاره کرد که بر اساس آن مرگ پسر ۱۵ ساله ای بنام منوچهر

اسماعیلی به علت خونریزی شدید متعاقب هموفیلی در رسانه‌های بین‌المللی منعکس شده است (۸). شرکت‌های بین‌المللی از قبول سفارشات و معامله با ایران به دلیل محدودیت‌های انتقال پول، بیمه مناسب و گاهی عدم اطمینان از اینکه اقلام دارویی معاف از عوارض و تحریم‌های حمل بین‌المللی هستند، امتناع می‌ورزند (۲). در گزارش دبیرخانه کل شورای حقوق بشر در خصوص شرایط حقوق بشر در ایران آمده است شرکت‌های دارویی به سختی می‌توانند به داروهای مهم دسترسی پیدا کنند و انتقال پول و کسب اعتبار مالی برای شرکت‌های خصوصی بسیار مشکل است. حتی شرکت‌هایی که مجوز لازم را برای واردات دارو، مکمل و شیر خشک و غذاهای ویژه کودکان به ویژه بیماران با نقص متابولیک نظیر سلیاک (PKU) اخذ نموده‌اند، در یافتن بانک‌های ثالث برای انجام معاملات با مشکل مواجه شده‌اند. به دلیل اینگونه مشکلات پرداخت، چندین کمپانی دارویی از صادر کردن داروهای ضروری و حیاتی به ایران امتناع کرده‌اند که منجر به کمبود داروهای مورد استفاده برای درمان بیماریهای مختلف از جمله سرطان، بیماریهای قلبی و تنفسی، تالاسمی و غیره شده است. (۹). گزارش مجمع سازمان ملل متحد در مورد حقوق بشر در ایران حاکی از این است که مقامات حوزه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعدادی از سازمانهای غیر دولتی اعلام کرده‌اند که تحریم‌ها موجب وخیم‌تر شدن حال بیماران و افزایش میزان مرگ و میر به دلیل عدم دسترسی به داروهای ضروری و کمبود تجهیزات پزشکی برای درمان بیماری‌های جدی و مخاطره‌آمیز شده است.

طبق گزارش سازمان ملل به نقل از اخبار و مقالات منتشر شده در خبرگزاریهای داخلی و خارجی (JCPOA): تصمیم دولت ایالات متحده آمریکا متأسفانه موجب شده که تفاهم‌نامه کمک بلاعوض دولت ژاپن با نماینده آژانس همکاریهای بین‌المللی ژاپن (جایکا) به ارزش یک میلیارد و پانصد و سی و چهار میلیون (۵۳۴) یورو ژاپن به دلیل محافظه‌کاری شدید بانک‌های ژاپن برای انجام هرگونه تراکنش مالی به ایران براساس تصمیم دولت آمریکا، اجرایی نشود (۱۶).

