

سلامت و رفاهیت



دانشگاه پیام نور
مرکز تحصیلات تکمیلی تهران

رساله دکتری تخصصی رشته حقوق (Ph.D)

گرایش: حقوق بین‌الملل

عنوان:

شکل‌گیری حقوق جهانی سلامت و ملاحظات دولتها

استاد راهنما:

دکتر بهرام مستقیمی

استاد مشاور اول:

دکتر حسین آل کجباف

استاد مشاور دوم:

دکتر بهاره حیدری

نگارنده:

فاطمه فلاحی

۱۳۹۵/۳



بسمه تعالی

تاریخ: / /

شماره:

صورتجلسه دفاع از رساله دکتری تخصصی (Ph.D.)

جلسه دفاع از رساله دوره دکتری تخصصی خانم / آقای

.....

دانشجوی رشته..... به شماره دانشجویی..... تحت
عنوان «.....»
حضور هیأت داوران در روز مورخ/...../..... ساعت در محل
ساختمان برگزار شد و هیات داوران پس از بررسی، رساله مذکور را شایسته
نمره به عدد به حروف با درجه تشخیص داد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	هیات داوران	مرتبه دانشگاهی	دانشگاه/موسسه	امضاء
۱		استاد راهنما			
		استاد مشاور اول			
۲		استاد مشاور دوم			
		استاد داور داخلی			
۳		استاد داور خارجی			
۴		نماینده تحصیلات تکمیلی			

تعهدنامه اصالت رساله

اینجانب دانش‌آموخته مقطع دکتری تخصصی در رشته که در تاریخ از رساله خود تحت عنوان با کسب نمره دفاع نموده‌ام، بدینوسیله متعهد می‌شوم.

۱) این رساله حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان‌نامه، کتاب، مقاله و ..) استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوط ذکر و درج کرده‌ام.

۲) این رساله قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم‌سطح، پایین‌تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی ارایه نشده است.

۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره‌برداری اعم از چاپ مقاله، کتاب، ثبت اختراع و ... از این رساله را داشته باشم، با ذکر نام استادان راهنما و مشاور و درج نام دانشگاه پیام نور اقدام خواهم کرد.

۴) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب حقوقی ناشی از آن را می‌پذیرم و همچنین دانشگاه مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار کند.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

تقدیم به

پدر و مادر عزیزم

Abbreviations

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APHA	American Public Health Association
ASPH	Association of School of Public Health
BDP	Bureau for Development Policy
CCPR	Covenant on Civil and Political Rights
CEDAW	Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women
CESCR	Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
CHS	Commission on Human Security
DOC	Document
DOI	Digital Object Identifier
E/CN	European Competition Network
EID _s	Emerging Infectious Diseases
EISIL	Electronic Information System for International Law
EU	European Union
FCGH	Framework Convention on Global Health
GATS	The General Agreement on Trade in Services
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
GEN	General
GHG	Global Health Governance
HDE	Humanitarian Device Exemption
HFA	Health for All
HID	Health Information Designs
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRI	Human Rights Instruments
IGO _s	Inter-Governmental Organizations
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
IHR	International Health Regulations
ILO	International Labor Organization
IOE	International Organization of Employers
ISC	International Sanitary Convention
ISR	International Sanitary Regulations
JAMA	Journal of the American Medical Association
L	Legislation
MDG _s	Millennium Development Goals
NCD _s	Non-Contagious Diseases
NGO _s	Non-Governmental Organizations
NHS	National Health Service
ODS	Office of Development Studies
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
OIHP	Office International d'Hygiene Publique
OIM	Organization of International Migration
PHC	Primacy Health Care
RBM	Roll Back Malaria
RES	Resolution
REV	Revision
SPS	Sanitary and Phytosanitary Measures
TBT	Technical Barriers to Trade

UDHR	Universal Declaration of Human Rights
UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Program
UNEP	United Nations Environment Program
UNGA	United Nation General Assembly
UNHCR	United Nation High Commissioner for Refugees
UNHR	United Nations Human Rights
UNICEF	United Nation International Children's Emergency Fund
UNRRA	United Nation Relief and Rehabilitation Administration
UNSC	United Nation Security Council
WFP	World Food Program
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization
WMA	World Medical Association
WTO	World Trade Organization

فهرست اجمالی

- بخش اول: حقوق جهانی سلامت: از مبانی، منابع و قلمرو تا گستره جهانی ۱۵
- فصل اول: مفهوم شناسی و سیر تحول موضوع ۱۷
- فصل دوم: مبانی حقوق جهانی سلامت ۴۸
- فصل سوم: منابع حقوق جهانی سلامت ۸۰
- فصل چهارم: قلمرو حقوق جهانی سلامت ۱۰۳
-
- بخش دوم: اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری و تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت ۱۳۰
- فصل اول: بررسی تفصیلی اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری در خصوص حق بر سلامت ۱۳۲
- فصل دوم: بررسی گستره جهانی حق بر سلامت و مقررات بین‌المللی سلامت ۱۷۳
- فصل سوم: بررسی تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت ۱۹۸

فهرست تفصیلی

مقدمه	۲
بیان مسأله	۵
اهمیت و ضرورت پژوهش	۹
پیشینه و نوآوری پژوهش	۱۰
اهداف پژوهش	۱۱
پرسش‌های پژوهش	۱۲
فرضیه‌های پژوهش	۱۲
روش پژوهش	۱۳
سازمان‌دهی پژوهش	۱۳
بخش اول: حقوق جهانی سلامت: از مبانی، منابع و قلمرو تا گستره جهانی	۱۵
مقدمه	۱۶
فصل اول: مفهوم شناسی و سیر تحول موضوع	۱۷
مبحث اول: تعریف و تاریخچه سلامت و اصطلاحات مرتبط	۲۰
گفتار اول: تعریف سلامت در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت و سایر اسناد بین‌المللی	۲۴
مبحث دوم: تبیین و تعریف اصطلاحات مرتبط با حقوق جهانی سلامت	۲۷
گفتار اول: سلامت بین‌المللی	۲۷
گفتار دوم: از سلامت بین‌المللی تا سلامت جهانی	۲۹
گفتار سوم: سلامت جهانی	۳۱
بند اول: تعریف و توصیف سلامت جهانی	۳۳
بند دوم: سلامت جهانی و روابط بین‌الملل	۳۶
بند سوم: رفع تهدیدهای پیش‌روی سلامت جهانی	۳۷
مبحث سوم: حقوق سلامت	۳۹
گفتار اول: حقوق سلامت به‌مثابه موضوع	۴۰
گفتار دوم: حقوق سلامت به‌مثابه رشته تخصصی	۴۱

۴۱	مبحث چهارم: جنبه‌های مختلف حقوق سلامت
۴۲	گفتار اول: حقوق سلامت فردی
۴۲	گفتار دوم: حقوق سلامت بنیادین
۴۳	گفتار سوم: حقوق سلامت نهادی
۴۳	گفتار چهارم: حقوق سلامت عمومی
۴۴	مبحث پنجم: از حقوق سلامت عمومی تا حقوق جهانی سلامت
۴۵	مبحث ششم: حقوق جهانی سلامت
۴۸	فصل دوم: مبانی حقوق جهانی سلامت
۴۹	مبحث اول: تأثیر و اهمیت حق بر سلامت در نظام بین‌المللی حقوق بشر
۵۱	گفتار اول: حقوق بشر
۵۲	گفتار دوم: تعریف و توصیف حقوق بشر
۵۴	مبحث دوم: حق بر سلامت
۵۵	مبحث سوم: مبانی حق بر سلامت
۵۷	گفتار اول: بررسی اجمالی مبانی حق بر سلامت در اسناد شاخص حقوق بشری
۶۰	مبحث چهارم: مفهوم و دامنه حق بر سلامت
۶۱	گفتار اول: مفاهیم سنتی حق بر سلامت
۶۱	بند اول: مفهوم حق دسترسی به خدمات و مراقبت سلامت
۶۲	بند دوم: مفهوم حق برخورداری از تندرستی و سعادت
۶۳	گفتار دوم: مفاهیم مدرن حق بر سلامت
۶۳	بند اول: مفهوم حق بر ایمنی سلامت جهانی
۶۴	بند دوم: مفهوم حق بر فرهنگ سلامت
۶۵	مبحث پنجم: محتوای حق بر سلامت
۶۸	گفتار اول: رابطه بین حق بر سلامت و سایر حقوق بشر
۶۹	گفتار دوم: رابطه بین حق بر سلامت، اصل عدم تبعیض و امنیت سلامت
۷۴	مبحث ششم: حق بر سلامت و آموزه امنیت انسان
۷۷	مبحث هفتم: مبانی هنجاری حقوق جهانی سلامت
۸۰	فصل سوم: منابع حقوق جهانی سلامت
۸۱	مبحث اول: جایگاه حقوق جهانی سلامت در رشته حقوق بین‌الملل

۸۳	مبحث دوم: بررسی منابع حقوق بین‌الملل
۸۵	مبحث سوم: منابع بین‌المللی حقوق جهانی سلامت
۸۵	گفتار اول: معاهدات بین‌المللی
۸۶	گفتار دوم: عرف بین‌المللی
۸۷	گفتار سوم: اصول کلی حقوقی
۸۹	مبحث چهارم: منابع ملی حقوق جهانی سلامت
۹۰	گفتار اول: قانون اساسی
۹۱	گفتار دوم: قانون عادی
۹۱	گفتار سوم: رویه قضایی ملی
۹۱	مبحث پنجم: سایر منابع حقوق جهانی سلامت
۹۲	گفتار اول: رویه قضایی بین‌المللی سلامت
۹۳	گفتار دوم: رویه قضایی منطقه‌ای سلامت
۹۳	گفتار سوم: دکترین
۹۵	گفتار چهارم: اصل انصاف
۹۷	مبحث ششم: معاهدات و مقررات موضوعه حقوق جهانی سلامت
۹۷	گفتار اول: معاهدات و مقررات موضوعه سازمان جهانی بهداشت
۹۸	گفتار دوم: معاهدات و مقررات موضوعه سایر سازمان‌های بین‌المللی
۹۹	مبحث هفتم: حقوق جهانی سلامت و اسناد حقوقی نرم
۱۰۳	فصل چهارم: قلمرو حقوق جهانی سلامت
۱۰۴	مبحث اول: حقوق جهانی سلامت، حقوق اجتماعی و حقوق بین‌الملل اجتماعی
۱۰۴	گفتار اول: حمایت سلامت و ایمنی کار
۱۰۵	گفتار دوم: جنبه اجتماعی حقوق سلامت و حقوق جهانی سلامت
۱۰۶	مبحث دوم: حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل بشردوستانه
۱۰۷	گفتار اول: اقدامات سازمان جهانی بهداشت در خصوص حقوق بین‌الملل بشردوستانه
۱۰۸	گفتار دوم: اقدامات مشترک حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل بشردوستانه
۱۱۱	مبحث سوم: حقوق جهانی سلامت، حقوق کیفری و حقوق بین‌الملل کیفری
۱۱۲	گفتار اول: رابطه بین حقوق جهانی سلامت و حقوق کیفری: از حیث روش
۱۱۲	گفتار دوم: رابطه بین حقوق جهانی سلامت و حقوق کیفری: از حیث محتوا
۱۱۳	مبحث چهارم: حقوق جهانی سلامت، حقوق محیط زیست و حقوق بین‌الملل محیط زیست

