

مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر

حسین آل کجیاف

چکیده

با تلاش‌های جامعه بین‌المللی برای حمایت از حقوق بشر، قلمروها و عوامل تأثیرگذاری در تحقق حقوق بشر مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. حق برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامتی یا حق بر سلامتی یکی از حق‌های بشری است که در اسناد حقوق بشری بر اهمیت آن تأکید شده است. سلامت فردی، به عنوان یکی از مهمترین مولفه‌های کرامت هر انسانی محسوب می‌شود. از این روی حق بر سلامتی به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. حوزه‌های مربوط به سلامتی متنوع بوده و دارای ابعاد گوناگونی است و این امر نیز عاملی برای دشواری تعریف حق مزبور شده است. در اسناد حقوق بشری عمدتاً از سلامت جسمی و روانی و بعضاً از سلامت معنوی و اجتماعی حمایت شده است. دولت‌ها نیز به‌طور کلی در ارتباط با تأمین و تضمین این حق دارای مسئولیت‌های معینی می‌باشند. واضح است که دولت‌ها نمی‌توانند به‌طور کامل سلامتی و مطلوب بودن سلامتی افراد را تضمین نمایند اما دولت‌ها می‌توانند شرایطی را فراهم آورند که در آن سلامتی افراد مورد حمایت قرار گیرد و دستیابی به سلامتی برای افراد ممکن گردد. حق بر سلامت جایگاه استواری در اسناد حقوق بشری و عرف بین‌المللی دارد و می‌توان آن را در شمار اصول کلی پذیرفته شده نظام‌های حقوقی توسعه یافته دانست. این حق در شمار حقوق نسل دوم حقوق بشری بر شمرده شده است. در این مقاله به مهمترین جلوه‌های حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر پرداخته شده است. این مقاله درصدد پاسخ دادن به سؤالاتی از قبیل اینکه حق بر سلامتی چه جایگاهی در نظام بین‌المللی حقوق بشر دارد؟ مفهوم محتوایی و عناصر سازنده این حق چیست؟ و انواع تعهد دولت‌ها در قبال این حق چه می‌باشد؟

۱. استادیار و مدیر گروه حقوق دانشگاه پیام نور تهران. (نویسنده مسؤول)

Email: hossein_alekajbaf@yahoo.com

روش تحقیق استفاده شده در این تحقیق از نوع توصیفی - تحلیلی است و ابزار گردآوری داده‌ها و اطلاعات مبتنی بر روش کتابخانه‌ای می‌باشد.

واژگان کلیدی

حق بر سلامت، اسناد بین‌المللی حقوق بشر، حقوق بنیادین بشری

مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر

هرچند که سلامتی و بهداشت فردی مفهومی ذهنی و مبهم داشته باشد، اما عاملی مهم در رفاه و کرامت انسانی است. در این خصوص مسؤولیت معینی برای دولت‌ها در نظر گرفته می‌شود. دولت‌ها نمی‌توانند بهداشتی بهینه را تضمین کنند، اما نهادهایی هستند که مناسب‌ترین در تأمین آن دسته شرایط اساسی محسوب می‌شوند که بهداشت و سلامت فرد به اتکای آن حفظ و احیاناً بهبود پیدا می‌کند (آسیورن ایده و دیگران، ۱۳۸۹، ص ۱۷۳).

در پی تلاش‌های جامعه بین‌المللی در جهت حمایت از حقوق بشر، عوامل تأثیرگذار در تحقق حقوق بشر مورد شناسایی قرار گرفتند. از میان حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی حق به برخورداری از سلامتی یا حق بر سلامتی^۱ یکی از حق‌های بنیادین بشری شناخته شده در نظام بین‌المللی حقوق بشر است. حق بر سلامتی در پیوندی ناگسستنی با حق حیات (نسل اول حقوق بشر) قرار دارد و از سوی دیگر با حق بهداشت و تأمین اجتماعی گره خورده است. علاوه بر این، حق بر محیط زیست سالم که در نسل سوم حقوق بشر قرار دارد نیز از سرچشمه حق بر سلامتی سیراب می‌شود. به این ترتیب حق بر سلامتی را می‌توان حلقه ارتباط نسل‌های مختلف حقوق بشر قلمداد نمود (زمانی، ۱۳۸۵، ص ۳۰). حق بر سلامتی به منزله حقی از حقوق بشر در اسناد ملی و بین‌المللی جایگاه والایی دارد و می‌توان آن را از اصول کلی پذیرفته شده در نظام‌های حقوقی توسعه یافته محسوب نمود.

اولین و کلی‌ترین تجلی حق بر سلامتی در اسناد بین‌المللی، منشور ملل متحد است. با آنکه منشور صراحتاً سخنی از حق بر سلامتی به میان نیاورده است، اما (بند الف) ماده ۵۵ منشور^۲، آن سازمان را ملزم به ارتقای استانداردهای بالاتر

زندگی و یافتن راه حل‌های مسائل بین‌المللی مربوط به سلامتی می‌نماید. دومین انعکاس حق بر سلامتی در اسناد بین‌المللی، اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ است.^۳ در سال ۱۹۴۶ برای نخستین بار حق بر سلامتی در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت^۴ (WHO) مورد شناسایی قرار گرفت. همچنین در مقدمه این اساسنامه آمده است که بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حق‌های بنیادی هر انسانی است و سلامتی ملت‌ها برای دستیابی به صلح و امنیت جنبه بنیادی دارد. به دنبال اساسنامه‌ی سازمان جهانی بهداشت، اعلامیه جهانی حقوق بشر (مصوب ۱۹۴۸) در بند ۱ ماده ۲۵ سلامتی را در زمره‌ی حق بر بهره‌مندی از استانداردهای مناسب زندگی قرار داد.

اما روشن‌ترین و کامل‌ترین بیان از حق بر سلامتی در اسناد بین‌المللی، در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (مصوب ۱۹۶۶) یافت می‌شود. بند ۱ ماده ۱۲ این میثاق با الهام از اساسنامه سازمان بهداشت جهانی مقرر می‌دارد که: "دولت‌های عضو میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامتی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسند". و بند ۲ ماده ۱۲ در ادامه به اقداماتی که باید از سوی دولت‌های عضو در تحقق کامل حق سلامتی اتخاذ شود اشاره می‌نماید. حق سلامتی همچنین در اسناد حقوق بشری دیگر هم جایگاه برجسته‌ای دارد مانند ماده ۵ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی، ماده ۱۲ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان، ماده ۲۳ کنوانسیون حقوق کودک.^۵ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر صراحتاً به حق بر سلامتی اشاره نموده است. در این ماده آمده است: "الف) هر کس حق دارد که سطح زندگی او، سلامتی و رفاه خود و خانواده‌اش را از حیث خوراک و مسکن و مراقبت‌های طبی و خدمات لازم اجتماعی تأمین کند و همچنین حق دارد که در مواقع بیکاری، بیماری، نقص اعضا، بیهوشی، پیری، یا در تمام موارد دیگری که به علل خارج از اراده انسان،

وسایل امرار معاش او از بین رفته باشد از شرایط آبرومندانه زندگی برخوردار شود. ب) مادران و کودکان حق دارند که از کمک و مراقبت مخصوصی بهره‌مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج به دنیا آمده باشند، حق دارند که همه از یک نوع حمایت اجتماعی برخوردار شوند". با تلاش سازمان جهانی بهداشت و سایر نهادهای بین‌المللی، اسناد و معاهدات بین‌المللی دیگری نیز در سطوح ملی و بین‌المللی در خصوص حق بر سلامتی به تصویب رسید. در سال ۲۰۰۰ میلادی کمیته‌ی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۶ به عنوان مرجع صالح برای تفسیر میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر کلی ماده ۱۲ قلمرو تعهدات دولت‌ها را برای ارتقای حق بر سلامتی شرح داده است.