همچنین در گزارش دیگری از مجمع عمومی سازمان

و حذف جمهوری اسلامی ایران را از سوئیفت (Swift) جهانی هدف قرار داده است، در واقع دست وارد کنندگان ایرانی را از کانال‌های مالی پرداخت پول به صادرکنندگان غربی و اروپایی در قبال اقلام و کالاهای ضروری و بشر دوستانه قطع می‌کند. تحریم‌ها همچنین بر دسترسی به دلار و یورو لازم جهت خرید داروهای دارزاتی پاتنت از شرکت‌های دارویی غربی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به تحریم بانکهای ایرانی و عدم دسترسی به سوئیفت، گشایش اعتبار برای تامین مواد اولیه برای شرکتهای دارویی امکانپذیر نبود و شرکتهای دارویی مجبور به پرداخت نقدی کل بهای مواد اولیه وارداتی در زمان خرید بودند این موضوع در کنار تغییر نرخ ارز مرجع به مبادلهای، هزینه‌های مالی این شرکتها را به شدت بالا برد. و همچنین کاهش سطح درآمدهای دولت در پی تحریمها، موجب گردید پرداختی بیمارستانها و داروخانه‌های دولتی به شرکتهای دارویی با تاخیر انجام شود که باعث افزایش دوره وصول مطالبات و افزایش هزینه‌های مالی این شرکتها گردید. از سوی دیگر نیز شرکتها جهت انتقال ارز مجبور به درصدی بودند و ارتباطات بین‌المللی ۱۲ تا ۸ استفاده از خدمات صرافیها و پرداخت کارمزد سنگین تا محدوده با شرکت‌های داروسازی جهان بسیار کم شده بود (۱۹) و در نهایت می‌توان گفت که در زمان تحریم عواملی غیر از آنچه در بالا ذکر شد بر صنعت دارویی کشور تأثیر می‌گذارد که برخی از آنها عبارتند از: تغییر نرخ ارز از مرجع به مبادله‌ای، تهیه سخت و دشوار مواد اولیه دارویی و نیاز به نقدینگی بالا، ارتباط ضعیف با مجامع بین‌المللی، بالا رفتن قیمت تمام شده دارو، هزینه‌های مالی زیاد، عدم انتقال ارز حاصل از صادرات، عدم صادرات بصورت اعتبار اسنادی و ریالی و در نتیجه صادرات کم، عدم به روز رسانی تجهیزات و فناوری‌های صنایع داروسازی در دوران تحریم، کاهش رقابت تولید کنندگان داخلی با رقبای خارجی به ویژه آسیایی‌ها، عدم برگزاری نمایشگاههای کیفی دارویی با حضور شرکت‌های معتبر بین‌المللی، دسترسی کم به اطلاعات روز دنیا، عدم امکان تولید تحت لیسانس و عدم امکان دریافت گواهینامه‌های بین‌المللی (۱۳).

برآیند این تحریم‌ها عملاً موجب بحران دارو و درمان در ایران شده است، نتیجه این بحران افزایش هزینه‌های

ملل آمده است که تحریم‌ها، توزیع مواد دارویی و تجهیزات پزشکی را به شدت با مشکل مواجه کرده است. شرکت‌های بیمه در پوشش بیمه‌ای واردکنندگان و صادرکنندگان با مشکل مواجه شده‌اند و این به نوبه خود، دسترسی به تجهیزات پزشکی و داروهای خارجی را تحت تأثیر قرار داده است. داروهای خاص، دیگر به کشور وارد نمی‌شود و این مسئله تأثیر منفی بر درمان بیماران به خصوص افراد مبتلا به بیماریهای صعب‌العلاج، حاد و نادر را در پی خواهد داشت. بیمارستان‌ها هم در تامین دارو با مشکل مواجه شده‌اند. بیماران سرطانی مجبورند داروهای مصرفی و مورد نیاز خود را با قیمت گران خریداری کنند. در نتیجه بیماران کم‌بضاعت و بی‌بضاعت که باید تحت اینگونه درمان‌های داروئی و تخصصی قرار گیرند بار مالی شدیدی را تحمل می‌کنند که بعضاً امکان پرداخت برای آنان میسر نیست، همچنین بیماران مبتلا به دیالیز کلیوی و غیره در درمان پزشکی با مشکلاتی مواجه هستند که زندگی‌شان را به خطر انداخته است (۲۰).