- گفتار اول: اقدامات مشترک حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل محیط زیست ۱۱۵
- مبحث پنجم: حقوق جهانی سلامت و حقوق مصرف کننده ۱۱۷
- گفتار اول: رابطه حقوق جهانی سلامت و حقوق مصرف کننده از حیث سلامت و ایمنی غذای جهان ۱۱۸
- گفتار دوم: رابطه حقوق جهانی سلامت و حقوق مصرف کننده از حیث ایمنی عمومی فرآورده ۱۲۰
- مبحث ششم: حقوق جهانی سلامت، حقوق اقتصادی و حقوق بین‌الملل اقتصادی ۱۲۰
- مبحث هفتم: حقوق جهانی سلامت و تجارت بین‌الملل ۱۲۳
- نتیجه‌گیری بخش اول ۱۲۶
- بخش دوم: اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری و تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت
- ۱۳۰
- مقدمه ۱۳۱
- فصل اول: بررسی تفصیلی اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری در خصوص حق بر سلامت ۱۳۲
- مبحث اول: بررسی جایگاه حق بر سلامت در اسناد حقوقی سخت ۱۳۳
- گفتار اول: منشور سازمان ملل متحد مصوب ۱۹۴۵ ۱۳۴
- گفتار دوم: اعلامیه جهانی حقوق بشر مصوب ۱۹۴۸ ۱۳۵
- گفتار سوم: میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۹۶۶ ۱۳۸
- گفتار چهارم: میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی مصوب ۱۹۶۶ ۱۴۲
- گفتار پنجم: کنوانسیون بین‌المللی رفع هرگونه تبعیض نژادی مصوب ۱۹۶۵ ۱۴۵
- گفتار ششم: کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان مصوب ۱۹۷۹ ۱۴۶
- گفتار هفتم: کنوانسیون حقوق کودک مصوب ۱۹۸۹ ۱۴۶
- گفتار هشتم: کنوانسیون بین‌المللی حقوق راجع به اشخاص معلول مصوب ۲۰۰۶ ۱۴۷
- گفتار نهم: کنوانسیون بین‌المللی راجع به حمایت از حقوق همه کارگران مهاجر و اعضای خانواده آن‌ها مصوب ۱۹۹۰ ۱۴۸
- مبحث دوم: نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در خصوص حق بر سلامت
- ۱۵۰
- گفتار اول: بررسی و تحلیل نظر تفسیری عام کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۵۰
- گفتار دوم: گزارش مخبر ویژه کمیسیون حقوق بشر ۱۵۳
- مبحث سوم: جایگاه حق بر سلامت در اسناد منطقه‌ای حقوق بشری ۱۵۵

- گفتار اول: کنوانسیون حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی مصوب ۱۹۵۰..... ۱۵۶
- گفتار دوم: منشور اجتماعی اروپا مصوب ۱۹۶۱..... ۱۵۶
- گفتار سوم: کنوانسیون حقوق بشر آمریکا مصوب ۱۹۶۹..... ۱۵۷
- گفتار چهارم: منشور آفریقا در مورد حقوق بشر و مردمان مصوب ۱۹۸۱..... ۱۵۸
- مبحث چهارم: موافقت‌نامه‌های سازمان تجارت جهانی..... ۱۵۸
- گفتار اول: موافقت‌نامه عمومی تعرفه و تجارت..... ۱۵۹
- گفتار دوم: موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی..... ۱۵۹
- گفتار سوم: موافقت‌نامه موانع فنی فرا راه تجارت..... ۱۶۰
- مبحث پنجم: بررسی جایگاه حق بر سلامت در اسناد حقوقی نرم..... ۱۶۱
- گفتار اول: اعلامیه اسلامی حقوق بشر قاهره مصوب ۱۹۹۰..... ۱۶۲
- گفتار دوم: اعلامیه کنفرانس جهانی تغذیه مصوب ۱۹۹۲..... ۱۶۲
- گفتار سوم: اعلامیه کنفرانس جهانی اسکان بشر مصوب ۱۹۹۶..... ۱۶۳
- مبحث ششم: بیانیه آلماتا ۱۹۷۸..... ۱۶۴
- گفتار اول: سیاست‌های برنامه و چشم انداز سلامت برای همه..... ۱۶۵
- گفتار دوم: مراقبت‌های اولیه سلامت و اصول آن..... ۱۶۶
- گفتار سوم: منشور ارتقای سلامت اوتاوا مصوب ۱۹۸۶..... ۱۶۹
- بند اول: ابزارهای ارتقای سلامت، سیاست جامعه سالم..... ۱۷۰
- فصل دوم: بررسی گستره جهانی حق بر سلامت و مقررات بین‌المللی سلامت..... ۱۷۳
- مبحث اول: رابطه سلامت و عصر جهانی شدن..... ۱۷۶
- مبحث دوم: حق بر سلامت و عصر جهانی شدن..... ۱۷۷
- مبحث سوم: دیپلماسی سلامت جهانی..... ۱۷۹
- مبحث چهارم: تاریخ تکوین و تعریف دیپلماسی سلامت جهانی..... ۱۸۰
- مبحث پنجم: مقررات بین‌المللی سلامت..... ۱۸۲
- گفتار اول: اختیار استثنایی سازمان جهانی بهداشت مندرج در اساسنامه خود..... ۱۸۵
- گفتار دوم: از مقررات بین‌المللی بهداشت تا مقررات بین‌المللی سلامت..... ۱۸۶
- مبحث ششم: فرایند تجدیدنظر مقررات بین‌المللی سلامت سال ۲۰۰۵..... ۱۸۸
- گفتار اول: ویژگی‌های عمده مقررات بین‌المللی سلامت سال ۲۰۰۵..... ۱۹۰
- گفتار دوم: مقایسه مقررات بین‌المللی سلامت سال‌های ۱۹۶۹ و ۲۰۰۵..... ۱۹۱
- مبحث هفتم: بررسی مفهوم وضعیت اضطراری سلامت عمومی موجب بروز نگرانی بین‌المللی..... ۱۹۱

فصل سوم: بررسی تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت	۱۹۸
مبحث اول: ماهیت تعهدات دولت‌ها با توجه به نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی	۱۹۸
مبحث دوم: حق شهروندان از حیث مطالبه (حق - ادعا)	۲۰۰
مبحث سوم: ماهیت کلی تعهدات ناشی از میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در خصوص دولت‌ها	۲۰۲
مبحث چهارم: بند ۱ ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی	۲۰۳
مبحث پنجم: ابعاد، ماهیت و قلمرو تعهدات دولت‌ها	۲۰۷
گفتار اول: تعهد به رعایت	۲۱۰
گفتار دوم: تعهد به حمایت	۲۱۳
گفتار سوم: تعهد به ایفاء	۲۱۴
گفتار چهارم: تعهد به مساعدت و همکاری بین‌المللی	۲۱۶
مبحث ششم: تعهدات سازمان‌های بین‌المللی غیردولتی، کارگزاری‌های تخصصی سازمان ملل و بخش‌های خصوصی در قبال حق بر سلامت	۲۱۸
مبحث هفتم: نظارت بر حق بر سلامت	۲۲۰
گفتار اول: حمایت بین‌المللی	۲۲۲
گفتار دوم: حمایت منطقه‌ای	۲۲۳
گفتار سوم: حمایت ملی	۲۲۳
بند اول: رهنمودهای اخلاقی	۲۲۴
بند دوم: آموزش و تعلیم	۲۲۴
بند سوم: تقویت مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای	۲۲۴
بند چهارم: سازوکارهای حقوقی	۲۲۵
نتیجه‌گیری نهایی و پیشنهادات	۲۲۷
فهرست منابع	۲۳۲
۱- منابع فارسی	۲۳۲
الف: کتاب‌ها	۲۳۲
ب: مقاله‌ها	۲۳۹
ج: سندها	۲۴۵

۲۴۵.....	د: پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و رساله‌های دکتری
۲۴۶.....	هـ: جزوه دانشگاهی
۲۴۷.....	۲- منابع لاتین
۲۴۷.....	A: Books
۲۵۲.....	B: Articles
۲۵۷.....	C: Documents
۲۶۳.....	D: Internet Sources (sites)
۲۶۴.....	Abstract

چکیده

ارزش‌های جهانی که خاستگاه انسانی داشته، معیارها و هنجارهایی را طلب می‌کنند که همه آحاد بشر در این گستره آنرا ذاتی و در وجدان خود مورد پذیرش قرار داده و بایسته و شایسته تلقی و از این منظر رعایت و احترام به این حقوق را لازم می‌دانند. در اصل «بشر من حیث بشریت»، شایسته دارا بودن این حقوق اولیه است. حقوق اولیه که ناظر بر مشترکات انسانی بوده و از این حیث تفاوتی در ماهیت آن‌ها وجود ندارد. دیباچه منشور سازمان ملل متحد بیان می‌دارد قصد و اراده جامعه بین‌المللی «ایمان به حقوق بنیادین بشر، به کرامت و ارزش شخص انسان» است. از طریق منشور یا معاهده الزام‌آور دیگر، دولت‌های عضو سازمان، متعهد به ارتقاء و ترویج «احترام جهانی و رعایت مؤثر حقوق بشر برای همه، بدون تبعیض بوده و کلیه اعضا متعهد به همکاری با آن سازمان برای نیل به مقاصد مذکور می‌باشند». ظرفیت مقررات حقوق بشر برای بهبود سلامت و ارتقاء حق بر سلامت از شناخت گسترده و پذیرش جهانی معاهدات اصلی آن، اعلامیه‌ها، اصول و حتی اسناد غیر الزام‌آور دیگر استنباط می‌شود. توسعه جهانی حق بر سلامت، موجب شده است این حق در گفتمان و رویه‌های جامعه بین‌المللی حقوق بشر، به‌مثابه زبان مشترک، ضابطه و چارچوب عمل، گسترش یابد. اهمیت این بحث، محوری است زیرا حق بر سلامت، به تعهد، و اقدام همه این جوامع بستگی دارد و به وحدت زبان و درک همیاری بین آن‌ها مساعدت می‌کند. ملاحظه گستردگی سلامت به‌عنوان پدیده‌ای که مرز نمی‌شناسد و تنوع حوزه‌های مرتبط با آن و طیف بسیار پر دامنه اقداماتی که برای تحقق این حق لازم است، به‌خوبی نشانگر آن است که «حق بر سلامت تعهدی مشترک و برابر است» و «همبستگی جهانی»، یعنی مشارکت برابر همه عامل‌ها اعم از داخلی یا بین‌المللی را طلب می‌نماید. لذا مبنایی برای سلامت وجود دارد که سطح پایین‌تر و کمتر از آن در هیچ کشوری پذیرفته نیست. حق بر سلامت، به‌مثابه حق لازم‌الاتباع است و با توجه به رشد و گسترش جهانی شدن که ویژگی شاخص جهان امروز است حقوق در این زمینه نقش مهمی ایفا نموده و به تنظیم و تکامل نظامی جامع تحت عنوان حقوق جهانی سلامت، یاری رسانده است. در این پژوهش با بررسی‌های به‌عمل آمده جهت اعتلای حقوق جهانی سلامت، به این امر دست یافته شد که آنچه مسلم است در نظام حقوق بین‌الملل مبتنی بر منشور ملل متحد، اصل «همکاری بین‌المللی در حل مسائل بین‌المللی دارای خصلت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، یا بشردوستانه» و تشریح مساعی در ارتقاء و پیشبرد «معیارهای بالاتر زندگی، اشتغال کامل، شرایط پیشرفت و توسعه اقتصادی و اجتماعی» و «حل مسایل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی، سلامت و مسایل مربوط به آن‌ها و همکاری بین‌المللی و فرهنگی و آموزش» که برای سعادت، رفاه و تأمین روابط مسالمت‌آمیز و دوستانه بین‌الملل ضروری است، سنگ بنای این نظام و «مرکز ثقل منشور» را تشکیل می‌دهد.

کلید واژه: حق بر سلامت، حقوق جهانی سلامت، حقوق بشر، تعهدات و ملاحظات دولت‌ها

مقدمه

پس از جنگ جهانی دوم، فعالیت‌ها و اقدامات بین‌المللی سازمان‌های بین‌المللی و سازمان‌های غیردولتی در مورد سلامت عمومی و حقوق مرتبط با آن، چندان مؤثر نبودند. در این دوران، به‌رغم اینکه قلمرو حقوق بین‌الملل به‌طور چشمگیری گسترش یافت، ظرفیت حقوق بین‌الملل برای کمک به ارتقاء و اعتلای حقوق سلامت عمومی جهانی، ناشناخته باقی ماند. دولت‌ها به‌منظور حل مسایل سلامت و در نظر گرفتن تجربه تاریخی حقوق بین‌الملل حوزه سلامت، اساسنامه سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ را تصویب کردند. علیرغم سابقه و توان پیشرفت حقوق بین‌الملل سلامت، سازمان جهانی بهداشت، این حقوق را طی پنجاه سال نخست، مورد توجه جدی و فراگیر قرار نداد.