لازم به ذکر است علاوه بر موارد مذکور در همه اسناد حقوق بشری و تمام اعلامیه‌های مربوط به حقوق بین‌المللی بشر که از سال ۱۹۴۸ تا کنون به تصویب سازمان ملل رسیده، به اعلامیه جهانی استناد شده است، این امر دلیل کافی بر پذیرش حق بر سلامتی به عنوان قاعده‌ای از حقوق بین‌المللی عرفی است و رعایت آن در جهت ارتقای حق بر سلامتی برای همه کشورها الزامی می‌باشد.

مفهوم و قلمرو حق بر سلامتی

هرچند که مفهوم حق بر سلامتی در بین عموم مردم ممکن است با مراقبت‌های درمانی و بهداشتی همراه باشد، اما حق بر سلامت مفهوم و گستره‌ای فراتر از این مفهوم می‌تواند داشته باشد و ممکن است شامل سطح وسیعی از عوامل و ابعادی باشد که برای داشتن زندگی سالم، ما را کمک نماید؛ لذا: برای پی بردن به گستره مفهومی، قلمرو و محتوای حق بر سلامتی، لازم است نگاهی به اسناد بین‌المللی مربوط به این حق بیاندازیم. شناسایی جهانی حق بر سلامت به معنای روشن بودن مفهوم و محتوای این حق به‌طور کامل نیست و در واقع تبیین حق بر سلامت

کاری بسیار دشوار و پیچیده است. عوامل مهمی که باعث دشواری ارائه تعریف جامعی از حق بر سلامتی می‌گردد، عبارتند از:

۱. نارسایی تعبیر حق بر سلامتی

سلامتی در معنای لغوی محدود به کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیزم در حالتی فارغ از مریضی یا ناهنجاری اطلاق می‌شود. اما در مقدمه‌ی اساسنامه سازمان بهداشت جهانی از سلامتی چنین تعریف نموده است: «سلامتی عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری اطلاق نمی‌شود» (عباسی، ۱۳۹۰، ص ۳۴۵).

سلامتی مسأله‌ای است که جنبه نسبی دارد. یعنی نسبت به اشخاص و محیط زندگی و نوع فعالیت و کار آنان ممکن است کاملاً متفاوت باشد. بیماری هم ممکن است جنبه موقت یا ناپایدار داشته باشد و یا خود امری طبیعی در برخی شرایط و نسبت به برخی افراد باشد. مثلاً نمی‌توان گفت فردی که به حمله ناگهانی دریازدگی دچار می‌شود سلامتی خود را از دست داده است.^۶ البته می‌توان گفت سلامتی یعنی فقدان بیماری مستمر و عافیت و تندرستی (دهخدا، علی اکبر، ۱۳۷۸). از این روی وقتی سخن از حق بر سلامتی می‌شود نباید آن را به حق بر سالم بودن، مریض بودن، ناتوان شدن و امثال آن تعریف کرد.

با توجه به این مطلب در انتخاب تعبیر درست برای چنین حقی و به کار بردن مناسب‌ترین واژه برای آن، اختلاف نظر وجود دارد. با این که عبارت "حق بر سلامتی" کاربرد وسیع‌تری دارد، تعبیری چون "حق بر مراقبت سلامتی"، "حق بر مراقبت پزشکی" و "حق بر حمایت از سلامتی" هم مورد استفاده قرار می‌گیرد

(Mahoney, K.E. 1993: 481-482).

با توجه به مطالب فوق به نظر می‌رسد تعبیر حق بر سلامتی دارای نارسایی است، علاوه بر این که برداشت متعارف از آن، حق بر مریض نشدن، ناتوان و پیر نشدن و امثال آن نیست، مفهومی بسیار گسترده‌تر از حق بر مراقبت پزشکی و مراقبت سلامتی و حتی حمایت از سلامتی دارد و به همین دلیل کاربردی عمومی‌تر به خصوص در سطح بین‌المللی یافته است. به بیان دیگر، تعبیر حق بر سلامتی، عبارت کوتاه شده‌ای است که محتوی وسیع‌تر از اصطلاحات یاد شده دارد و از این جهت بر آنان ترجیح دارد.

۲. تنوع ابعاد و حوزه‌های مربوط به سلامتی

عامل دیگری که به دشواری تعریف حق بر سلامتی می‌افزاید، وجود ابعاد گوناگون برای سلامتی و حوزه‌های متنوعی است که به سلامتی مرتبط می‌گردند. در اسناد بین‌المللی که مورد اشاره قرار گرفت، عموماً از سلامتی جسمی و روانی و بعضاً از سلامتی معنوی و اجتماعی سخن رفته است. اگر هم توافقی نسبی در مورد سلامتی جسمی وجود داشته باشد، یافتن اجماع و اتفاق نظر بر سر سایر ابعاد سلامتی بسیار دشوار است. اگر به سلامتی روحی یا روانی اشاره کنیم مشخص نیست که منظور از سلامتی روحی یا روانی دقیقاً چیست؟ فردی که از نظر روانی سالم تلقی می‌شود، دارای چه خصوصیتی می‌باشد؟ البته ممکن است که شخص از نظر جسمی فردی قوی و مقاوم در برابر ابتلا به بیماری و توانایی مبارزه با مشکلات جسمی و دیگر ابعاد محیط فیزیکی خود را داشته باشد، اما از نظر وضعیت روحی ناسالم به حساب آید.

باید توجه داشت به این که معیار واحد و روشنی برای تعیین سلامتی روانی وجود ندارد. مثلاً برخی گفته‌اند فرد در صورتی از نظر روانی سالم است که کارکرد و رفتار منطقی خوبی داشته باشد (شفیع‌آبادی، ۱۳۸۳). برخی دیگر معتقدند

فرد سالم به لحاظ روانی کسی است که رفتار او همانند اکثر همگنان خود باشد (اس.ربر، ترجمه: یوسف کریمی، ۱۳۹۰، ص ۵۴۴).

حوزه‌های بسیار متنوعی در تحقق و تداوم این وضعیت و توانایی از یک سو و متأثر ساختن و تهدید آن از سوی دیگر دخیل می‌باشند؛ اولاً؛ این وضعیت انسانی وابسته به پیش شرط‌هایی برای حفظ و تداوم است. محیط زیست سالم، آب سالم آشامیدنی، تغذیه سالم، شرایط سالم کاری و حرفه‌ای، نظافت و بهداشت، با حق‌های بشری دیگری ارتباط پیدا می‌کند: حق حیات، حق بر غذا، مسکن و پوشاک، حق آزادی بیان و دسترسی به اطلاعات، حق بر شغل و حق بر آموزش و پرورش.