در گزارشی از سوی موسسه بین‌المللی صلح، عدالت و حقوق بشر با عنوان تأثیر تحریم‌ها بر سلامت مردم ایران در سال ۲۰۱۳ آمده است: اثرات تحریم در ۴ گروه بیماری سرطان، آسم، ام‌اس، بیماری پارکینسون و دیستونی از طریق مصاحبه متخصصین، بیماران و سایر ذینفعان و گردآوری اطلاعات از مراجع مختلف مانند داروخانه ۱۳ آبان، بررسی شده که براساس نتایج حاصله، عدم دسترسی به تجهیزات و داروهای مورد نیاز، علت افزایش مرگ و کاهش کیفیت زندگی بیماران بیان شده است (۲۱). در سند دو صفحه‌ای راهبرد همکاری کشور با سازمان بهداشت جهانی مقرر شده است: «به رغم برداشتن تحریم‌های هسته‌ای بانک‌های ایرانی همچنان با مشکلات زیادی در ورود به نظام مالی بین‌المللی و بانک‌های جهانی رو به رو هستند. تحریم‌ها خسارات زینبار جدی بر مردم و اقتصاد وارد کرده است که به نوبت خود نظام سلامت را در خصوص دسترسی مردم به درمان‌های حیاتی و ضروری و مراقبت پیشگیرانه تحت تأثیر قرار داده است».

قصور در امر حمایت بشر دوستانه که بارها از طرف سازمان‌های جهانی گزارش شده است به دلیل سیاست‌هایی است که بخش مالی به خصوص بانک‌های بزرگ

درمان، افزایش طول درمان، افزایش آسیب‌ها و مرگ و میر بیماران، افزایش فشار بر خانواده بیماران و به خطر افتادن سلامت روانی آنان و... است. از جمله نمونه‌های اثرگذاری تحریم‌ها بر بخش سلامت ایران موارد زیر قابل توجه است (۲۱):

۱. مرگ نوجوان ۱۵ ساله دزفولی مبتلا به هموفیلی در اثر کمبود دارو.

۲. کمبود تجهیزات یک بار مصرف مانند صافی و پودر بی کربنات برای درمان بیماران دیالیزی

۳. تهدید بیماران خاص تالاسمی، ام اس، هیپاتیت، هموفیلی، دیابت.

دبیر کل سازمان ملل در گزارش خود که ماه اکتبر سال ۲۰۱۲ به مجمع عمومی سازمان ملل ارائه نمود اظهار داشت که تحریم‌های اعمال شده از سوی غرب بر ایران باعث ایجاد مشکلات بسیاری برای مردم معمولی در ایران شده است از جمله آنکه منجر به کمبود داروهای اساسی گردیده است (۸).

موارد فوق الذکر علاوه بر آن که مورد اذعان مسئولان حوزه بهداشت و سلامت کشور قرار گرفته است، در نامه اعتراضی رئیس فرهنگستان علوم پزشکی ایران دکتر مرنندی به دبیر کل سازمان ملل متحد در مورخه ۲۶ نوامبر ۲۰۱۲ مورد اشاره و اعتراض قرار گرفته است (۹).

حق دسترسی به دارو و تحریم‌های اعمال شده علیه ایران‌ها ۱۸۷ سئوالی که مطرح می‌شود آن است که آیا اعمال این تحریم‌ها از سوی کشورهای غربی و محدودیت‌ها و موانع ایجاد شده بر سر راه دسترسی بیماران ایرانی به داروهای ضروری می‌تواند به عنوان موضوعی مشمول حقوق بشر بین‌الملل مورد مطالعه قرار گیرد. در صورت مثبت بودن پاسخ آیا رویه پیش گرفته شده از سوی غرب در اعمال تحریم‌ها نقض حق بشری دسترسی به دارو از سوی کشورهای اعمال کننده تحریم‌ها به شمار آید.

پیش تر اشاره شد حق بر سلامت در اسناد مختلف حقوق بشری به عنوان یک حق بنیادین بشری مطرح شده است. ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر سلامتی، رفاه و مراقبت‌های پزشکی را به عنوان موضوعات داخل بحث استانداردهای کافی برای زندگی معرفی می‌کند. بند ۱ ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی اجتماعی

فرهنگی مقرر می‌دارد: کشورهای عضو این میثاق حق هر کس را در بهره مندی از بهترین حالت سلامت جسمی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسند. اساسنامه سازمان جهانی بهداشت بهره مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی را یکی از حقوق بنیادین دانسته است که برای دستیابی به سطح امنیت اهمیت اساسی دارد.