اما در نیمه دوم دهه ۱۹۹۰، موضع نومیدانه حقوق بین‌الملل و حقوق سلامت عمومی نسبت به هم تغییر یافت. «الین تیلور» یکی از حقوقدانان بین‌المللی فعال و مرتبط با موضوعات حقوق سلامت عمومی، معتقد است: «تقریباً از اواخر دهه نود، علاقه روبه‌رشد و بی‌سابقه‌ای به جلسات و فعالیت‌های مربوط به حقوق سلامت عمومی و حقوق بین‌الملل مشاهده شده است». برای مثال در دسامبر سال ۱۹۹۷ سازمان جهانی بهداشت و مؤسسه حقوق هند، پشتیبان مالی کنفرانس بین‌المللی حقوق جهانی سلامت در دهلی نو شدند. در آن کنفرانس، نمایندگان حاضر، اعلامیه حقوق جهانی سلامت دهلی نو را تصویب کردند. در کنفرانس بین‌المللی حقوق جهانی سلامت در دهلی نو، از این ایده مهم به‌شدت طرفداری شد که «حقوق به‌مثابه ابزار و وسیله‌ای برای اعتلای سلامت عمومی بوده و باید از آن استفاده شود». در این اعلامیه «همکاری میان نظام سلامت و نظام حقوقی و قانونی به‌منظور پیشرفت سلامت در جهان» مورد تأیید و تأکید قرار گرفت. به‌طور کلی در این اعلامیه تأکید شد، «همکاری دولت‌ها خدمت مهمی به پیشرفت و اعتلای حقوق جهانی سلامت می‌کند». در ادامه این فعالیت‌ها، در نوامبر سال ۱۹۹۸، دانشگاه دوربان و شورای پژوهش پزشکی آفریقای جنوبی، گردهمایی بین‌المللی در زمینه حقوق سلامت عمومی برگزار کردند.

از آنجا که بررسی حقوق جهانی سلامت نشان می‌دهد که شکل‌گیری آن، مستلزم به‌رسمیت شناختن حق بر سلامت به‌مثابه یک حق بنیادین بشری است لذا حق بر سلامت در بیشتر معاهدات حقوق بشر منطبقه‌ای، بین‌المللی و جهانی مورد تأیید و تصویب قرار گرفته و به‌رسمیت شناخته شده است. بنابراین دولت‌ها در سطح ملی، بین‌المللی و جهانی نسبت به حق بر سلامت تعهداتی دارند و در صورتی که سازوکار اجرایی در این خصوص در میان نباشد، عملکرد آن‌ها مبهم و بی‌ثمر خواهد بود. بنابراین اگر به‌صراحت بگوییم که دولت‌ها چه نوع تکلیف داخلی و چه نوع تکلیف بین‌المللی دارند، در آن صورت مجموعه‌ای از سازمان‌های جامعه مدنی در سطح داخلی و مراجع نظارتی در سطح بین‌المللی آنان را به اجرای این تکلیف وادار می‌کنند. لذا آنچه در این میان قابل توجه است، این می‌باشد که حقوق جهانی سلامت در پی قرارداد اجتماعی جهانی است. همه کشورها اعم از غنی و فقیر از این قرارداد، منتفع می‌شوند زیرا چنین قراردادی مسؤولیت کشورها و دست‌اندرکاران امر سلامت را به‌صراحت مقرر می‌کند. حتی برخی کشورها تمایل دارند توافق‌های

بین‌المللی را که هنوز مجالس آن‌ها تصویب نکرده‌اند، بپذیرند زیرا ممکن است پذیرش چنین تعهدی، پیش شرط قبول تعهدات متقابل دیگر کشورها باشد. «معاهدات حقوق بین‌الملل بشر، هر چند ضعیف باشند، معذک می‌توانند مبنای قرارداد اجتماعی جهانی باشند». پس لازم است حق بر سلامت در عرصه داخلی یا بین‌المللی را به مثابه حق لازم‌الاتباع تلقی کنیم حتی اگر مرجعی بین‌المللی برای نظارت بر اجرای این تعهدات وجود نداشته باشد. اما در نهایت «حق بر سلامت وقتی از نفوذ و قدرت تام» برخوردار می‌شود که کشورهای غنی و فقیر به درک مشترک برسند که صرفاً کار و تجارت همیشه توفیق نمی‌یابد و تنها هنگامی نتیجه، مؤثر است که همکاری و همبستگی ملی، بین‌المللی و جهانی در مورد حق بر سلامت جازم‌تر و قوی‌تر باشد.

مفهوم و مضمون حقوق جهانی سلامت، وابستگی بین حقوق ملی و حقوق بین‌الملل را در نظر می‌گیرد. این وابستگی بیانگر نقش روبه‌رشد عوامل غیردولتی در روابط بین‌المللی و گسترش قلمرو رشته‌ها و حوزه‌های مرتبط با این حقوق، پایبندی به اجرای منابع حقوق جهانی سلامت، و زمینه‌های اندیشه حقوقی آینده در مورد حقوق سلامت در مفهوم جهانی، با لحاظ قرار دادن ماهیت جهانی تهدیدات پیش‌روی سلامت انسان است. در نتیجه حقوق و رویه قضایی نباید برای مشکلات سلامت جهانی، نوش‌داروی بعد از مرگ باشند. حقوق یک هدف فی‌نفسه نیست بلکه در نهایت امری ناگزیر و مؤثر در امور انسان است. نحوه استفاده از حقوق در مفهوم سلامت جهانی را می‌توان بهبود بخشید، اما الزام قانونی به تنهایی برای رفع مشکلاتی که رویاروی سلامت نوع بشر قرار دارد، کافی نیست.

از نظر نگارنده توجه به مقوله سلامت، بهداشت و درمان، نقش مهمی را در سیاست‌گذاری‌های دولت برای بخش عمومی جوامع پیشرفته ایفا می‌کند و در واقع تعیین‌کننده موقعیت اقتصادی و اجتماعی هر کشور است. حق بر سلامت هم جنبه اقتصادی، هم جنبه اجتماعی و هم جنبه فرهنگی دارد. تلاش در جهت حفظ شأن و کرامت فرد که بی‌عدالتی اقتصادی و اجتماعی نسبت به سلامت و بهداشت وی روی ندهد، جنبه اجتماعی و اقتصادی آن است؛ همچنین جنبه فرهنگی دارد اگر تلاش شود که دسترسی به خدمات سلامت کافی، متناسب با زمینه‌های فرهنگی فرد تأمین گردد. به‌همین دلیل امروزه در بحث ملاحظات دولت‌ها در اکثر کشورهای پیشرفته از بخش سلامت و درمان علاوه بر رعایت معیارهای لازم سلامت و تندرستی، انتظارات تولیدی، فراهم‌آوری فرصت‌های شغلی و کسب درآمد و تقویت زیرساخت‌های مرتبط را نیز دارند. در نظام کارآمد، ارتقاء ساختارهای آموزشی سلامت جامعه، جزء وظایف اساسی دولت و مسئولین اجرایی آن نظام محسوب می‌شود و در این راستا ارایه برنامه‌های پیشنهادی در زمینه ریشه‌کن کردن فقر اقتصادی و اجتماعی و از میان بردن همه‌گونه تبعیض، نابرابری و تفاوت‌های منطقه‌ای، بین‌المللی و جهانی و تلاش در جهت تحقق راهبرد تأمین مراقبت‌های اولیه سلامت و مقابله با عواملی که ریشه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ... دارند و به‌نحوی سلامت انسان را در سطوح متفاوت مخدوش کرده و به‌خطر می‌اندازند در بعد داخلی و بین‌المللی ضروری به‌نظر می‌رسند.

بیش از یک دهه است که شرح نظام‌مند سلامت جهانی صورت گرفته است. تعهد به ارایه راه‌حل‌ها و چاره‌ها در جهت بهبود آینده زندگی جمعیت جهان، ذهن نسل جدید مردم خیر و انسان‌دوست، دانشمندان، هنرمندان سرشناس، کارآفرینان، دانشجویان و شهروندان مشتاق ایجاد تحول در این سیاره به هم پیوسته را به خود مشغول کرده است. کمک برنامه توسعه بین‌المللی برای سلامت - جنبه بس حساس سیاست (گذاری‌های) خارجی - از ۵/۶ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۰، به بیش از ۳۰ میلیارد دلار در دو سال اخیر رسیده است و بخش‌های خصوصی و متقاضیان نیز سهم روز افزونی را به عهده گرفته‌اند. لذا با توجه به رشد و گسترش جهانی شدن که ویژگی شاخص جهان امروز است حقوق در این زمینه نقش مهمی ایفا نموده و به تنظیم و تکامل نظامی جامع تحت عنوان حقوق جهانی سلامت، یاری رسانده است.

گفتنی است سلامت تنها وابسته به ساختار حقوقی (نظام سلامت ملی یا مجموعه‌ای گسترده از مواد حقوقی، رویه قضایی و نیز نظام سلامت بین‌المللی) نیست، بلکه با قلمرو بسیار گسترده‌تری از رشته‌ها در ارتباط است. در طول تاریخ بشر، حقوق طبیعی انسان‌ها، یعنی آن دسته از قواعد همیشگی که از اراده حکومت‌ها برتر و نقطه نهایت مطلوب بشر است، همواره مورد توجه مکاتب فلسفی یونان، روم، ادیان الهی و غیرالهی بوده است. فرد انسان، به صرف انسان بودن مستحق این حقوق است به واسطه همین ویژگی است که از حقوق بشر مانند حق بر حیات و حق بر سلامت، به استحقاقات تعبیر کرده‌اند و آن را یک سلسله حقوق طبیعی می‌دانند که مقتضای طبیعت و فطرت بشری بوده و عقل هر کس، بی‌هیچ واسطه‌ای بر آن حکم می‌کند. مرجع مکتوب عمده این حقوق، اعلامیه جهانی حقوق بشر مصوب ۱۹۴۸ مجمع عمومی سازمان ملل و اسناد و معاهده‌های پیرو و متعاقب آن نظیر؛ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۶۶، است. اعلامیه جهانی حقوق بشر مشتمل بر تمامی گستره حقوق بشر در یک متن واحد و مبین تفاهم مشترک ملل جهان در زمینه حقوق غیرقابل سلب و نقض عموم اعضای خانواده بشری بوده و متضمن تعهدی برای اعضای جامعه بین‌المللی است.

قواعد حقوق بین‌الملل و اسنادی چون اعلامیه جهانی حقوق بشر که تنظیم‌کننده روابط دولت‌ها، سازمان‌ها و شهروندان در سطح جهان هستند، مؤید این واقعیت‌اند که اگر راهبرد تأمین حقوق بشر افراد و در این مبحث، حق بر سلامت، ویژگی حداقلی نداشته باشد، از چرخه معیارهای حقوق بشر خارج و به ابزاری سیاسی و تبلیغاتی بدل و موجب بی‌اعتنایی به حقوق افراد بشر از این حیث خواهد شد. در این پژوهش، با بررسی مبانی، اسناد، منابع، قلمرو و مقررات مرتبط، و همچنین معرفی و بررسی طرح پیشنهادی کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی، پایبندی دولت‌ها به رعایت و ایفای تعهدات خود در قبال حق بر سلامت و تلاش در جهت اعتلای حقوق جهانی سلامت را محرز و مسلم اعلام می‌نماید. در ادامه بحث به این موضوعات به صورت روشن‌تر پرداخته می‌شود.

بیان مسأله

سلامت جهانی و حقوق مرتبط با آن، مفهومی است که در دو دهه اخیر در مجامع دانشگاهی، نزد سیاستمداران و دست‌اندرکاران امر سلامت مطرح و موضوع کانون توجه و تعهدات شده است. در عصر حاضر، جهانی شدن منجر به گسترش و تسهیل ارتباطات فرامرزی و رفع مرزهای بین‌المللی گردیده است و به‌طور روزافزون دامنه نفوذ آن گسترش می‌یابد. این روند چند بعدی، و شامل چند قلمرو حقوقی است، گرچه عرصه‌های مختلف حقوق به یکسان در آن مطرح نشده است. اما بحث در اینجا، حقوق جهانی سلامت است. لذا جهانی شدن و گسترده‌گی ارتباط با قلمروهای دیگر، نیاز به تنظیم نظامی جامع و جهانی از سلامت را نشان داد که نقش حقوق در این خصوص بسیار مؤثر بوده است. به‌طور مثال ششمین کنفرانس بین‌المللی درباره اعتلای سلامت، که در شهر بانکوک سازمان یافت، منشور اعتلای (ارتقای) سلامت را در جهان (دنیای) جهانی شده در یازدهم اوت ۲۰۰۵ (موسوم به منشور بانکوک) به تصویب رساند و سازمان جهانی بهداشت همین عنوان را برای قطعنامه شماره ۶۰.۲۴ در ۲۳ می ۲۰۰۷ که در خصوص بررسی ارتقای سلامت در دنیای جهانی شده بود، برگزید.