ثانیاً؛ سلامتی وضعیتی بسیار شکننده و لرزان است که همواره در معرض تهدید و آسیب می‌باشد. این مسأله خود مستلزم جلوگیری یا کاستن از عوامل تهدیدکننده مثل آلودگی زیست‌محیطی است. از سوی دیگر نیاز به بازگرداندن سلامتی پس از ابتلا به عوامل تهدیدکننده، وجود امکانات و مراقبت‌های پزشکی را ضروری می‌سازد. بنابراین تعریف حق بر سلامتی به گونه‌ای که از حق‌های همجوار و مرتبط متمایز گردد و حوزه‌هایی را که مستقیماً به سلامتی مربوط می‌شود دربر گیرد، مشکل‌تر خواهد بود.

وقتی عبارت حق بر سلامتی به عنوان یک حق بشری مستقل شناخته شده در اسناد حقوقی بین‌المللی موضوع تعریف قرار می‌گیرد، باید توجه کرد که سلامتی موجود در این عبارت را نمی‌توان دقیقاً به همان معنای معمول و متعارف گرفت. یعنی تعاریف فلاسفه، ارکان و مراجع سلامتی عمومی، فرهنگ‌ها و دانش‌نامه‌ها و نظام‌های پزشکی را نمی‌توان معیار یک اصل و قاعده حقوقی دانست که در وضعیت‌های خاص قابل اجرا باشد. این نوع تعاریف کلی و گسترده در حقیقت نشانگر هدفی است که باید تلاش‌ها و منابع دولت‌ها برای تحقق آن به کار گرفته شود و از سوی سیاست‌گذاران به عنوان چراغ راه تلقی گردد. آنچه در علم حقوق

مورد نیاز است، این است که ضوابطی برای مشخص شدن حق بر سلامتی داشته باشیم تا بتوانیم دقیقاً مشخص نماییم که دولت‌ها در قبال ارائه خدمات برای ارتقای حق بر سلامتی چه تکالیف مشخصی دارند و چگونه می‌شود عدم ایفای این تکالیف را به اثبات رساند و مسؤولیتی بر دوش دولت نهاد.

جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر

بسیاری از اسناد بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی حقوق بشری، حق بر سلامتی را به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری به رسمیت شناخته‌اند که مختصراً می‌توان به ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد، ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و نظر کلی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۱ به عنوان ناظر بر اجرای مقررات میثاق در زمینه حق بر سلامتی، فعالیت کمیسیون حقوق بشر و متعاقب آن شورای حقوق بشر و همچنین تلاش‌های سازمان بهداشت جهانی در تبیین حق بر سلامتی اشاره نمود.

الف) ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد (۱۹۴۵ میلادی)

در ماده ۵۵ منشور سازمان به‌طور ضمنی به مسأله حق بر سلامتی اشاره شده است. در این ماده سازمان ملل را موظف به ارتقای استانداردهای بالاتر زندگی و پیدا نمودن راهکارهای مناسب در جهت ارتقای این حق نموده است.

ب) ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر

در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر^۲، از حق بر سلامتی صریحاً اشاره‌ای نشده است. اما نکات مهمی درخصوص این حق در این ماده وجود دارد که شایسته تأمل است. این ماده مقرر می‌دارد: "۱. هرکس حق دارد که سطح زندگی او،

سلامتی و رفاه خود و خانواده‌اش را از حیث خوراک و مسکن و مراقبت‌های طبی و خدمات لازم اجتماعی تأمین کند و همچنین حق دارد که در مواقع بیکاری، بیماری، نقص اعضا، بیوه‌گی، پیری یا در تمام موارد دیگری که به علل خارج از اراده انسان، وسایل امرار معاش او از بین رفته باشد، از شرایط آبرومندانه زندگی برخوردار شود. ۲. مادران و کودکان حق دارند که از کمک دولت و مراقبت مخصوصی بهره‌مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج به دنیا آمده باشند، حق دارند که همه از یک نوع حمایت اجتماعی برخوردار شوند. این ماده را بیشتر می‌توان حاوی "حق بر سطح آبرومند زندگی" که شامل شرایطی که برای سلامتی فرد کافی باشد، دانست و نه دقیقاً منعکس‌کننده حق بر سلامتی.

در بند ۱ این ماده دو حق به هم مرتبط ذکر شده است: حق برخورداری از استانداردی از زندگی که در آن نیازهای اساسی فرد و خانواده‌اش به‌طور کامل برآورده شود. این نیازهای اساسی شامل سلامتی و رفاه می‌شود و چنانچه فردی در وضعیت مطلوب سلامتی و رفاه باشد، حق فوق تأمین شده است. سلامتی معیار تحقق حق بر حداقلی از استاندارد زندگی است. در این بند ابزار دستیابی به این حق ذکر نشده است. معنای حق بر استانداردی کافی از زندگی این نیست که همه آنچه لازمه زندگی اوست مستقیماً به وی داده شود. کرامت و استقلال فرد که مبنای کلی نظام حقوق بشر اقتضا می‌کند دست نیاز به سوی دیگران از جمله دولت دراز نکند.

به تعبیر دیگر، خود فرد باید با تلاش و منابع خود نیازهای اساسی خود را تأمین کند. اما تأمین این نیازها توسط خود فرد مستلزم نظامی اقتصادی و اجتماعی است که در آن تلاش فردی به چنین نتیجه‌ای بینجامد. وظیفه دولت در این میان، حراست و حفاظت از چنین حقی با برقراری چنین نظامی است نه تبدیل شدن به صندوق خیریه گداپرور. تعهد دولت در درجه اول تعهد به احترام و حمایت است

نه تعهد به ایفا. بنابر این تابع فعال حق بر استاندارد کافی از زندگی در حالت عادی و معمول، خود فرد است. به این معنا که فعالیت‌های اقتصادی برای تأمین معاش با تلاش خود وی آغاز می‌شود (Eide and others, 1995:63).

حق دوم که در بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی به آن تصریح شده است، حق بر تأمین خدمات اجتماعی در صورت فقدان سلامتی، بیکاری، نقص عضو و سایر موارد خارج از اراده فرد است. در این مواقع شخص به‌طور موقت یا دائم قادر نیست حق اول را با تلاش خود تأمین کند. حق دوم در حالتی غیرعادی به شخص تعلق می‌گیرد و مستلزم دسترسی مستقیم به شبکه‌ای از خدمات اجتماعی است. یعنی چنانچه شخصی فاقد سلامتی باشد یا در سایر وضعیت‌هایی باشد که نتواند نیازهای اساسی خود و خانواده‌اش و از جمله خدمات پزشکی را تأمین کند، حق مطالبه آنها را دارد و دولت متعهد است این حق را تأمین کند.

ج) ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی صراحتاً در زمینه حق بر سلامتی در نظام بین‌الملل حقوق بشر اشاره نموده است. در این ماده چنین آمده است:

"۱. دولت‌های عضو میثاق حق هرکس را به تمتع از بهترین حال سلامتی و روحی ممکن‌الاحصول به رسمیت می‌شناسند.

۲. تدابیری که کشورهای طرف این میثاق برای تأمین استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد، شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود:

الف) تقلیل میزان مرده متولد شدن کودکان، مرگ و میر کودکان و 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 مبارزه علیه این بیماری‌ها.
 د) ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلا به بیماری."
 در بند ۱ این ماده به حق بر سلامتی پرداخته شده و بند ۲ آن نیز اقدامات ضروری برای نیل به این حق می‌باشد.

د) کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^{۱۰}

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ۱۱ مه ۲۰۰۰ تفسیر عمومی شماره ۱۴ را در زمینه حق بر بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی صادر نمود. هدف نظر کلی کمیته ارائه کمک و مساعدت به کشورهای عضو میثاق و اجرای آن و ایفای تعهدات، و گزارش‌دهی آنها دانسته شده است. تفسیر عمومی کمیته از چند نکته مقدماتی و پنج بخش تشکیل شده است. نکات مقدماتی نظر کمیته را می‌توان چنین خلاصه کرد: (متیوسی، ۱۳۸۷، صص ۵۵۰-۵۵۱)

۱. حق بر سلامتی، حق بشری بنیادی است و برای اعمال حق‌های بشری دیگر ضروری و اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. هر انسانی حق دارد از بالاترین سطح قابل وصول سلامتی منجر به زندگی توأم با کرامت برخوردار شود.
۲. حق بر سلامتی جایگاه ویژه‌ای در اسناد متعدد بین‌المللی دارد.
۳. حق بر سلامتی پیوند نزدیکی و تنگاتنگی با سایر حق‌های بشری مندرج در منشور حقوق بشر دارد و به تحقق آنها وابسته است. این حق‌های مرتبط با سلامتی شامل موارد ذیل است: حق بر غذا، مسکن، شغل، آموزش و پرورش، کرامت انسانی، حیات، عدم تبعیض، برابری، ممنوعیت شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی

به اطلاعات و آزادی تشکل، اجتماعات و جابجایی. این حق‌ها و سایر حق‌ها و آزادی‌ها به اجزای لاینفک حق بر سلامتی می‌پردازد.

۴. حق بر سلامتی محدود به حق بر مراقبت سلامتی نیست و عبارات صریح ماده ۱۲ میثاق حاکی از آن است که این حق دربر گیرنده طیف وسیعی از اعمال اجتماعی - اقتصادی است که شرایطی را گسترش می‌دهند تا در آن مردم بتوانند زندگی سالمی داشته باشند. حق بر سلامتی دارای مؤلفه‌های اصلی نظیر غذا، تغذیه، مسکن، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و قابل شرب، بهداشت و نظافت، شرایط امن و سالم شغلی، و محیط زیست سالم است.

پنج بخش متن اصلی نظر کمیته عبارتند از:

۱. محتوی هنجاری ماده ۱۲ میثاق (بندهای ۲۹-۷)،

۲. تعهدات دولت‌های عضو (بندهای ۴۵-۳۰)

۳. نقض تعهدات ماده ۱۲ (بندهای ۵۲-۴۶)

۴. اجرای حق بر سلامتی در سطح ملی (بندهای ۶۲-۵۳)

۵. تعهدات بازیگران دیگر غیر از دولت‌های عضو (بندهای ۶۵-۶۳)

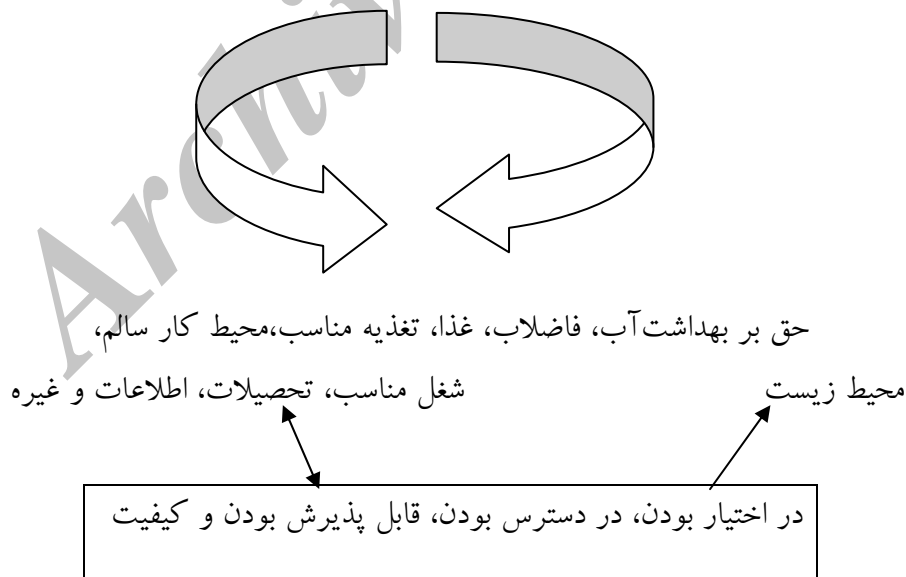
از دیدگاه کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی، حق بر سلامتی دارای دو عنصر کلی آزادی‌ها و استحقاق‌ها است. به بیان دیگر، حق بر سلامتی حقی متشکل از دو بعد کلی سلبی و ایجابی است.

این آزادی‌ها شامل: حق شخص بر کنترل سلامتی و جسم خود و تولید مثل و حق آزادی از مداخله مانند حق آزادی از شکنجه، درمان و آزمایش پزشکی بدون رضایت می‌شود. اما استحقاق‌هایی که حق بر سلامتی به افراد می‌دهد در استحقاق کلی آنان نسبت به نظامی از حمایت از سلامتی جای می‌گیرد، که برابری فرصت‌ها برای بهره‌مند شدن از بالاترین استاندارد سلامتی را تأمین کند. منظور از بالاترین استاندارد سلامتی بالاترین سطح از سلامتی مستلزم پیش‌شرط‌های

بیولوژیکی و اجتماعی - اقتصادی و منبعی است که هر کشوری در اختیار دارد. کمیته معتقد است که ابعادی وجود دارد که نمی‌توان صرفاً از دریچه رابطه دولت‌ها و افراد مورد توجه قرار داد. به‌طور خاص دولت نمی‌تواند سلامتی کامل را تضمین کند و در برابر هر علت محتمل فقدان سلامتی، حمایت ارائه دهد. کمیته با این تحلیل به عبارتی کلیدی در نظر خود می‌رسد: "حق بر سلامتی را باید حق بهره‌مندی از تسهیلات کالاها، خدمات، و شرایط متنوع ضروری برای تحقق بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی دانست."

به نظر کمیته، چهار عنصر ضروری برای حق بر سلامتی که در تمام اشکال و سطوح آن جریان دارد، انجام می‌دهد این چهار عنصر عبارتند از: در اختیار بودن^{۱۱}، در دسترس بودن^{۱۲}، قابل پذیرش بودن^{۱۳} و کیفیت^{۱۴} (J.M. Mann et al, 1994).

حق بر سلامت



در اختیار بودن به این معناست که تسهیلات کالاها و خدمات مزبور باید به مقدار و کیفیت کافی در داخل کشور عضو مهیا و آماده باشد. البته نوع دقیق این امکانات برحسب عوامل متعدد از جمله توسعه اقتصادی دولت عضو تفاوت خواهد داشت. با این همه این امکانات باید شامل عوامل اصلی مؤثر در سلامتی نظیر آب آشامیدنی سالم و مطمئن، تسهیلات کافی نظافت، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و سایر اماکن مربوط به سلامتی، پرسنل آموزش دیده پزشکی و حرفه‌ای که درآمد رقابتی داخلی دارند، گردد.