تأمین حق بر سلامتی رابطه تنگاتنگی با سایر حق‌های بشری دارد و به تحقق آن‌ها وابسته است. حق‌های مرتبط با سلامتی عبارتند از حق بر غذا، حق بر مسکن، حق بر حق بر شغل، حق حیات، عدم تبعیض، ممنوعیت شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات و... (۱۰).

حق دسترسی به دارو از سوی ماده ۱۲ کنوانسیون حقوق مدنی سیاسی به عنوان بخشی جدایی ناپذیر از حق بر سلامت مورد شناسایی قرار گرفته است. در این ماده آمده است:

«(۲) اقداماتی که دولتهای عضو برای دستیابی و تحقق کامل این حقوق اعمال می‌نمایند شامل اقدامات زیر می‌باشد:

الف: اقداماتی در جهت توسعه و رشد سلامت کودکان و پایین آوردن میزان مرگ و میر آن‌ها.

ب: بهبود تمام جوانب بهداشت محیط (زیست) و بهداشت صنعتی.

ج: پیشگیری و معالجه و کنترل بیماریهای همه گیر بومی (محلی)، حرفهای و سایر امراض

د: ایجاد شرایطی جهت تأمین تمام خدمات و مراقبت‌های پزشکی در مواقع بیماری»

حق بر سلامت و به تبع آن حق دسترسی به دارو از حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی می‌باشند. طبق بند ۱ ماده ۲ کنوانسیون حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی «هر دولت عضو این میثاق متعهد می‌گردد که بطور انفرادی و یا از طریق همکاریهای بین‌المللی، بویژه اقتصادی، فنی و با استفاده از حداکثر منابع موجود و با کلیه وسائل مناسب بویژه ابزارهای قانونگذاری در جهت دستیابی و تحقق کامل حقوق شناخته شده در این میثاق، اقدام نماید؛ و نهایتاً ماده ۴ کنوانسیون ح. ا. ا. ف بیان می‌دارد:

دولتهای عضو این میثاق، تصدیق می‌کنند که در

شرکت‌هایی که به فروش تجهیزات پزشکی با کیفیت اقدام می‌کنند، مواد و تجهیزات مورد استفاده توسط پزشکان از کیفیت بالایی برخوردار نباشد. رییس جامعه جراحان کشور ایرج و فاضل می‌گویند: «با اشاره به آثار تحریم‌ها در کمبود برخی داروها و تجهیزات

پزشکی اکنون برخی جراحان برای عمل جراحی از نخ‌های نامرغوب چینی: استفاده می‌کنند که فاقد هر گونه کیفیتی است و در بیشتر مواقع پس از جراحی و دوختن شکم بیمار، نخ پاره می‌شود و بیمار باید بار دیگر تحت عمل جراحی قرار گیرد (۱۰).

تحریم‌ها به همراه متغیرهای دیگر موجب شده است تا از به روز نمودن و و هزینه در امور بیمارستانی و تجهیزات خودداری شود. این امر به دلیل نیاز به صرف هزینه در امور لازم و واجب‌تر چون واردات دارو است که به دلیل تحریم‌ها با افزایش هزینه مواجه شده است. «حدود ۷۰ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور: فرسوده هستند. در برخی استان‌ها از جمله تهران این تعداد بیشتر است و به ۸۵ درصد می‌رسد. بیمارستان‌های تهران فقط به جمعیت ساکن در این شهر خدمت ارائه نمی‌دهند بلکه بیش از ۷۰ درصد کسانی که در بیمارستان‌های تهران بستری می‌شوند از شهرستان‌ها مراجعه می‌کنند. در صورت بروز بلایای طبیعی در تهران، بیمارستان‌ها، تخریب شده و پزشکان و پیرانپزشکان شاغل در آن‌ها صدمه خواهند دید (۱۵).