می‌توان گفت دیر زمانی بود دولت‌ها (و به‌طور مشخص دولت‌های اروپایی) تنها خود را برای حمایت از جوامع خود، در برابر مخاطرات سلامت اعم از داخلی و خارجی سازماندهی، و با اپی‌دمی‌ها (بیماری‌های همه‌گیر) از قبیل طاعون و وبا مبارزه کرده‌اند. اما امروزه با وجود بیماری‌هایی مانند ایدز و همچنین ایجاد سازمان‌های بین‌المللی بی‌شماری با صلاحیت‌ها و ظرفیت‌های متفاوت در زمینه سلامت، این وضع و سیاست دیگر متروک است. روند حاکم کنونی ایجاب می‌کند که در فرایند تغییر از مرحله اعمال ساده صلاحیت سلامت توسط دولت‌ها، به مرحله شناسایی کارآمدی مسئولیت آن‌ها گام گذاریم. حقوق سلامت همواره در درجه نخست تحت نظارت سازمانی است که نظام سلامت ملی نامیده می‌شود و در حال حاضر این روند به سوی شناسایی مسئولیت جهانی حقوق سلامت سیر می‌کند. در اینجا دو وضعیت دارای ارتباط متقابل؛ جهانی بودن مسایل و آسیب‌پذیری‌های حقوق سلامت و ماهیت تکمیلی بودن راهبردهای ایمنی سلامت، اساس جهانی شدن حقوق سلامت را تشکیل می‌دهند.

جهانی بودن مسایل و آسیب‌پذیری‌های حقوق سلامت، موجب مبارزه با شیوع بیماری‌های همه‌گیر (برای مثال ایدز و انتقال بیماری از حیوانات) و انواع سرطان‌ها و اعتیادهای بد اجتماعی (مصرف دخانیات، مصرف افراطی مشروبات الکلی یا استفاده از داروها و مواد مخدر) شده است. با توجه به فرامرزی بودن بیماری‌ها، سازمان جهانی بهداشت از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ در خصوص مقررات بین‌المللی سلامت، راه‌حل و چاره‌جویی مجموعه عوامل آسیب‌رسان سلامت را به سازوکارهای حقوقی واگذار کرده است. از نظر نگارنده این آسیب‌ها با توجه به سلامت و حقوق سلامت از منظر جهانی تنظیم و تحلیل می‌شوند. ناگزیر با توجه به شیوع جهانی آن‌ها، در بحث‌های حقوق جهانی سلامت مطرح خواهند بود و با عنایت به اینکه در خصوص موارد منطقه‌ای، قاره‌ای و جهانی مقرراتی توسط سازمان ملل متحد و سایر سازمان‌های بین‌المللی ذریبط

تصویب شده، این امر موجب شده است مسائل در حد جهانی بررسی شوند. بنابراین ارتباطات آن‌ها از این حیث است.

ماهیت تکمیلی بودن راهبردهای ایمنی سلامت نیز، به‌صراحت بر شناسایی آسیب‌های جهانی سلامت مبتنی شده است که در راهبردهای ملی و بین‌المللی دیده می‌شوند. سازمان جهانی بهداشت، که اصلی‌ترین و محوری‌ترین سازمان سلامت با صلاحیت جهانی است، به‌مثابه هماهنگ‌کننده عمومی اداری بین دولت‌ها و سایر دست‌اندرکاران امر سلامت، در این زمینه عمل و اقدام می‌کند و مسئول تضمین اعمال مؤثر این راهبردهای ایمنی سلامت است.

از نظر نگارنده در این پژوهش با توجه به بند ۳ ماده ۱، مواد ۵۵ و ۵۶ منشور سازمان ملل متحد، مواد ۲۲ و ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، بند ۱ ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ماده ۴۴ مقررات بین‌المللی سلامت و بند ۱۴ نظر تفسیری عام شماره ۳۱ کمیته حقوق بشر درباره ماهیت تعهدات دولت‌های عضو میثاق مبنی بر اینکه؛ اجرای تعهدات ناشی از میثاق، بدون هر نوع قید و شرط و فوراً باید صورت گیرد. دولت‌های عضو نمی‌توانند به بهانه وجود مشکلات و ملاحظات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در اجرای تعهدات مزبور قصور نمایند، ملاحظات دولت‌ها را در پرتو توجه به تعهدات بین‌المللی و همگام بودن آن‌ها با سازوکارهای نظارتی دانسته و با بررسی اسناد و مقررات موجود و مرتبط، آن‌ها را مجموعه اقداماتی می‌داند که دولت‌ها جهت تحقق کامل جهانی شدن حق بر سلامت و در راستای اعتلای حقوق جهانی سلامت و اجرای بیش از پیش مقررات بین‌المللی سلامت انجام می‌دهند. رعایت، حمایت و ایفای حقوق و تعهدات مندرج در اسناد متعدد، و عمل به مفاد مقررات بین‌المللی سلامت، تعهد به مساعدت و همکاری بین‌المللی و تعهد به شناسایی حقوق سایر کشورها، امری مفروض و غیرقابل انکار است.

این نکته قابل ذکر است که با توجه به اینکه حق بر سلامت در زمره نسل دوم حقوق بشر و مندرج در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است و در نتیجه از روی سرشت و طبیعت، دارای جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است لذا تفکیک و برتر نشان دادن هر کدام نسبت به دیگری کار آسانی نیست. لذا با امعان نظر به اینکه حق بر سلامت به‌مثابه حق بر حیات با وجود نظام اقتصادی که در آن هر فرد بتواند کالاها و خدمات کافی برای تأمین و توسعه سلامت را کسب کند، تحقق می‌یابد و در صورت وجود نظام اقتصادی کارآمد، سایر زمینه‌ها محقق شده و حق بر سلامت اعتلا می‌یابد و همچنین با عنایت به بند ۳ ماده ۱ منشور سازمان ملل متحد مبنی بر حصول همکاری بین‌المللی در حل مسایل بین‌المللی دارای جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، یا بشردوستانه و تأکید میثاق مزبور در بند ۱ ماده ۲ به ارایه کمک‌های فنی و اقتصادی، به جنبه اخیر موضوع، بیشتر توجه شده است.

دولت‌ها با توجه به اعلامیه جهانی حقوق بشر، که همه حقوق بشر را جهانی، به‌هم پیوسته و دارای وابستگی درونی می‌دانند، و اعلامیه مزبور نیز دستیابی به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که لازمه حیثیت و ارتقاء آزادانه شخصیت انسان است، را حق هر کس می‌داند (ماده ۲۲) و با توجه ویژه به ماده ۲۵

آن، باید حق بر سلامت را رعایت، از آن حمایت و آنرا اجرا کنند. این بدان معنی است که دولت‌ها با تشخیص این حقوق و با عدم تبعیض در ارائه خدمات سلامت باید به آن احترام گذارند. و در نهایت دولت‌ها باید حق بر سلامت را با در نظر گرفتن اقداماتی که انجام می‌دهند حفظ، و سلامت مردم را بازیابی کنند. از اینرو تعهدات دولت‌ها برای ایفای حق بر سلامت به معنای انجام اقداماتی ضروری برای برآورده ساختن نیازهای افراد در خصوص سلامت می‌باشد. پس ملاحظات دولت‌ها در راستای احترام و رعایت معاهدات مربوط به این حق و تعهد به حمایت، تضمین و شناسایی آن بوده، و دولت‌ها به منظور دسترسی همه مردم به بالاترین معیار قابل حصول سلامت جسمی، روحی و اجتماعی، باید تعهدات خود را ایفا نمایند. ملاحظات دولت‌ها باید مبتنی بر اصول و قواعد حقوق بشری حق بر سلامت باشند. زیرا حمایت از حقوق بشر به‌عنوان یک هدف اساسی ارزشمند از سوی جامعه بین‌المللی پذیرفته شده است. لذا با توجه به اینکه نه در اعلامیه جهانی حقوق بشر و نه در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، عبارتهای صریحی برای محدود بودن تعهدات دولت‌ها وجود ندارد، تعهد به همکاری برای حل مسایل بین‌المللی، که برای سعادت و رفاه، روابط مسالمت‌آمیز و امنیت همه مردم اساسی است، سنگ بنای اصلی نظام مبتنی بر منشور ملل متحد می‌باشد.

ملاحظه گستردگی سلامت و تنوع حوزه‌های مرتبط با آن و طیف بسیار پر دامنه اقداماتی که برای تحقق این حق لازم است، به‌خوبی نشانگر آن است که حق بر سلامت نیازمند همکاری و مساعدت فردی و یا جمعی کشورها است. بند ۱ ماده ۲ میثاق، هر یک از دولت‌های عضو را در مورد «اتخاذ اقدام‌هایی انفرادی و از راه مساعدت و همکاری بین‌المللی به‌ویژه از نوع فنی و اقتصادی و استفاده از بیشترین منابع در اختیار خویش به‌منظور دستیابی تدریجی به تحقق کامل حق‌های شناخته شده در میثاق»، متعهد می‌داند.

تعهد به همکاری بین‌المللی برای تسهیل و هموار ساختن مسیر تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق، در برخی از موارد خاص میثاق (از قبیل مواد ۱۱، ۱۵، ۲۲ و ۲۳) مورد تأکید قرار گرفته است. هیچ توجیهی مبنی بر نادیده گرفتن حق بر سلامت به‌مثابه یک حق مسلم بشری وجود ندارد. لذا با بررسی اسناد مرتبط، می‌توان گفت میان شکل‌گیری حقوق جهانی سلامت و ملاحظات دولت‌ها رابطه تعیین‌کننده‌ای وجود داشته و رشد روند جهانی شدن حقوق سلامت، گسترش مبانی مرتبط، منابع حقوقی و تعاملات میان رشته‌ای، ملاحظات دولت‌ها را تحت تأثیر قرار داده و اصل تعهد فوری و مستقیم دولت‌ها به اتخاذ اقدامات عینی، سنجیده، ملموس و هدف‌دار برای تحقق حقوق سلامت (در معنای اعم) و حقوق جهانی سلامت، در اسناد مزبور، مقید یا محدود به ملاحظات دیگر نشده است.

برای برخوردار شدن از حقوق بشر به هیچ چیزی غیر از انسان بودن نیازی نیست. حقوق بشر، انسان را تنها به اعتبار اینکه انسان است، دارای حقوق و آزادی‌هایی می‌شناسد که همه، به‌طور برابر و بدون هیچ تبعیضی باید از آن بهره‌مند گردند. حقوق بشر، حقوق همه انسان‌هاست و در اساس حقوق جهانی همه مردم جهان است. پس، حقوق بشر مرز نمی‌شناسد، تجزیه پذیر نیست و بر آن است تا حقوق پذیرفته شده و

رسمیت یافته بشر را به سراسر جهان، توسعه و تعمیم دهد. انسانیت و اصول حقوق بشری که مردم بدان دست می‌یابند نمی‌بایست به نفع یک فرد، گروه، جنس، قومیت و نژاد خاص تعصب داشته، بلکه باید جهان‌شمول باشد. لذا حق بر سلامت، به‌عنوان مبنای حقوق جهانی سلامت، حقی جهان‌شمول است و وظیفه تمام دولت‌هاست که جهت ارتقای این حق چه در خصوص شهروندان خود و چه غیر آن‌ها، گام بردارند.

مقوله سلامت، متعلق به یک کشور یا منطقه نیست و هیچ کشوری نمی‌تواند به تنهایی درباره «سلامت»، تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری کند، بلکه سیاست‌های ملی سلامت در هر کشوری باید با اقدامات جهانی هماهنگ و هم‌سو باشد. این وابستگی متقابل، راه‌های جدیدی برای اقدام جمعی بین‌المللی گشوده است. زندگی مردم در سراسر جهان تحت تأثیر تجارت، سیاست، علم و فناوری قرار می‌گیرد. هم‌گرایی جهانی و پیوستگی درونی، سرمایه، کالاهای تجارتي، اشخاص، مفاهیم، تصویرها، ایده‌ها و ارزش‌ها به فراسوی مرزها و ملت‌ها گسترش می‌یابند. «راه دیگری برای تضمین سلامت مردم غیر از همیاری و اقدام اجتماعی وجود ندارد». اگر می‌خواهیم جهانی شدن به بهبود سلامت کمک کند، باید دگرگونی‌های بنیادین در رویکردهای کنونی به موضوعات اقتصادی، هم در سطح ملی و هم بین‌المللی به‌وجود آید. در سطح ملی باید سیاست‌هایی طراحی کنیم که آشکارا بالاترین معیار سلامت را برای مردم تأمین کند و در سطح بین‌المللی لازم است که قواعد جهانی فعالیت سازمان‌های بین‌المللی و سیاست‌های خارجی کشورها، توسعه یافته و به سمت حذف موانع و به حداکثر رساندن انگیزه کشورهای در حال توسعه برای دنبال کردن چنین سیاست‌هایی باشد. دستیابی به یک سلامت جهانی در صورتی ممکن است که منافع کشورهای در حال توسعه و جمعیت‌های آسیب‌پذیر به‌طور کامل در مجامع تصمیم‌گیری بین‌المللی و سیاست خارجی و به هنگام تجدیدنظر در قوانین موجود و وضع قوانین و مقررات جدید در نظر گرفته شود.