قابل دسترس بودن به این معنا می‌باشد که تسهیلات کالاها و خدمات مربوط به سلامتی باید در دسترس همگان به‌ویژه آسیب‌پذیرترین یا به حاشیه رانده شده‌ترین بخش‌های جمعیت و بدون هیچ تبعیضی مبتنی بر دلایل نژادی و غیره قرار گیرد. در دسترس بودن، خود ابعاد چهارگانه دارد: عدم تبعیض، قابل دسترس بودن فیزیکی، قابل دسترس بودن اقتصادی (که مردم بتوانند از عهده پرداخت هزینه‌های آنها برآیند) و قابل دسترس بودن اطلاعات مربوط به سلامتی (کریون، متیوسی.آر، ترجمه: حبیبی مجنده، صص ۵۵۰-۵۷۰).

قابل پذیرش بودن هم به معنای آن است که تمام تسهیلات کالا و خدمات سلامتی باید با مراعات اخلاق پزشکی و در نظر گرفتن فرهنگ افراد، اقلیت‌ها، ملت‌ها و جوامع و ملاحظه مقتضیات جنسی و چرخه حیات و البته با احترام به اصول رازداری در اختیار نهاده شود. و بالأخره، کیفیت این امکانات هم بسیار با اهمیت است. طیف متنوع امکانات باید از نظر علمی و پزشکی نیز مناسب و دارای کیفیت خوبی باشد. این امر از جمله مستلزم پرسنل کارآموده پزشکی، داروهای تأیید شده علمی و دارای تاریخ مصرف معتبر است. همچنین تجهیزات بیمارستانی، آب آشامیدنی سالم و نظافت و غیره نیز باید کیفیتی مورد تأیید داشته باشند (همان).

د) گزارش‌های مخبر ویژه کمیسیون حقوق بشر

کمیسیون حقوق بشر^{۱۵} که تا سال ۲۰۰۶ میلادی به عنوان مهمترین رکن سازمان ملل متحد در توسعه نظام حقوق بشر محسوب می‌گردید، فعالیت خود را بر حقوق مدنی و سیاسی متمرکز ساخته بود، می‌توان ادعا کرد که تقریباً هیچ فعالیتی در خصوص حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به خصوص در مورد حق بر سلامتی ننمود. این کمیسیون ظاهراً این امر مهم را به سازمان بهداشت جهانی واگذار کرده بود. تنها موردی را که کمیسیون به‌طور جدی پیگیری نمود در سال ۲۰۰۲ میلادی در زمینه دسترسی به داروها و حقوق بشر اشخاص دارای ناتوانی‌های جسمی طی قطعنامه به شماره ۲۰۰۲/۳۱^{۱۶} اقدام به تعیین مخبر ویژه‌ای برای تهیه گزارش از حق همگان به بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل وصول سلامتی جسمی و روانی بود.

در قطعنامه فوق وظایف ذیل برای مخبر ویژه مشخص شده بود که عبارتند از:
الف) گردآوری، درخواست دریافت اطلاعات مربوط به حق سلامتی از تمام منابع ذی‌ربط؛

ب) گفتگو و بحث با تمام بازیگران ذی‌ربط در زمینه حوزه‌های عملیات؛
ج) گزارش وضعیت حق بر سلامتی در سراسر جهان از جمله قوانین، خط‌مشی‌ها، رویه‌های خوب و موانع مربوط به این حق؛
د) ارائه توصیه‌هایی در زمینه اقدامات مقتضی مؤثر در پیشبرد و حمایت از حق بر سلامتی^{۱۷}.

در ۲۸ سپتامبر ۲۰۱۱ نیز قطعنامه شماره A/HRC/RES/18/1 در شورای حقوق بشر سازمان ملل متحد راجع به حق بر آشامیدن آب سالم به عنوان یکی از مؤلفه‌های حق استاندارد مناسب زندگی تصویب گردید.^{۱۸}

۵) سازمان بهداشت جهانی و راهبرد جهانی سلامتی برای همه

سازمان بهداشت جهانی که در سال ۱۹۴۸ به عنوان اولین آژانس تخصصی ملل متحد تأسیس گردید (غفوری، ۱۳۸۹، ص ۲۶۵) نقشی کلیدی در تهیه و پیش‌نویس مقررات مربوط به حق سلامتی و به‌ویژه ماده ۱۲ میثاق داشته است. با این‌که این سازمان در زمره نهادهای حقوق بشری محسوب نمی‌شود، اما فعالیت‌ها و بیانیه‌های آن در استخراج عناصر سازنده حق بر سلامتی بسیار مؤثر می‌باشد.

در مقدمه اساسنامه این سازمان بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حق‌های بنیادی هر انسانی شناخته شده است.^{۱۹} نقطه تمرکز این راهبرد، مراقبت اولیه سلامتی است که به دستیابی همه ملت‌ها به بالاترین سطح ممکن از سلامتی متناسب با منابع در اختیار یک کشور، تعریف شده است. برنامه مراقبت اولیه سلامتی، شامل موارد ذیل می‌شود: آموزش درخصوص مسائل و مشکلات رایج مربوط به سلامتی و شیوه‌های پیشگیری و کنترل آنها، گسترش عرضه و تأمین مطمئن و کافی غذا و تغذیه صحیح، عرضه کافی آب سالم و نظافت اولیه، مراقبت از سلامتی مادران و کودکان از جمله خانواده، ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های مسری مهم، پیشگیری و کنترل بیماری‌های رایج محلی، درمان درست و مناسب بیماری‌ها و جراحات شایع و تأمین داروهای اساسی. (J.M. Mann et al. 1994:6-23)

راهبرد سازمان بهداشت جهانی چند خط‌مشی بنیادی را به عنوان مبنای خود شناسایی می‌کند که در میان آنها توزیع منصفانه منابع سلامتی میان کشورها، هماهنگ کردن توسعه سلامتی با توسعه اقتصادی و استفاده کامل‌تر و بهتر از منابع جهان برای ارتقای سلامتی و توسعه، اهمیت خاصی دارد (Eight General Programs of work, 1987, p:24).

در ماه می ۲۰۱۱ سازمان بهداشت جهانی قطعنامه‌ای را که به اتفاق آرا به تصویب اعضا نیز رسید، مقرر نمود: هر کس حق دارد بدون هیچ گونه تبعیضی از آب آشامیدنی سالم، قابل دسترس و مقرون به صرفه بهره‌مند گردد.^{۲۰}

(و) سایر اسناد بین‌المللی

علاوه بر اسناد فوق‌الذکر می‌توان به اسناد بین‌المللی متعدد دیگری که حق بر سلامت را به نوعی به رسمیت شناخته‌اند اشاره نمود. لذا برای اجتناب از اطاله بیشتر کلام به ذکر اسامی برخی از اسناد بین‌المللی قابل ملاحظه دیگر در زمینه حق بر سلامت به شرح ذیل اکتفا می‌گردد:

ماده ۵ (بند ه) کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی مصوب ۱۹۶۵ میلادی که دولت‌های عضو را متعهد می‌سازد تا حق هر فردی را نسبت به سلامتی عمومی، مراقبت پزشکی و خدمات تأمین اجتماعی را تضمین نمایند. همچنین مواد ۱۱(۱)(و)، ۱۲، ۱۴(۲)(ب) کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان (مصوب ۱۹۷۹) دولت‌های عضو را مکلف به تضمین دسترسی یکسان زنان و مردان به خدمات مراقبت سلامتی نموده است. ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹) حق کودک برای برخورداری از بالاترین استاندارد قابل حصول بهداشت را مطرح می‌کند. این ماده، حق کودک برای سالم بودن را ارائه نمی‌کند بلکه تعهدات کشورهای عضو برای اتخاذ اقداماتی را مطرح می‌کند که در صورت اجرا، با درنظر گرفتن ژنتیک و دیگر زمینه‌های بیولوژیکی کودک و خطراتی که بچه‌ها در معرض آن‌ها هستند، بالاترین استاندارد قابل حصول بهداشت را تضمین می‌نماید (Cook, 1993:73-86).