رییس دانشگاه علوم پزشکی شیراز (محمد‌هادی ایمانی) درباره کمبود و فرسودگی تجهیزات پزشکی در کشور اعلام داشت: «علاوه بر دارو، تجهیزات پزشکی نیز با مشکلاتی مواجه است؛ به عنوان مثال گاز هلیوم مورد نیاز برای دستگاه‌های ام‌آر. آی با کمبود رو به رو می‌باشد (۴). ۲۶ کشور از جمله ایران، روسیه و چین در بیانیه‌ای مشترک با اعلام اینکه تحریم‌ها امر مبارزه با کرونا را سخت کرده، از ایالات متحده و کشورهای غربی خواستند تا به اعمال تحریم‌های یکجانبه پایان دهند. این بیانیه را «ژانگ جون» نماینده دائم چین در سازمان ملل متحد و جلسه ویژه حقوق بشر در مجمع عمومی سازمان ملل قرائت کرد. در این بیانیه آمریکا به نقض حقوق بشر و همچنین تبعیض نژادی نظام مند متهم شده است. این بیانیه می‌گوید آمریکا با اعمال تحریم از توسعه برخی کشورها ممانعت به عمل

برخورداری از حقوقی که مطابق این میثاق برای دولت (عصوی) مقرر شده است، آن دولت نمی‌تواند این حقوق را تابع محدودیت‌هایی نماید، مگر محدودیت‌ها بموجب قانون و در تطابق با ماهیت حقوق مذکور و بمنظور توسعه رفاه عمومی در یک جامعه دمکراتیک اعمال گردد.»

در ایران نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در چند دهه اخیر توسعه قابل توجهی یافته اما لازم است در قالب برنامه اصلاحات در نظام سلامت کشور در جهت کاهش نابرابری‌های مربوط به خدمات بهداشتی درمانی قدم‌های اساسی برداشته شود» (مطلق، ۱۳۸۷: ۹) تحریم‌ها بر نظام درمان کشور که شامل تأمین دارو و تجهیزات پزشکی است اثر منفی گذاشته است. در بسیاری از موارد، مانعی بر ورود داروهای خاص شده و هم چنین موجب کندی ورود دارو و تجهیزات، ورود داروهای تقلبی و بی کیفیت و افزایش قیمت بقیه داروها شده است. با تشدید تحریم‌های مالی بر کشور، شرکت‌های خارجی از فروش مواد اولیه داروها به ایران خودداری نمودند. به فرض درست بودن تولید ۹۷ درصد داروها در داخل کشور اما تا ۶۰ درصد مواد اولیه داروهای تولیدی از خارج وارد می‌شود (۱۳).

به خصوص آن که بسیاری از مواد اولیه داروها مواد شیمیایی می‌باشند که دارای مصرف دوگانه است از این رو شرکت‌های خارجی از بیم مصرف آن در صنایع نظامی آن مواد را به ایران صادر نمی‌کنند. به عنوان مثال ماده اولیه (P2 S5) که یک ماده شیمیایی و دارای مصرف دوگانه است. البته به دلیل پیش گفته و تحریم‌های مالی و بانکی امکان انتقال مواد اولیه که صرفاً در داروسازی به کار می‌رود نیز سخت شده است. امکان واردات دارو در موارد زیادی به دلیل تحریم‌های مالی و بانکی وجود ندارد هرچند که دارو تحریم نشده است. این امر منجر به نبود و کمبود دارو در مقاطعی و گرانی دارو شده است. عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس (دوره هشتم، جمشید زهی) با اشاره به موانع و مشکلات داروسازان و واردکنندگان در تهیه دارو اظهار داشت: ایجاد تحریم علیه ایران موجب بروز تلاطم و افزایش قیمت این محصول در بازار شده است (۱۱).