در این راستا حقوق سلامت باید هماهنگ و منسجم و به سمت جهانی شدن مقررات مصوب سلامت باشد. مقررات حمایت سلامت برای کل جوامع جهان است. بنابراین باید بر همه مردم جهان حاکم باشد و جهان‌شمولی، ضرورتی است برای جلوگیری از تفرقه در کارایی حمایت سلامت که همه باید آنرا گردن نهند. بررسی اسناد متعدد و مختلف حقوق بشری نیز، این حقوق را مطلق دانسته و کنار گذاشتن و تعطیلی آن‌ها را در هیچ شرایطی نپذیرفته‌اند.

حفظ و تأمین حق بر سلامت از یکسو و پاسداشت کرامت انسان و حقوق بشر از سوی دیگر، کشورهای مختلف را بر آن داشته تا در سطح جهانی و با توجه به روند جهانی شدن، نسبت به این موضوع اقدام کنند. این امر منجر به طرح پیشنهادی کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی شده است. از جمله اقدام‌های جهانی در مورد نظارت بر حق بر سلامت و سلامت جهانی، تهیه و پیشنهاد طرح ضوابط منسجم و هماهنگ جهانی است. در این زمینه، کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی، ایده مهمی برای چاره‌جویی چالش‌های نظارت بر سلامت جهانی است. اتخاذ چنین رویکردی از ادله متعددی سرچشمه می‌گیرد که از جمله آن‌ها عبارت از؛ بررسی بحران‌های پیش‌روی سلامت از منظر نظام بین‌المللی حقوق بشر، یافتن راه حل برای عوارضی که در

سطح جهان، همه گیر شده‌اند، اعتلای جایگاه حق بر سلامت در نظام بین‌المللی حقوق بشر، تقویت تعهدات دولت‌ها به رعایت مقررات سازمان جهانی بهداشت و کنوانسیون‌های مرتبط، احصای موانع اجرای حق بر سلامت در سطح ملی و بین‌المللی و ... است. باید توجه داشت که دولت‌ها در ارتباط با ضرورت مقابله با تهدیدات، مسایل و مشکلات سلامت، تعهداتی دارند. و به‌طور همزمان، هم، باید، از افراد تحت قلمرو (اتباع) خود حمایت کنند و هم حقوق بنیادین سایر افراد (غیر اتباع) و لو اینکه در سرزمین آن‌ها ساکن نباشند را رعایت نمایند.

با این رویکرد از نظر نگارنده، تعریف حقوق جهانی سلامت را می‌توان به شرح زیر ارایه کرد: «حقوق جهانی سلامت شامل کلیه قوانین و مقررات مصوب دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی ذیربط و ذیصلاح، برای حمایت سلامت مردم، به‌گونه مؤثر و کارآمد در سراسر جهان و برای همه مردم جهان است، تا موجبات دسترسی به بالاترین معیار سلامت جسمی، روحی و اجتماعی محقق شده و شأن و کرامت انسانی وی حفظ شود». حقوق جهانی سلامت به‌مثابه تعهد مشترک و برابر، مشارکت همه دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی، سازمان‌های مردم نهاد و خیریه، جامعه مدنی و ... را به‌منظور تقویت و اعتلای قوانین و مقررات حمایت سلامت برای کل جوامع جهان خواستار و بر ساختاری جهانی مبتنی بر جهان به‌مثابه یک جامعه واحد و کل حاکم است. حقوق جهانی سلامت برای دستیابی به اهداف و رسالت خود از اسناد و مقررات بین‌المللی «سخت» (برای مثال معاهداتی که برای دولت‌ها الزام ایجاد کرده) و «نرم» (برای مثال معاهدات ناظر بر رفتار متقابل و مورد مذاکره دولت‌ها) که هنجارها، فرایندها و نهادهایی را شکل می‌دهند تا موجب نیل همه مردم جهان به بالاترین معیار دست یافتنی سلامت جسمی و روحی شود، بهره‌برداری می‌کند.

اهمیت و ضرورت پژوهش

به نظر می‌رسد با توجه به جهانی بودن مسایل و آسیب‌پذیری‌های حقوق سلامت، لزوم مطالعه، پیرامون این حقوق در بعد جهانی اجتناب‌ناپذیر بوده و ضروری باشد. ملاحظه گستردگی سلامت و تنوع حوزه‌های مرتبط با آن و طیف بسیار پر دامنه اقداماتی که برای تحقق این حق لازم است به‌خوبی نشانگر آن است که حق بر سلامت نیازمند همکاری و مساعدت فردی و یا جمعی کشورها است. از آنجایی که مقوله سلامت، متعلق به یک کشور یا منطقه نیست و هیچ کشوری نمی‌تواند به تنهایی درباره «سلامت»، تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری کند، لذا سیاست‌های ملی سلامت در هر کشوری باید با اقدامات جهانی هماهنگ و هم‌سو باشد. بررسی و مطالعه بحران‌های پیش‌روی سلامت از منظر نظام بین‌المللی حقوق بشر، یافتن راه حل برای عوارضی که در سطح جهان، همه گیر شده‌اند را به‌منظور اعتلای جایگاه حق بر سلامت در نظام بین‌المللی حقوق بشر لازم نموده و از اینرو تقویت تعهدات دولت‌ها به رعایت مقررات سازمان جهانی بهداشت و کنوانسیون‌های مرتبط و احصای موانع اجرای حق بر سلامت در سطح ملی و بین‌المللی ضروری دانسته شده است. با بررسی منابع مختلف، خلأ موجود در زمینه موضوع این پژوهش، این دغدغه را برای نگارنده ایجاد

کرد تا سهمی هر چند کوچک در بررسی و شناسایی این حوزه تحقیق داشته تا متخصصان و دست‌اندرکاران را به توجه بیش از پیش نسبت به موضوع جلب کند. آنچه در این سیر بررسی قابل اهمیت است توجه به این نکته می‌باشد که همکاری و همبستگی جهانی دولت‌ها در این راه بسیار مهم است. با عنایت به حق بشری حق بر سلامت، این پژوهش، به این امید انجام شد تا راه‌گشای مناسبی در راستای انجام اقدامات مناسب و اصولی باشد.

پیشینه و نوآوری پژوهش

نظر به اینکه سلامت، پدیده‌ای است که مرز نمی‌شناسد و خطرهای متوجه آن می‌تواند جهانی باشند، ضرورت دارد توجه به این پدیده و مقابله با خطرهای متوجه آن نیز جهانی باشد. هر چند بررسی مقوله حق بر سلامت، موضوع جدیدی نیست اما توجه به آن باید به روز و همیشگی باشد. در نظام پژوهشی ایران با بررسی‌های به‌عمل آمده هیچ منبعی اعم از کتاب، مقاله، پایان‌نامه و رساله که «به‌صورت اختصاصی به موضوع مورد بحث این رساله» پرداخته شده باشد، یافت نشد. اما کتاب‌ها و مقاله‌های وزین و متعددی نگارش یافته‌اند که هر کدام از منظر و دیدگاه خاصی به حق بر سلامت، ماهیت و محتوای آن و عملکرد دولت‌ها و سازمان‌های ذیصلاح در این زمینه پرداخته‌اند. بدیهی است کتاب‌ها و مقاله‌های مورد اشاره به‌طور کامل به موضوع این پژوهش نپرداخته‌اند و از هر کدام از آن‌ها با توجه به ارتباط موضوعی، استفاده و بهره‌برداری شده است. لذا به‌نظر می‌رسد نقد و تحلیل آن‌ها در چارچوب اهداف این پژوهش نباشد. منابعی که در این زمینه می‌توان به‌طور نمونه و شاخص به آن‌ها اشاره کرد که با بخشی از موضوع تحقیق ارتباط دارند به ترتیب حروف الفبا عبارتند از:

کتاب حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌انضمام اسناد، صرفاً حاوی گزیده‌ای از حق‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. از آنجا که حق بر سلامت به‌مثابه حق بشری مندرج در نسل دوم حقوق بشر و در زمره حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و مبنای حقوق جهانی سلامت است، و برخورداری از حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و دستیابی به آن در اعلامیه جهانی حقوق بشر، حق هر انسان شناخته و دانسته شده است، لذا کتاب «حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌انضمام اسناد»، در بخش اول مورد استفاده و بهره‌برداری قرار گرفته است.

منابع لاتین مرتبط با موضوع تحقیق، نسبت به منابع فارسی دامنه گسترده‌تری دارند، از بین این منابع، موارد ذیل قابل توجه است:

«کتاب مقدمه‌ای بر حقوق جهانی سلامت»، به قلم میشل بلانژ و از انتشارات دانشگاه کمبریج است. در این کتاب حق بر سلامت، مبنای حقوق جهانی سلامت دانسته شده و در آن به بررسی مسایل و موضوعات مرتبط با حق بر سلامت و حقوق جهانی سلامت از حیث منابع و قلمرو پرداخته شده است. نگارنده کتاب

معتقد است حل امور سلامت از طریق قانون و به مدد حقوق در مقیاس جهانی میسر است. لذا این کتاب در بخش‌های اول و دوم مورد استفاده قرار گرفته است.

کتاب «حقوق جهانی سلامت»، نوشته لارنس گاستین از حقوقدانان فعال در امر حقوق سلامت است. هدف نگارنده به گفته خویش در مقدمه کتاب مزبور، ارایه تعریف و توصیف از عرصه حقوق جهانی سلامت در چارچوب جریان‌های وسیع نظارت جهانی بر سلامت، توصیف نظام‌مند و تحلیل منابع مهم حقوق و توسعه موضوع‌ها و پایه‌هایی که راهنمای حقوق جهانی سلامت در سده بیست و یکم می‌باشند، است. در کتاب حقوق جهانی سلامت بر اهمیت دیپلماسی و عامل‌های اقتصادی، اجتماعی که موجب شکل‌گیری مضمون و ساختار حقوق جهانی سلامت می‌شوند، تأکید شده است.

تأمین سلامت مردم و در پیوند دانستن آن با امنیت ملی، سعادت، رشد اقتصادی و توسعه پایدار که از طریق تعهدات هنجاری نسبت به حقوق بشر و عدالت اجتماعی ناشی می‌شود، موجب اعتلای حقوق جهانی سلامت است. نگارنده کتاب، حقوق جهانی سلامت را یکی از شاخه‌های حقوق بین‌الملل عمومی می‌داند که در دانشگاه‌های مختلف در سطح جهان تدریس می‌شود. وی اعتلای حقوق جهانی سلامت را وابسته به نهادهای مسئول که در این خصوص مأموریت داشته، دانسته و برای نقش نهادها به‌ویژه سازمان جهانی بهداشت و در کنار آن سازمان، کارگزاری‌ها و مؤسساتی مانند بانک جهانی، صندوق بین‌المللی پول، یونایدز و نهادهایی از این قبیل اهمیت قائل است. لذا این کتاب مخاطبان مختلف اعم از حقوقی و غیر حقوقی دارد. گاستین «برابری سلامت، همبستگی جهانی، کمک سلامت، کمک بین‌المللی، نظارت مطلوب» را موجب نیل به سلامت جهانی با عدالت می‌داند. از آنجا که نامبرده، پیشنهاد دهنده طرح کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی است و با توجه به روند جهانی شدن حق بر سلامت، علاوه بر توضیح طرح مزبور، در این پژوهش، در فصول مرتبط با موضوع کتاب در هر دو بخش، از آن استفاده شده و به تدوین این بحث یاری رسانده است.