مضافاً، مواد ۲۸، ۴۳ (بند د) و ۴۵ (بند پ) کنوانسیون بین‌الملل راجع به حمایت از حقوق کارگران مهاجر و اعضای خانواده آنها و ماده ۲۵ کنوانسیون

۲۰۰۶ راجع به حقوق اشخاص معلول به نوعی به موضوع حق بر سلامتی اختصاص یافته است.

جایگاه حق بر سلامت در اسناد منطقه‌ای حقوق بشری

حق بر سلامت در چندین اسناد منطقه‌ای حقوق بشری پیش‌بینی شده است که عبارتند از:

کنوانسیون اروپایی جهت ارتقای حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین (۱۹۵۰)، ماده ۱۱ منشور اجتماعی اروپا مصوب ۱۹۶۱ (اصلاحی سال ۱۹۹۶)، ماده ۱۰ کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر (۱۹۶۹) و پروتکل الحاقی کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر در حوزه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۸۸ میلادی و ماده ۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر مصوب ۱۹۸۱ به رسمیت شناخته شده است.

علاوه بر اسناد فوق، حق بر سلامت در بسیاری از قوانین اساسی کشورها پیش‌بینی شده است. مثلاً در اصول بیست و نهم و بند ۱ اصل چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به موضوعات تأمین و بهداشت پرداخته است.

تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی

حق بر سلامتی علاوه بر ارتباط با حوزه‌های گوناگون، حقی جهان‌شمول نیز محسوب می‌گردد. هر انسانی در هر جای دنیا از چنین حقی برخوردار است. حق بر سلامتی مختص شهروندان یک کشور نیست. در اعلامیه جهانی حقوق بشر از "حق هرکس" نسبت به استنادردی از زندگی سخن می‌گوید که برای سلامتی و رفاه او و خانواده‌اش کفایت کند. میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز از "شناسایی حق همگان" به بهره‌مندی از بالاترین سطح از سلامتی جسمی و روانی توسط دولت‌های عضو یاد می‌کند.

لازم به توضیح است که حق بر سلامتی حقی نیست که صرفاً جنبه قراردادی و معاهده‌ای داشته باشد و فقط کشورهای عضو میثاق یا سایر معاهداتی که این حق در آنها شناسایی شده است، ملزم به تأمین آن باشند، بلکه حق بر سلامتی حقی مسلم در نظام بین‌المللی حقوق بشر و از حق‌های بنیادی بشری است که همه کشورها در قبال تأمین آن متعهد هستند. سؤالی که ممکن است مطرح گردد این است که تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی شامل چه تعهداتی می‌شود؟ و ماهیت این تعهدات چیست؟

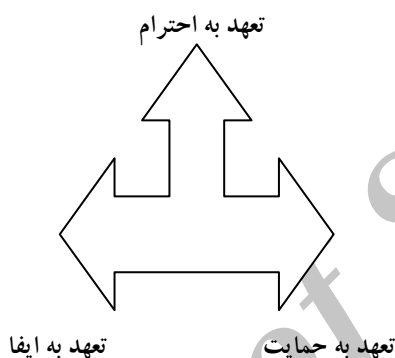
ماهیت کلی تعهدات ناشی از میثاق

میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، معاهده‌ای بین‌المللی است و همچون سایر معاهدات بین‌المللی که طرف‌های آن به اجرای توأم با حسن نیت مفاد آن متعهد می‌باشند (ضیائی بیگدلی، ۱۳۸۵، ص ۱۱۵).

فهم ماهیت تعهد دولت‌ها براساس میثاق شامل سه دایره می‌شود. دایره اول: فضای زیست میثاق است که همان حقوق بین‌الملل است. در این فضای کلی هر دولتی که به معاهده‌ای می‌پیوندد و خود را به کل مفاد آن ملتزم می‌سازد، براساس اصول حقوق بین‌الملل عام، متعهد است مندرجات آن را نیز به مرحله اجرا بگذارد و نمی‌تواند برای فرار از اجرای معاهده به قوانین داخلی خود استناد کند (پیشین، ص ۱۲۰).

شایان ذکر است که میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مانند سایر اسناد حقوق بشری به خصوص میثاق حقوق مدنی و سیاسی که تعهداتی سخت بر دولت‌های عضو تحمیل می‌کند ظاهر می‌سازد.

در این نگرش، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مشمول همان الگوی سه ضلعی تحلیل ماهیت تعهد کشورها در خصوص حقوق بشر است. این الگوی سه ضلعی عبارتند از: تعهد به احترام، تعهد به حمایت، و تعهد به ایفا.



ابعاد تعهدات دولت‌ها

تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی همانند هر حق بشری دیگر دارای سه بعد است: تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به ایفا (Eide, Asbyorn, 2001, p:79). کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر کلی شماره ۱۴ خود، با استفاده از این الگوی سه بعدی رایج، به تبیین تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی می‌پردازد.^{۲۱}

۱- تعهد به احترام^{۲۲}

این بعد از تعهدات دولت‌ها، در حقیقت بعد سلبی تعهدات حقوق بشری بوده و شامل دسته‌ای از خودداری‌ها و احترازها می‌باشد. به تعبیری دیگر، 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 (toebes, 1999:661). 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، پناه‌جویان، اقلیت‌ها و مهاجران قانونی، طبعاً به معنای تعمیم خدمات سلامتی به آنان است که نیازمند هزینه است. 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 بازاررسانی داروهای ناسالم و از به کارگیری مداوای پزشکی اجباری مگر به صورت استثنایی برای درمان بیماری روانی یا پیشگیری و کنترل بیماری‌های مسری. تعهد به خودداری از محدود کردن دسترسی به داروهای ضد آبتستی 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 غیرقانونی هوا، آب، و خاک، مثلاً به واسطه ضایعات و زباله‌های صنعتی مراکز و تأسیسات تحت مالکیت دولت. 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 بشردوستانه.^{۲۳}

۲- تعهد به حمایت^{۲۴}

تعهد به حمایت از حقوق فرد در برابر تجاوز طرف‌های ثالث بیان می‌شود. این بعد متضمن اجتناب از نقض حق و مانع شدن دیگران از نقض آن است. در این زمینه نیز کمیته به ذکر نمونه‌هایی برای تعهد به حمایت از حق بر سلامتی می‌پردازد. تکالیف دولت‌ها به تصویب قوانین یا اتخاذ سایر اقدامات در جهت تضمین دسترسی برابر به مراقبت از سلامتی و خدمات مرتبط با سلامتی که طرف‌های ثالث عرضه می‌کنند. تضمین اینکه خصوصی‌سازی بخش سلامت متضمن تهدیدی برای در اختیار بودن، در دسترس بودن، مقبول بودن، و کیفیت تسهیلات کالاها و خدمات سلامتی نباشد. تعهد به کنترل بازاررسانی تجهیزات پزشکی و داروها توسط اشخاص ثالث، اطمینان از اینکه شاغلان در بخش پزشکی و سایر افراد حرفه‌ای در بخش سلامت، حائز معیارهای مناسب تحصیلی، مهارتی، و موازین اخلاقی و رفتاری باشند. وظیفه دولت‌ها به تضمین اینکه رویه‌های اجتماعی یا سنتی زیان بار مانعی برای دسترسی به مراقبت پیش و پس از زایمان و تنظیم خانواده نباشند.