تحریم‌ها باعث شده است به دلیل عدم ارتباط با

با اعمال تحریم‌های بین‌المللی غرب علیه ایران دسترسی به دارو به عنوان یکی از اجزای بنیادین حق بسر سلامت با مشکلات بسیاری رو به رو گردید. حق بر دارو به عنوان یکی از حقوق فرعی حق بر سلامت به طور خاص در کنوانسیون حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی مورد حمایت قرار گرفته است ۱۶۰ کشور تا دسامبر ۲۰۱۲ عضو این کنوانسیون بوده‌اند و کشور آمریکا نیز هرچند هنوز این کنوانسیون را تصویب نکرده است اما از امضا کنندگان آن می‌باشد (۳) و طبق بند بند (الف) و (ب) ماده ۱۸ کنوانسیون وین در حقوق معاهدات اگز کشور می‌مهرده برا به شرط تصویب، پذیرش با الحاق امضاء کرده باشد ملزم از اقدامات کیه به هدف و منظور یک معاهده لطمه وارد می‌کند خودداری ورزد. آنچه در مورد تأثیر تحریمها در دست سری به دارور را با موانع اساسی مواجه ساخته است زیرا تحریم‌های ناظر بر معاملات ارزی و بانک‌های ایران موجب محدودیت‌های شدید در گشایش اعتبار برای واردکنندگان دارو و تجهیزات پزشکی شده که منجر به کمبود و یا بالارفتن قیمت دارو شده است که بر خلاف محتوای تعیین شده حق بر دارو در نظریه عمومی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی می‌باشد؛ و نقض فاحش تعهدات حقوق بشری ناشی از منشور ملل متحد و کنوانسیون‌های حقوق بشری به خصوص کنوانسیون حقوق اقتصادی اجتماعی فرهنگی می‌باشد.

References

1. Cheraghali AM. Impacts of international sanctions on Iranian pharmaceutical market, DARU J Pharma Sci. 2013;6.
2. Sahay A, Jaikumar S. Does Pharmaceutical Price Regulation Result in Greater Access to Essential Medicines? Indian Institute Management, Ahmedabad, January 2016:2.
3. Bastani P, Dinarvand R, SamadBeik M, Pourmohammadi K. Pharmaceutical strategic purchasing requirements in Iran: Price interventions and the related effective factors. J Res Pharm Pact. 2016;5(1):35.
4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights Twenty-second Session, Geneva, 25 April-12 May 2000, E/C.12/2000/4 General Comment, no. 14, The right to the highest attainable standard of health, Para 34, Available at: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/ UNDOC/ GEN/ G00/ 4391 34/ PDF/>

می‌آورد. امضاء کنندگان بیانیه نوشته‌اند که پاسخ به همه‌گیری ویروس کرونا و بهبود وضعیت کشورها نیازمند همبستگی جهانی و همکاری بین‌المللی است. با این وجود ما همچنان شاهد اعمال اقدامات قهری یکجانبه بر خلاف اهداف و اصول منشور سازمان ملل متحد، حقوق بین‌الملل، کثرت‌گرایی و معیارهای اساسی روابط بین‌الملل هستیم. این کشورها خواستار لغو کامل و فوری اقدامات یکجانبه قهری شدند تا از این طریق نسبت به پاسخ مؤثر و کارآمد همه اعضای جامعه جهانی برای مقابله با ویروس کرونا اطمینان حاصل شود (۷).