اهداف پژوهش

- ارایه شرح سازمان یافته و تحلیلی از حقوق جهانی سلامت به‌منظور تضمین دسترسی عادلانه حق بر سلامت برای همه،
- پایبند دانستن دولت‌ها به ایفای تعهدات خود در خصوص حق بر سلامت،
- بررسی قلمرو حقوق جهانی سلامت به‌منظور اعتلا و گسترش آن،
- متعهد دانستن دولت‌ها نسبت به اسناد و منابع موجود به‌منظور تأمین دسترسی به بالاترین معیار سلامت جسمی، روحی و اجتماعی جهت برخورداری از زندگی توأم با شأن و کرامت،
- استفاده و بهره‌برداری از ظرفیت‌های بازیگران غیردولتی در جهت اعتلای حقوق جهانی سلامت،

- سازمان‌دهی مقررات سلامت تصویب شده و اعتلای حق بر سلامت برای بشریت،
- تأکید بر اینکه قواعد حقوق بشری از آنچنان اهمیتی برخوردارند که در هیچ شرایطی نمی‌توان آن‌ها را نادیده انگاشت.

پرسش‌های پژوهش

در این پژوهش سعی شده است به پرسش‌های زیر پاسخ داده شود:

پرسش اصلی:

چه رابطه‌ای میان شکل‌گیری حقوق جهانی سلامت و ملاحظات دولت‌ها با توجه به مبانی، منابع، قلمرو و گستره جهانی حقوق جهانی سلامت وجود دارد؟

پرسش فرعی اول:

وجود اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری تا چه میزان دولت‌ها را نسبت به حق بر سلامت متعهد نموده است و این اصول بنیادین، اسناد و تعهدات چه رابطه‌ای با ملاحظات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت برقرار کرده است؟

پرسش فرعی دوم:

چه رابطه‌ای میان تعهدات دولت‌ها و روند جهانی شدن در خصوص حق بر سلامت در اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری وجود دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی:

بررسی حقوق جهانی سلامت نشان می‌دهد ایمان به حقوق بنیادین بشر، به کرامت و ارزش شخص انسان مندرج در دیباچه منشور سازمان ملل متحد به‌عنوان تعهد دولت‌ها، موجب شده است حق برخورداری از بالاترین معیار دست‌یافتنی سلامت، به‌مثابه یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام بین‌المللی حقوق بشر به‌رسمیت شناخته شده و به‌طور صریح، مشخص و مفصل وارد جریان مقررات حقوق بین‌الملل بشر شود. لذا بررسی حق بر سلامت به‌عنوان مبنای حقوق جهانی سلامت بیانگر آن است که میان شکل‌گیری حقوق جهانی سلامت و ملاحظات دولت‌ها رابطه تعیین‌کننده‌ای وجود داشته و وجود منابع و گستردگی قلمرو از حیث رشته‌های مرتبط با آن، بیانگر آن است که اصل تعهد فوری و مستقیم دولت‌ها به اتخاذ اقدامات عینی، سنجیده، ملموس و هدف‌دار برای تحقق حقوق سلامت (در معنای اعم) در اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری، مقید یا محدود به ملاحظات دیگر نشده است.

فرضیه فرعی اول:

اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری در خصوص حق بر سلامت عامل تعیین‌کننده‌ای نسبت به ملاحظات دولت‌ها بوده و اجرای تعهدات ناشی از میثاق، بدون هر نوع قید و شرط و فوراً باید صورت گیرد.

دولت‌های عضو نمی‌توانند به بهانه وجود مشکلات و ملاحظات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در اجرای تعهدات مزبور قصور نمایند.

فرضیه فرعی دوم:

سلامت، پدیده‌ای است که مرز نمی‌شناسد و خطرهای متوجه آن می‌تواند جهانی باشند، ضرورت دارد توجه به این پدیده و مقابله با خطرهای متوجه آن نیز جهانی باشد. مقررات حمایت سلامت برای کل جوامع جهان است. بنابراین باید بر همه مردم جهان حاکم باشد و جهان‌شمولی، ضرورتی است برای جلوگیری از تفرقه در کارآیی حمایت سلامت که همه باید آنرا گردن نهند. هیچ کشوری نمی‌تواند به تنهایی درباره «سلامت»، تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری کند، بلکه سیاست‌های ملی سلامت در هر کشوری باید با اقدامات جهانی هماهنگ و هم‌سو باشند. از آنجا که «راه دیگری برای تضمین سلامت مردم غیر از همیاری و اقدام اجتماعی وجود ندارد»، لذا با توجه به بند «ج» ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد مبنی بر احترام جهانی و مؤثر حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه ...، تعهدات مندرج در اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشر، عامل تعیین‌کننده‌ای نسبت به رشد روند جهانی شدن و تثبیت حق بر سلامت بوده و در ارتقاء و گسترش حقوق جهانی سلامت اثر دارند.

روش پژوهش

روش تحقیق پژوهش حاضر، توصیفی-تحلیلی است. مفهوم و مبنای حقوق سلامت در معنای اعم مورد مطالعه واقع و با توصیف و توضیح آن‌ها، و تفسیر اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری، تعهدات مندرج در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد تحلیل واقع و به بررسی نظرات و دیدگاه‌های مختلف، پرداخته شده است. ضمن استخراج مطالب از منابع در دسترس و تفسیر و توصیف آن‌ها، آنچه که هست بیان گردیده است، و سعی شده است با تحلیل مطالب موجود، مشکلات مرتبط با موضوع تحقیق، مطرح و راه‌حل‌های مناسب برای رفع و برطرف کردن و یا کاهش آن‌ها ارائه شوند.

سازمان‌دهی پژوهش

این رساله در یک مقدمه و دو بخش تهیه و تنظیم شده است.

در مقدمه به بیان مسأله، اهمیت و ضرورت، پیشینه و نوآوری، اهداف، پرسش‌ها، فرضیه‌ها، روش و سازمان‌دهی پژوهش پرداخته شده است.

بخش اول دارای چهار فصل است که در خصوص فرضیه اصلی رساله در طی این چهار فصل به این نتیجه دست یافته شد که حقوق جهانی سلامت با توجه به مبانی آن یعنی حق بر سلامت و حقوق بشر، به لحاظ موضوعی قدمتی به اندازه آغاز خلقت بشر دارد. وجود اسناد متعدد منطقه‌ای و بین‌المللی از قبیل؛ منشور سازمان ملل متحد، اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاقین به‌ویژه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و سایر اسناد مرتبط، بر احترام جهانی و همکاری و تلاش

جهت ارتقاء آن صحنه گذاشته است. در این پژوهش و با توجه به منابع این رشته حقوقی و اسناد متعدد پیش‌گفته، تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت، ملاحظات آن‌ها را در جهت احترام و ارتقای حقوق جهانی سلامت تحت تأثیر قرار داده است. لازم به توضیح است که مباحث مطرح شده در بخش دوم به تکمیل و تثبیت این فرضیه به شرح زیر یاری رساند.

بخش دوم دارای سه فصل بوده و به فرضیه فرعی اول و دوم رساله در این بخش اینگونه پاسخ داده شد که حقوق جهانی سلامت و از طرفی رشد روند جهانی شدن حقوق سلامت (در معنای اعم)، گسترش مبانی مرتبط، منابع حقوقی و تعاملات میان رشته‌ای، بر ملاحظات دولت‌ها اثر گذاشته و اصل تعهد فوری و مستقیم دولت‌ها به حرکت سریع و مؤثر به سمت آرمان‌های شریف انسانی و اتخاذ اقدامات عینی، سنجیده، ملموس و هدف‌دار برای تثبیت، تضمین و اعتلای حقوق سلامت (در معنای اعم)، در اسناد مزبور، مقید یا محدود به ملاحظات دیگر نشده است. در حقیقت، اجرای تعهدات ناشی از عهدنامه‌ها، بدون هر نوع قید و شرط و فوراً باید صورت گیرد. دولت‌های عضو نمی‌توانند به بهانه وجود مشکلات و ملاحظات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در اجرای تعهدات مزبور قصور نمایند.

طبق اسناد موجود (به‌ویژه بند ۳ ماده ۱ و مواد ۵۵ و ۵۶ منشور سازمان ملل متحد)، «همکاری بین‌المللی و همبستگی جهانی» موجب تحقق هدف سلامت برای همه و اعتلای حقوق جهانی سلامت می‌شود.

بخش اول

حقوق جهانی سلامت: از مبانی، منابع و قلمرو تا گستره جهانی

مقدمه

بیش از یک دهه است که شرح نظام‌مند سلامت جهانی صورت گرفته است. سلامت جهانی و حقوق مرتبط با آن، مفهومی است که در دو دهه اخیر در مجامع دانشگاهی، نزد سیاست‌مداران و دست‌اندرکاران امر سلامت مطرح و قانون توجه و تعهدات شده است. با توجه به رویکرد حق-محور معاهدات بین‌المللی نسبت به سلامت و غیر قابل انفکاک بودن آن از حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و مدنی و نیز اهمیت هنجاری حقوق بشر و معیار بودن از حیث پاسخگویی در زمینه حمایت‌ها و آزادی‌های مرتبط، می‌توان گفت سلامت، از اساسی‌ترین نیازهای انسان است و هیچ‌یک از افراد جامعه را نمی‌توان از آن محروم کرد. سلامت به مثابه یک پدیده چند بعدی و چند لایه در زمره حقوق اولیه انسان است و با توجه به اینکه ارتباط کاملاً واضح و مستقیم بین پیشرفت‌های انسان و وضعیت سلامت در جامعه بشری وجود دارد، این موضوع به صورت گسترده‌ای در طول تاریخ بشر بررسی شده است.

حق بر سلامت به مثابه حق بر حیات با وجود نظام اقتصادی که در آن هر فرد بتواند کالاها و خدمات کافی برای تأمین و توسعه سلامت را کسب کند، تحقق می‌یابد و در صورت وجود نظام اقتصادی کارآمد، سایر زمینه‌ها محقق شده و حق بر سلامت اعتلا می‌یابد. با عنایت به بند ۳ ماده ۱ منشور سازمان ملل متحد مبنی بر حصول همکاری بین‌المللی در حل مسایل بین‌المللی دارای جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، یا بشردوستانه و حل مسایل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی، سلامت و مسایل مربوط به آن‌ها و همکاری بین‌المللی و فرهنگی و آموزش و همچنین تأکید میثاق بین‌المللی - حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۱ ماده ۲ خود، در این بخش طی چهار فصل، با مفهوم‌شناسی و بررسی سیر تحول و با توجه به مبانی حقوق جهانی سلامت، یعنی حق بر سلامت که حق ذاتی تمام ابناء بشر است و همه مردم باید منصفانه از بالاترین معیار دست یافتنی سلامت جسمی، روحی و اجتماعی بهره‌مند گردند، و با استناد به منابع حقوق جهانی سلامت و تفسیر آن‌ها و بررسی قلمرو و طیف بسیار گسترده رشته‌هایی که با این حقوق در ارتباط هستند، به پرسش اصلی پاسخ داده شده است.

فصل اول

مفهوم شناسی و سیر تحول موضوع

از دوره‌های نخستین تاریخ بشری، حاکمان، اقداماتی را به منظور بهبود سلامت مردم اتخاذ می‌کردند.^۱ سلامت، از حیث اهمیت حیات انسان و محترم بودن آن و به مثابه یکی از حقوق ثابت و مسلم همه انسان‌ها، دست‌کم از پنج قرن پیش مورد توجه جدی‌تر بوده است.^۲ این مفهوم را می‌توان در دوران باستان نیز در متن‌های مرتبط با سلامت و پزشکی کهن از جمله در متن‌های بقراطی احراز کرد. دموکریتوس در کتاب خود موسوم به «پرهیزهای غذایی» که در قرن پنجم پیش از میلاد مسیح به رشته تحریر درآمده است، تصریح می‌کند که: «بدون سلامت هیچ چیز به کار نیاید، نه پول و نه هیچ چیز دیگر». دو هزار سال پس از آن، رنه دکارت، حکیم فرانسوی، می‌گوید: «سلامت متعالی‌ترین فضیلت است». وی در کتاب گفتار در روش^۳ راه بردن عقل که در سال ۱۶۳۷ انتشار یافته است، می‌نویسد: «حفظ سلامت بی‌تردید نخستین فضیلت و مبنای همه فضایل زندگانی» است.