۳- تعهد به ایفا و اجرا^{۲۵}

تعهد به ایفا برای تحقق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جنبه محوری دارد. از این رو تعهد دولت‌ها برای ایفای حق بر سلامتی به معنای انجام اقداماتی ضروری برای برآورده ساختن نیازهای افراد در خصوص سلامتی می‌باشد. به عبارتی دیگر، دولت‌ها موظفند زمینه برخورداری و امکانات لازم برای بهره‌مندی از حق بر سلامتی را تأمین کنند. حق بر سلامتی به معنای حق دریافت مستقیم و بدون هزینه امکانات سلامتی نیست. اما این حق، وابسته به وجود شرایط و تسهیلات کافی در امر مراقبت و سلامتی است. و بدون آنها تلاش افراد در نیل به بالاترین سطح

ممکن از سلامتی، ثمری نخواهد داشت. علاوه بر این افرادی وجود دارند که به عللی خارج از اراده خود توان تأمین نیازهای سلامتی خود و خانواده خویش را ندارند. در نظر کلی شماره ۱۴ کمیته تعهد به ایفا را در دو بند مورد بررسی قرار می‌دهد. در بند ۳۶ مواردی از اقدامات زمینه‌ساز بهره‌مندی از حق بر سلامتی بیان شده و در بند ۳۷ تعهد به ایفا از ابعاد تسهیل، تأمین، و ترویج مورد توجه قرار گرفته است. ذکر این موارد و مصادیق از تعهدات دولت‌ها، دست کم به جهت شناخت گستردگی و تنوع آنها لازم می‌باشد. شاید تمام این اقدامات را بتوان تحت عنوان "خط مشی ملی سلامتی"، یا "طرح جامع و تفصیلی برای تحقق حق بر سلامتی" جای داد. شناسایی کافی حق بر سلامتی در نظام‌های سیاسی و حقوقی داخلی عامل کلیدی در ایفای تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی است. دولت‌های عضو میثاق همچنین متعهد هستند به‌طور مستقیم و در موارد غیرعادی و هنگامی که افراد یا گروهی به دلایل خارج از کنترل خود قادر نیستند با ابزاری که در اختیار دارند، خود به تحقق حق مندرج در میثاق اقدام کنند، آنها را یاری کنند. این بعد از تعهدات دولت‌ها بسیار حائز اهمیت است.

این بعد در وهله اول به معنای تأمین مانع مادی برای دارنده حق است. این منابع ممکن است مستقیماً توسط دولت در اختیار یکایک دارندگان حق قرار گیرد یا به‌طور غیرمستقیم و مثلاً از طریق یارانه به مراکز ذی‌ربط به جهت ارائه خدمات ارزان قیمت به ذی‌نفع نهایی حق برسد. هدف از چنین تعهداتی، بهبود وضعیت دارنده حق می‌باشد.

قلمرو تعهد دولت‌ها

گام نهایی در تبیین تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی، تعیین حدود و قلمرو این تعهدات است. 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 مسأله اساسی در زمینه قلمرو تعهدات در قبال حق بر سلامتی وجود دارد. مسأله اول به قلمرو مادی تعهدات و مسأله دوم به قلمرو موضوعی آنها مربوط می‌شود. تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی به مانند تعهدات آنان در برابر سایر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، محدود به منابع و امکاناتی است که در اختیار دارند. اما در مورد قلمرو موضوعی سؤالاتی از قبیل سؤالات زیر مطرح می‌گردد:

آیا تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی به افراد تحت صلاحیت آنها واقع در درون قلمرو سرزمین آنها 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 براساس آنها می‌توان وجود تعهد کلی حقوق دولت‌ها را به رعایت حق بر سلامتی انسان‌ها استنباط کرد. این تعهد کلی شامل چند تعهد مشخص‌تر است: تعهد به مساعدت و همکاری بین‌المللی، تعهد به احترام و تعهد به شناسایی.

الف) تعهد به مساعدت و همکاری

بند ۳ ماده ۱ منشور: "حصول همکاری بین‌المللی در حل مسائل بین‌المللی که دارای جنبه‌های اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی یا بشردوستی 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 ارتقای "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 "راه حل‌های 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 باز لحن اعلامیه جهانی و نیز میثاق، حاکی از وجود تعهد در قبال "هر انسانی" است. به‌علاوه مطابق بند ۱ ماده ۲ میثاق: "هریک 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، به خوبی نشانگر آن است که حق بر سلامتی نیازمند همکاری و مساعدت جمعی کشورها است. کمیته در نظر کلی شماره ۳ حد اکثر منابع موجود در اختیار دولت عضو را شامل منابع موجود در داخل کشور و منابع قابل دسترس در جامعه بین‌المللی از طریق همکاری و مساعدت بین‌المللی می‌داند (نظر کمیته بند ۱۳).^{۲۶}

ب) تعهد به احترام

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 نمی‌تواند اجازه دهد فعالیت‌هایی در سرزمین آن دولت انجام پذیرد که آثار زیان‌باری از جمله بر محیط زیست دولت دیگر به بار آورد. 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 محدودکننده 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.

ج) تعهد به شناسایی

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 دولت‌هاست. 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 درصدد مسدود کردن روزه‌های انعطاف‌پذیری در موافقتنامه تریپس هستند. و این امر آثار نامطلوبی بر حق بر سلامتی بر جای می‌نهد.