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد که تحریم‌های بین‌المللی به شکل مستقیم و غیر مستقیم بر مدیریت بحران کشور در دهه اخیر تأثیرگذار بوده است. تحریم‌ها به ویژه در تامین اقلام دارویی مورد نیاز و ارسال کمک‌های بشردوستانه مانع جدی ایجاد کرده است. تحریم‌های ناظر بر معاملات ارزی و بانک‌های ایران موجب محدودیت‌های شدید در گشایش اعتبار برای واردکنندگان دارو و تجهیزات پزشکی شده که عملاً منجر به تسری دامنه تحریم‌ها به دارو و تجهیزات پزشکی شده است. به دلیل تحریم‌ها و برای احتراز از عواقب احتمالی نقض تحریم‌ها و یا حتی محروم شدن از بازارهای امریکا تعدادی از شرکت‌های دارویی از فروش مستقیم دارو و تجهیزات پزشکی به ایران خودداری می‌کنند. نتیجه این امر محدودیت دسترسی و ناگزیر شدن از تهیه این اقلام ضروری از واسطه‌های بین‌المللی با قیمت‌های غیر متعارف می‌شود. به دلیل گسترش تحریم‌ها بر شرکت‌ها کشتیرانی و عدم بیمه محموله‌های ایران هزینه حمل و نقل به ایران افزایش یافته که در نتیجه افزایش قیمت تمام شده دارو و تجهیزات پزشکی را نیز در بر می‌گیرد، ضمن اینکه گزارش‌هایی از عدم بارگیری از جمله محموله‌های دارویی به ایران در نتیجه تحریم‌ها وجود دارد. بر هم خوردن تعادل در موازنه قیمت ریال و ارزهای معتبر خارجی در نتیجه تحریم‌ها باعث افزایش قیمت دارو و تجهیزات پزشکی وارداتی و در نتیجه ناتوانی بخش عمده‌ای از بیماران از تهیه دارو شده است.

G0043934.

5. Congress Release GA/9618, 30 September 1999.

6. Doxey, M. Evolution and adaptation in the modern Commonwealth International Journal, Vol. 45, No. 4, 1990, pp. 889- 912.

7. Fatemeh Kokabisaghi, Assessment of the Effects of Economic Sanctions on Iranians' Right to Health by Using Human Rights Impact Assessment Tool: A Systematic Review. *Int Health Policy Manage.* 2008;7(5):375.

8. Garfield R. Morbidity and mortality among Iraqi children from 1990 through 1998: Assessing the impact of the Gulf war and economic sanctions, www.cam.ac.uk/societies/casi. 1999.

9. Garfield R. Economic Sanctions, Humanitarianism and Conflict after the Cold War, Social Justice, Questia Media America, Inc. www.questia.Com. 2002;29(3).

10. General Comment, No. 8, 1997, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

11. HIV/AIDS and Security, 2006:315.

12. Drews J. Quest of Tommorrow's me dicines, An Eminene scientist talks about the pharmaceutical Industry, Biotechnology, and the future of drug Research. 1999:3.

13. Minister of Health. Treatment Action Campaign et al. 2002 (5) SA 721(cc); 2002(10 BCLR 1033CC), 5 July 2002.

14. Portela C. Are European Union sanctions "targeted"? *Cambridge Rev Int Affairs.* 2016;29(3):912.

15. Report of the Secretary-General on the situation of human rights in the Islamic Republic of Iran, Human Rights, A2013, pp. 37-38.

16. Declaration of commitment on HIV/AIDS, A/RES/S-26/2 of 27 June 2001, para. 15.

17. Situation of human rights in the Islamic Republic of Iran, Report of the Secretary-General, A/67/327, Sixty-seventh session, 2012, pp.42-43.

18. Setayesh S, Mackey TK. Addressing the impact of economic sanctions on Iranian drug shortages in the joint comprehensive plan of action: promoting access to medicines and health diplomacy, Setayesh and Mackey *Globalization Health.* 2016:2.

19. Tribunal Supremo de Justicia de Venezuela, cruz Bermudez v. Ministerio de Sanidad y Asisitencia Social, case No. 15.789, Decision No. 916, (1999).

20. WHO, Essential Medicines; WHO Model list, 17th edition 2011, Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95053_eng.pdf.

21. Zare H, Trujillo AJ, Leidman E, Buttorff C. Income elasticity of health expenditures in Iran. *Health Policy Plan.* 2013; 8(6):656- 679.