اهمیت خاص سلامت از این حیث است که در وهله اول، به‌طور مستقیم با رفاه فرد در ارتباط است و در وهله دوم، سلامت موجب می‌شود فرد، اهداف و طرح‌های مختلف زندگی خود را که به دلایلی برای آن‌ها ارزش قابل است به‌دور از هر دغدغه‌ای، دنبال کند.^۴

از نظر سیر تحول، همایش آلماتا در سال ۱۹۷۸ را می‌توان نقطه عطف، تحول نمونه و رهگشا در بررسی‌های مربوط به سلامت و پزشکی در نظر گرفت. در بیانیه رسمی این همایش، عوامل تعیین‌کننده سلامت و ابعاد مختلف آن، تصریح و مشخص شده‌اند و این همایش، بینش عموم مردم و کارشناسان را نسبت به مقوله سلامت تغییر داد و حق بهره‌مندی از سلامت را در زمره حقوق بنیادین بشر تعریف، و نیز

۱. آسپیورن، آ.، کراوزه، ک.، روساس، الف.، حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌انضمام اسناد (۲۰۱۲)، ترجمه: اردشیر امیرارجمند و گروه همکاران (۱۳۹۱). تهران: انتشارات مجد، ص ۱۷۵.

۲. باقری لنگرانی، ک. (۱۳۸۹)، درآمدی بر عدالت در نظام سلامت، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت و مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شیراز، ص ۱۲.

۳. Discourse de la Methode

و نیز در این خصوص رجوع شود به: فروغی، م. (۱۳۹۰)، سیر حکمت در اروپا و گفتار در روش راه بردن عقل، تهران: انتشارات زوار.

۴. آناناد، س. و دیگران (۱۳۹۰)، عدالت و اخلاق در سلامت، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ص

برای اولین بار با مطرح نمودن برنامه «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰»، به شکل جدی، تحقق آنرا در سطح بین‌المللی دنبال کرد.^۱

با توجه به رویکرد حق-محور معاهدات بین‌المللی نسبت به سلامت و غیر قابل انفکاک بودن آن از حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و مدنی و نیز اهمیت هنجاری حقوق بشر و معیار بودن از حیث پاسخگویی در زمینه حمایت‌ها و آزادی‌های مرتبط، می‌توان گفت سلامت، از اساسی‌ترین نیازهای انسان است و هیچ‌یک از افراد جامعه را نمی‌توان از آن محروم کرد.^۲

سلامت فرد و جامعه در گرو ارایه خدمات با کیفیت، مناسب و متناسب با نیاز آنها است. «آمارتیا سن» یکی از برندگان جایزه نوبل اقتصاد در سال ۱۹۹۸ معتقد است: «سلامت همانند آموزش و پرورش از نیازهای اساسی محسوب می‌شود که به زندگی انسان‌ها ارزش می‌دهد». به عقیده «کوفی عنان» دبیرکل سابق سازمان ملل متحد، «سلامت خوب و مناسب، خواسته انسان‌ها اعم از مرد و زن در تمام جهان است و وجود مرگ‌های زودرس ناشی از برخی بیماری‌ها و کنترل بیماری‌ها، اولین دغدغه کلیه جوامع بوده و سلامت جزء حقوق اساسی بشر محسوب می‌شود».

بنا به خرد حاکم بر کلیه فرهنگ‌ها، «سلامت ثروت است».^۳ بهره‌مندی از سلامت، موجب پیشرفت افراد در عرصه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، خواهد شد و افزون بر این عرصه‌ها، باعث افزایش بهره‌وری شغلی، افزایش ظرفیت یادگیری و توانمندی رشد جسمی، روحی و سطح مطلوب هوشی می‌شود.^۴ مطالعات انجام شده در خصوص سلامت، نگرش‌های مختلفی را نشان می‌دهند که در میان آنها چهار نگرش اصلی عبارتند از:

۱- «سلامت به مثابه حق»: بر اساس این نگرش، دولت موظف است کلیه موانع دسترسی به سلامت را از میان بردارد و شرایط لازم برای تأمین و حفظ سلامت آحاد جامعه را فراهم کند. در این صورت، مراقبت‌های سلامت فقط جزئی از سلامت محسوب می‌شوند.

^۱ و دادهیر، الف. ساداتی، م. (۱۳۹۰)، سلامت در زندگی اجتماعی - فرهنگی شهر، بازنگری در آراء و مطالعات اجتماعی - فرهنگی مرتبط با سلامت در کلان شهر تهران، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ معاونت امور اجتماعی و فرهنگی اداره کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، ص ۲۲.
^۲ در این خصوص رجوع شود به:

Beracochea, E., Weinstein, C., & Evans, D. (2015). *Rights-Based Approaches to Public Health*, Springer Publication Company. ; Gruskin, S., Bogecho, D., & Ferguson, L. (2010), Rights-Based Approaches' to Health Policies and Programs: Articulations, Ambiguities, and Assessment, *Journal of Public Health Policy*, 31, 129-145. ; World Health Organization and United Nations Human Rights (2014), A Human Rights-Based Approach to Health, Development of Ethics, Equity, Trade and Human Rights (ETH), Information, Evidence and Research (IER) & Human Rights and Economic and Social Issues Section & Millennium Development Goals Section, pp. 1-4.

^۳ Health is Wealth

^۴ طریقت منفرد، م. و دیگران (۱۳۸۷)، اصول و مبانی سیاست ملی سلامت: مطالعه تطبیقی، تهران: دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، صص ۸-۷.

۲- «مراقبت‌های سلامت به‌مثابه حق»: در این شکل، دسترسی عادلانه به مراقبت‌های سلامت، هدف اصلی بوده و دسترسی به مراقبت سلامت هم‌تراز برابری در دسترسی به غذا، مسکن و سایر حقوق بشر مرتبط با سلامت تلقی می‌شود.

۳- «سلامت به‌مثابه کالای مصرفی»: ^۱ مطابق این دیدگاه، سلامت از دید افراد مهم است و دولت، مسئولیت خاصی در تأمین آن ندارد. وظیفه دولت، محدود به تضمین کیفیت مراقبت‌ها (مانند سایر کالاها) است و وظیفه‌ای در برابر دسترسی عادلانه به خدمات سلامت ندارد.

۴- «سلامت به‌مثابه سرمایه‌گذاری»: ^۲ در این نگاه، سلامت به‌مثابه حفظ توانمندی و بهره‌وری نیروی کار تلقی می‌شود که بر تولید از طریق کاهش میزان غیبت در کار و کاهش آثار معلولیت‌زا، تأثیر می‌گذارد. در این صورت، سلامت وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف مزبور تلقی می‌شود. ^۳

با سنجش موارد بالا به‌نظر می‌رسد نگرش اول، یعنی «سلامت به‌مثابه حق»، نگرش مناسب‌تری تلقی شده و هر کس حق دارد از بالاترین معیار دست‌یافتنی سلامت جسمی، روحی و اجتماعی برخوردار شود. هر دولتی نیز موظف است با تأمین شرایط لازم، تلاش کند کلیه موانع دسترسی به سلامت و برخورداری از سلامت را برای اتباع خود از میان بردارد و یا کاهش دهد.

در این بخش با مفهوم‌شناسی و بررسی سیر تحول و با توجه به مبنای حقوق جهانی سلامت، یعنی حق بر سلامت که حق ذاتی تمام ابناء بشر است و همه مردم باید منصفانه از بالاترین معیار دست‌یافتنی سلامت جسمی، روحی و اجتماعی بهره‌مند گردند، و با استناد به منابع حقوق جهانی سلامت و تفسیر آن‌ها و بررسی قلمرو و طیف بسیار گسترده رشته‌هایی که با این حقوق در ارتباط هستند، به پرسش اصلی پاسخ داده شده است. لذا طی مباحث، گفتارها و بندهای آتی این موضوعات به تفصیل بررسی می‌شوند.

سلامت به‌مثابه یک پدیده چند بعدی و چند لایه در زمره حقوق اولیه انسان است و با توجه به اینکه ارتباط کاملاً واضح و مستقیم بین پیشرفت‌های انسان و وضعیت سلامت در جامعه بشری وجود دارد، تعاریف گسترده‌ای از آن در طول تاریخ بشر ارایه شده است. ^۴ واژه سلامت ریشه در ادبیات حوزه سلامت انسان دارد. با این حال در زبان‌های مختلف، واژه‌های متعدد و گوناگون برای سلامت استفاده می‌شود. ^۵ به‌منظور ایضاح مفهوم و اصطلاح سلامت، در مبحث بعد به ارایه تعریف و بررسی تاریخچه سلامت و اصطلاحات مرتبط با آن پرداخته می‌شود.

^۱ Health as Consumption Good

^۲ Health as Investment

^۳ همان، صص ۲۲-۲۳.

^۴ ودادهیر، ا، پیشین، ص ۲۱.

^۵ ابویی مهریزی، م. (۱۳۹۳)، روابط بین‌الملل سالم: تلاش برای تطبیق نظری و عملی دو حوزه سلامت و سیاست بین‌الملل بحثی در چارچوب مباحث حکمرانی سلامت جهانی، تهران: مؤسسه کتاب مهربان نشر، ص ۲۴.

مبحث اول: تعریف و تاریخچه سلامت و اصطلاحات مرتبط

دایره‌المعارف بریتانیکا، سلامت را اینگونه تعریف کرده است: «سلامت، در انسان، عبارت از میزان توانایی مداوم جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی فرد برای تحمل محیط است».^۱ سلامت مفهومی چند بعدی^۲ و عده‌ای معتقدند شامل بعدهای جسمی، روحی، روانی،^۳ معنوی^۴ و اجتماعی است. از میان ابعاد سلامت، بعد جسمی، قابل فهم‌ترین و آشکارترین مفهوم سلامت است. عده‌ای معتقدند از نظر فردی، علایم سلامت جسمی شامل رنگ و روی خوب، پوست تمیز، چشمانی براق، بوی خوشایند و ... می‌باشد.^۵ سلامت متضمن در دسترس

^۱. <http://www.Britannica.com>, London: Emperor Soft 2015, Last visited (1.4.2016)

^۲. سمعی، م. و دیگران (۱۳۸۹)، سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار، مسائل اجتماعی ایران، مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی رضوی، سال اول، دوره ۱، شماره ۲، ص ۱. قابل دسترسی در پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی.

^۳. همه ابعاد سلامت مهم و مکمل هم می‌باشند. سازمان جهانی بهداشت در یک عبارت ساده اینگونه نتیجه‌گیری می‌کند که: سلامت روان (که از مدت‌ها پیش مورد غفلت واقع شده است) نقش حیاتی در سلامت همه افراد، جوامع و کشورها دارد و باید در سراسر دنیا مورد توجه و عنایت ویژه قرار گیرد. از اینرو شعار روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ این بود: «طرد کردن بس است، از بیماران روانی مراقبت کنیم» «Stop exclusion-Dare to care»، برای کسب اطلاعات بیشتر رجوع شود به: فتاح زاده، الف. و دیگران (۱۳۸۲)، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱: سلامت روان: درکی نو، امیدی نو، تهران: مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، ص ۱۳. سلامت روان مبحث مهمی در آسیب‌شناسی روان‌شناختی است که اهمیت آن در بین گروه‌های آسیب‌پذیر دو چندان است. در این خصوص رجوع شود به: سواری، ح.، قمری کیوی، ح.، نادر، م. و اسماعیلی، م. (۱۳۹۳)، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان مصرف‌کنندگان کراک، فصلنامه علمی- ترویجی سلامت اجتماعی و اعتیاد، سال اول، شماره ۴، ص ۴۷.

^۴. آرایه تعریفی واحد از سلامت معنوی به دلیل تفسیر پذیری دو مفهوم از یک سو و تغییرات قابل توجه در تعبیر آرایه شده از «معنویت» و «سلامت» آن‌ها از سوی دیگر دشوار و چالش برانگیز است. علیرغم پژوهش‌های بسیاری که در مورد سلامت معنوی در طول دهه‌های گذشته انجام شده، فقدان آرایه تعریفی جامع و قابل قبول از آن مشاهده می‌گردد. بسیاری از مطالعات میان معنویت و مذهب تفکیکی قائل نشده و برخی دیگر اگر چه اشتراک عمیقی بین این دو مفهوم در نظر گرفته‌اند، آن‌ها را یکسان تلقی نمی‌کنند. در این رابطه بخش عمده مطالعات، مربوط به آیین مسیحیت بوده و تلاش‌های اندکی در خصوص تعریف سلامت معنوی از دیدگاه دین مبین اسلام صورت پذیرفته است. از اینرو گروه سلامت معنوی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، مطالعات فراوانی را از دانشمندان مختلف، فراخوان نموده و پس از بحث و تبادل نظر، تعریف سلامت معنوی بدین شرح مورد توافق قرار گرفت: «سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است، فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به‌طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور به‌کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آن‌ها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابد. در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م. و دیگران (۱۳۹۳)، طراحی و روانسنجی پرسشنامه‌ی جامع سنجش سلامت معنوی در جامعه‌ی ایرانی، فصلنامه اخلاق پزشکی، شماره سی‌ام، صص ۲۷-۲۸.