مسئولیت بخش خصوصی و نهادهای غیر دولتی در قبال حق بر سلامتی

حمایت و رعایت حقوق بشر به‌طور عام و حق بر سلامتی به‌طور اخص از وظایف دولت‌ها، اعم از دولت‌های عضو سازمان ملل و غیرعضو محسوب می‌شود و

دولت‌ها مکلف به وضع قانون یا سایر اقدامات مقتضی جهت دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند. در کنار دولت‌ها، آژانس‌های تخصصی سازمان ملل و بخش‌های خصوصی و سایرین مانند گزارشگران ویژه، متخصصان سلامتی در ارتقای حق بر سلامت دارای مسئولیت می‌باشند.^{۲۷}

تجار و بخش خصوصی به عنوان تأثیرگذاران بر تحقق و ارتقای حق بر سلامت محسوب می‌گردند. شرکت‌های تجاری محصولات دارویی و تجهیزات پزشکی، به نوعی به‌طور خصوصی اجرای حق بر سلامت را برعهده دارند. اما ممکن است به دلیل عدم دسترسی و مواجه شدن با مشکلات از قبیل عدم کنترل قیمت داروها به خصوص در مورد داروهای خاصی از قبیل داروهای ایدز، سرطان و غیره قادر به ارتقای حق بر سلامت نباشند. همچنین کارخانه‌ها و شرکت‌های خصوصی نیز ممکن است به‌طور غیرمستقیم، از طریق آلوده نمودن آب و هوا، محیط زیست حق بر سلامت را نقض نمایند.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تأکید دارد بر این که دولت‌ها باید حمایت خود را با اقداماتی در خصوص مقابله و جلوگیری از آلودگی‌هایی که کارخانجات و شرکت‌های خصوصی ایجاد می‌نمایند به عمل آورند. تجار و شرکت‌های خصوصی نیز دارای برخی مسئولیت‌هایی در قبال نقض حقوق بشر هستند. هرچند این مسئولیت در مقایسه با مسئولیت‌های دولت‌ها در قبال نقض حقوق بشر اندک می‌باشد.

در حال حاضر با توجه به پیشرفت نقش بازرگانان در ارائه خدمات پزشکی و فراهم نمودن شرائط برای دستیابی به دارو به خصوص داروهای برای درمان و پیشگیری از بیماری‌های خاص مانند ایدز، کمیسیون و متعاقب آن شورای حقوق بشر به نقش شرکت‌های خصوصی توجه خاصی داشته است.

نتیجه

سلامت فردی، به عنوان یکی از مهمترین مؤلفه‌های کرامت انسانی محسوب می‌شود. از این روی حق بر سلامتی به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. تعداد قابل توجهی از اسناد بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی حقوق بشری، حق بر سلامتی را به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری به رسمیت شناخته‌اند. اما متأسفانه تاکنون در مورد مفهوم حق بر سلامتی در این اسناد به‌طور وضوح تعریفی ارائه نگردیده است.

از آن جایی که بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حق‌های بنیادی هر انسانی شناخته شده است و تأکید گردیده است که سلامتی ملت‌ها، جهت دستیابی به صلح و امنیت، اهمیت بنیادی دارد؛ لذا دولت‌ها در قبال ارتقای حق بر سلامتی تعهداتی برعهده دارند که این تعهدات نظیر هر حق بشری، دارای سه بعد است: تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به ایفا.

شایان ذکر است که حق بر سلامتی حقی جهان‌شمول محسوب می‌گردد و وظیفه تمام دولت‌هاست که جهت ارتقای این حق چه درخصوص شهروندان و غیر شهروندان خود گام بردارند.

پی‌نوشت‌ها

1. The rights to health

۲. منشور سازمان ملل متحد، ماده ۵۵

۳. اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، ر. ک:

<http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=12961&newsview=3784> Visited 1391/08/11

4. World Health Organization

5. http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%AD%D9%82_%D8%A8%D8%B1_%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA%DB%8C Visited 1391/04/15

6. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "The right to the highest attainable standard of health" E/c.12/2000/4 (General Comment No. 14.2000)

7. The International Bank for Reconstruction and Development, World Development Report 1993: Investing in Health (NY: Oxford University Press), 1993.

8. COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, General Comment No. 14, *The Right to the Highest attainable Standard of Health*, (2000), E/C.12/2000/4.

<http://www.un.org/en/documents/index.shtml>
Visited 1391/02/05.

۹. اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۲۵.

10. The Right to the Highest attainable Standard of Health, General Comment No. 14

11. availability

12. accessibility

13. acceptability

14. quality

۱۵. به موجب قطعنامه ۶۰/۲۵۱ مورخه ۱۵ مارس ۲۰۰۶ مجمع عمومی سازمان ملل متحد به ماموریت کمیسیون حقوق بشر خاتمه داده و به جای آن شورای حقوق بشر را تاسیس نمود.

16. HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS UNITED NATION, *The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, Commission on Human Rights resolution 2002/31.

<http://www.un.org/en/documents/index.shtml> Visited 1391/06/18.

17. HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS UNITED NATION, *The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, Commission on Human Rights, Fifty-ninth session, E/CN.4/2003/5. <http://www.un.org/en/documents/index.shtml>. Visited on 1391/05/28.

18. WWW.un.org/waterforlifedecade/human_right_to_water.shtml. visited on: 20/10/1391
۱۹. اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، همان.
20. www.iatp.org/files/CallToAction_WWF_final.pdf. visited on: 20/08/1391.
21. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/index.html>
22. Obligation to Respect
23. The right to the highest attainable standard of health, General Comment No. 14, Ibid.
24. Obligation to Protect
25. Obligation to Fulfill
26. The nature of States parties obligations, General Comment No. 3, op. cit, para. 13.
27. E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

- آرتور اس. ربر. (۱۳۹۰). فرهنگ روان شناسی؛ ترجمه: یوسف کریمی، تهران: انتشارات رشد.
- آسیبورن ایده و دیگران. (۱۳۸۹). حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، ترجمه: اردشیر امیر ارجمند، تهران، انتشارات مجد، ص ۱۷۳.
- دهخدا؛ علی اکبر. فرهنگ دهخدا، جلد ۸، انتشارات دانشگاه تهران، صص ۱۲۰۹۰-۱۲۰۸۹.
- زمانی؛ سید قاسم. (۱۳۸۵). شبیه سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین الملل بشر. پژوهش حقوق و سیاست، ش. شماره ۱۹، ص ۳۰.
- ضیائی بیگدلی، محمدرضا. (۱۳۸۵). حقوق معاهدات؛ انتشارات کتابخانه ی گنج دانش.
- عباسی، بیژن. (۱۳۹۰). حقوق بشر و آزادی های بنیادین، تهران، نشر دادگستر، ص ۳۴۵.
- کریون، متیوسی. آر. (۱۳۸۸). چشم اندازی به توسعه میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی؛ ترجمه: محمد حبیبی مجنده، انتشارات دانشگاه مفید.

B) English references

- Eide, Absyorn and others, Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights, Published by Kluwer, 1995.
- Eight General Programs of work, 1987
- Mahoney, K.E. Human Rights in the Twenty- First Century, 1993, pp: 481-493.
- The International Bank for Reconstruction and Development, World Development Report 1993: Investing in Health (NY: Oxford University Press), 1993.
- Toebes, Brigit, Towards an Improved understanding of the International Human Right to Health, 21 HRQ 661, 1999.

C) Websites

http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%AD%D9%82_%D8%A8%D8%B1_%D8%B3%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA%DB%8C

www.iatp.org/files/CallToAction_WWF_final.pdf. visited on: march/31/2013.

WWW.un.org/waterforlifedecade/human_right_to_water.shtml. visited on: 31/march/2013

<http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=12961&newsview=3784>

<http://www.un.org/en/documents/index.shtml> Visited 1391/06/18

WWW.un.org/waterforlifedecade/human_right_to_water.shtml. visited on: 20/10/1391

www.iatp.org/files/CallToAction_WWF_final.pdf. visited on: 20/08/1391.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/index.html>

یادداشت شناسه مؤلف

حسین آل کجباف: استادیار و مدیر گروه حقوق دانشگاه پیام نور تهران. (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیک: hossein_alekajbaf@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱/۲۸