^۵. باباخانی، م. و دیگران (۱۳۹۲)، رابطه عدالت توزیعی و سلامت در ایران، مجله علمی- پژوهشی/ISC رفاه اجتماعی، شماره ۴۶، ص ۲۶۶.

بودن، موجود بودن و قابل تهیه بودن است و اجرا شدن آن منوط به اثر متقابل موضوعات مختلف و همکاری بین رشته‌ای و نیز مشارکت نزدیک طیفی از بخش‌ها و طبقات دولتی می‌باشد.^۱ در گذشته، سلامت در مقابل بیماری تعریف و برای موجود زنده به کار برده می‌شد، اما امروزه سلامت به صورت کلی و تکراری، در موارد مختلفی چون مناسبات و روابط انسانی، سازوکار اداری و شرایط اقتصادی و اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد.^۲ بشر از دوران باستان برای ارتقای سطح سلامت جامعه و محل زندگی خود، تلاش نموده است چرا که نیاز به برخورداری از سلامت و گریز از بیماری‌ها، ریشه در فطرت آدمی داشته و به مثابه حقی جهان‌شمول و صرفنظر از زمان و مکان، مورد توجه ویژه او بوده است. سلامت و فقدان آن تنها توسط ژن‌ها و میکروب‌ها تعیین نمی‌شود بلکه یک ارزش ذاتی است و لازمه پیشرفت و رفاه انسان‌ها می‌باشد که عوامل تأثیرگذار بر آن، شامل عوامل و شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی، وجود شبکه خدمات بهداشتی و درمان و کیفیت و نحوه آرایه آن‌ها و نیز شیوه زندگی و رفتارهای بهداشتی مردم می‌باشند.^۳ سلامت عاملی مهم در رفاه و کرامت فرد انسان است.^۴

در زبان فارسی واژه «سلامت» مترادف واژه بهداشت و هر دو به ترتیب معادل اصطلاح‌های Health^۵ و Hygiene^۶ به کار برده شده‌اند. هر چند فرهنگستان زبان ایران در دهه ۱۳۱۰ شمسی واژه «بهداشت»^۷ را معادل اصطلاح Hygiene پیشنهاد و تصویب کرده است، معذک واژه بهداشت،^۸ معادل اصطلاح‌های «صحت»^۱ و

۱. نامی پارسا، ن. (۱۳۹۳)، تأمین دارو: حقوق و تکالیف دولت‌ها در نظام بین‌المللی، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ص ۸۲. و برای کسب اطلاعات بیشتر در این خصوص رجوع شود به:

Greve, J. (2008), Healthcare in Developing Countries and the Role of Business: A Global Governance Framework to Enhance the Accountability of Pharmaceutical Companies, *Corporate Governance*, 8 (4), 490-505.

۲. ابویی مهریزی، م.، پیشین، صص ۲۴-۲۲. به نقل از:

Behnke, R. (2012), What is Health?, retrieved from www.articlesbase.com/health-article/whatishealth, Last visited (1.4.2016)

۳. نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۸۲.

۴. آسپورن، الف.، پیشین، ص ۱۷۳.

۵. Health: The state of being physically and mentally healthy, and freedom from pain or sickness, Sydney Hornby, A., Cowie, Anthony P., and Windsor Lewis, J. (2010), *Oxford Advanced Learner's Dictionary*, Oxford: Oxford University Press, 8th edition, p. 719. ; Garner, B.A. (2014), *Black's Law Dictionary*, Printed in the States of America, 10th edition, pp. 836-7.

۶. Hygiene: The practice of keeping yourself and your living and working areas clean in order to prevent illness and disease, Sydney Hornby, A., Oxford Advanced Learner's Dictionary, op.cit., p. 762.

۷. فرهنگستان ایران (۱۳۱۹)، واژه‌های نو، تهران: چاپخانه تهران، ص ۱۳.

۸. آسکلپیوس یا اسقلپیوس اول (به زبان یونانی Ασκληπιός، به زبان لاتین: Aesculapius) ایزدگونه پزشکی و درمان در اساطیر یونان باستان بود. آسکلپیوس نشانگر جنبه درمانی دانش پزشکی است و دخترانش هیگیه یا هیژی، مدیترینه و پاناسا به ترتیب نمایانگر نیروهای بهداشت، پزشکی و درمان دردها هستند. وی افکار نوینی را در طبابت آن روز یونان به وجود آورد. او به مردم دستوراتی می‌داد که چگونه عمل کنند تا بیمار نشوند و به افتخار دخترش «هیژی» این علم را به زبان یونانی «هیژی‌نیوس» نام نهاد که امروزه آنرا به زبان انگلیسی «های‌جین» می‌گویند. به نقل از: <http://www.tebyan.net>؛ بهداشت عبارت است از شرایط و روش‌هایی که به حفظ سلامت کمک کرده و از گسترش بیماری یا اختلال جلوگیری می‌کند و باعث دستیابی و ارتقاء سلامت و تندرستی می‌شود. بهداشت به معنی «نگاه‌داشتن تندرستی، حفظ صحت، وسیله نگهداری سلامت» است. «بهداشت»؛ دهخدا، ع. (۱۳۷۷)، لغت‌نامه دهخدا (چاپ دوم)،

«سلامت» عربی رایج در فارسی و یا اصطلاح Health انگلیسی کاربرد داشته و دارد.^۲ چنانکه در ترجمه نام «سازمان جهانی بهداشت» به زبان فارسی، اصطلاح سلامت با بهداشت برابر تلقی شده است.^۳ واژه «سلامت» در ماده (۱۲) میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در عبارت «حق بهره‌مندی از بالاترین معیار دست یافتنی سلامت جسمی و روحی»^۴ به کار رفته است. با توجه به مفهوم‌سازی سلامت و بهداشت،^۵ در این نوشتار، واژه سلامت و بهداشت را به یک معنا دانسته و مطابق عنوان لاتین سازمان جهانی بهداشت، از واژه «سلامت» معادل اصطلاح «Health» استفاده می‌شود.

چنانکه در ابتدای بحث مطرح شد مهم‌ترین هدف همایش آلمان‌آتا تحقق «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» بود.^۶ به منظور تحقق چنین هدفی، راهبرد تأمین مراقبت‌های اولیه سلامت و مقابله با عواملی که ریشه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی دارند و به نحوی سلامت انسان‌ها را، در سطوح متفاوت مخدوش می‌کنند، در دستور کار آن همایش قرار گرفت. همچنین در همایش مزبور، ارتقاء سلامت به معنی «توانمندسازی مردم برای کنترل هرچه بیشتر و بهبود و اعتلای سلامت فردی‌شان»^۷ به عنوان مسیر اصلی دستیابی به هدف «سلامت برای همه» معرفی شد. افزون بر این، این نشست از این حیث که توجه همگان را

جلد چهارم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران؛ معین، م. (۱۳۷۱)، فرهنگ فارسی (چاپ هشتم)، جلد اول، تهران: انتشارات امیرکبیر، ص ۶۱۱؛ همچنین در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م. و دیگران (۱۳۹۲)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هشتم، شماره ۳۰، ص ۱۸۴.

۱. واژه عربی «صحت» دارای معانی ضمنی بسیاری است. این واژه مانند واژه «سلامت»، تداعی کننده نوعی کمال و تمامیت وجودی است که منجر به امنیت انسان می‌شود. به علاوه، این واژه متضمن زندگی متعادل و میانه است که از افراط و تدریج در رفتار اجتناب می‌کند. بر هم زدن این تعادل، باعث بیماری جسمی می‌شود. در بیشتر نظام‌های دینی، بیماری را خواه فردی باشد یا جمعی، به عنوان نوعی بلای مادی تلقی می‌کنند که در نتیجه تجاوز به منابع اسرارآمیز حیات به وجود می‌آیند و افراد بر آن‌ها کنترلی ندارند. ساشادینا، ع. (۱۹۵۲)، اخلاقیات زیست پزشکی اسلامی، ترجمه: محمود عباسی و دیگران (۱۳۹۰)، تهران: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا، انتشارات حقوقی، ص ۱۳۶-۱۳۵.

۲. واژه Health برگرفته از ریشه heal و hala به معنی تمام و کامل بودن (wholeness) است که نشان دهنده مقوله‌های تندرستی فرد کامل، تمامیت، صحت و آسایش اوست. سجادی، ح.، صدرالسادات، ج. (۱۳۸۳)، شاخص‌های سلامت اجتماعی، مجله علمی- پژوهشی اطلاعات سیاسی - اقتصادی، سال نوزدهم، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸، ص ۲۴۴؛ ابویی مهریزی، م.، پیشین، ص ۲۲.

۳. فلاحی، ف.، نوری، م. (۱۳۸۸)، حقوق بین‌الملل سلامت زنان، تهران: انتشارات گنج دانش، ص ۲۸.

4. The Right of Every One to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Marks, S.P. (2015), *The Emergence and Scope of the Human Right to Health*, Published to Oxford Scholarship, Chapter 1, p. 3.

۵. بهداشت متشکل از دو کلمه به یا بهی (وضعیت مطلوب) و داشتن است و به طور خلاصه مفهوم آن نگاه داشتن وضعیت مطلوب سلامت می‌باشد. در این خصوص رجوع شود به عباسی، م.، گنج‌بخش، م. (۱۳۹۳)، درآمدی بر عدالت در سلامت، چاپ اول، تهران: مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، انتشارات حقوقی، صص ۴۲-۴۷.

۶. ودادهیر، ا.، پیشین، ص ۲۲.

۷. این هدف در نهایت منجر به تصویب منشور ۱۹۸۶ اوتاوا در خصوص ارتقای سلامت شد که توضیح آن متعاقباً در فصل اول بخش دوم خواهد آمد.

به اتخاذ رویکردی جدی و با اهمیت نسبت به عامل‌های اجتماعی سلامت و نیز به روش مشارکت در حل مسائل مرتبط با سلامت جلب کرده است، نقطه عطف تاریخی محسوب می‌شود. سلامت صرفاً حاصل موقعیت فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی برتر افراد نیست. سلامت متأثر از وضعیت کنونی افراد در موقعیت‌های خاص جوامع و در بافت اجتماعی مربوط، و همچنین بازتاب وجود یا عدم وجود ضوابط و مبانی مشخص سلامت است. معیار سلامت مطلوب در واقع از دو جنبه «بهترین سطح میانگین قابل دستیابی» و «کمترین تفاوت میان افراد و گروه‌ها در این دستیابی» (منصفانه بودن) مطرح است. سه شاخص امید به زندگی در بدو تولد، مرگ و میر کودکان زیر پنج سال و نیز مرگ و میر بالغان ۵۹-۱۵ ساله، از شاخص‌هایی هستند که برای تعیین سطوح سلامت جامعه مورد استفاده قرار گرفته‌اند. شاخص‌های فوق کمتر به کیفیت زندگی پرداخته و کاهش میزان مرگ و میر و افزایش طول عمر را مدنظر داشته‌اند. اعتلای سلامت، دربرگیرنده سه عامل آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری است که بدون برنامه‌ریزی موزون، هماهنگ، همزمان و برابر برای هر یک از این سه عامل، نمی‌توان به اعتلای سلامت مردم امید داشت.^۱ سلامت دارای عوامل متعددی است که تأثیر متقابل آن‌ها، وضعیت سلامت مطلوب، نامطلوب، ضعیف و یا وخیم را تعیین می‌کنند و هم درون شخص و هم بیرون از او و هم در جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، قرار دارد. این عوامل، بر هم اثر گذارند و در نتیجه، ممکن است سلامت، ارتقاء یا وخامت یابد و از اینرو، سلامت کل جامعه و افراد را می‌توان نتیجه تعامل در جنبه‌های مختلف دانست. مارک لالوند، وزیر وقت سلامت و رفاه اجتماعی کانادا در گزارش^۲ منتشر شده خود در ۱۹۷۴، تحت عنوان «چشم‌انداز برنامه سلامت مردم کانادا» چهار عامل تعیین کننده سلامت را چنین بیان می‌کند:

- عامل‌های ژنتیک و بیولوژیک؛ که می‌توانند تعیین کننده آمادگی فرد برای ابتلا به بیماری باشند.
- عامل‌های مربوط به شیوه زندگی و رفتار؛ مانند سیگار کشیدن که سلامت را به‌طور جدی در خطر قرار داده و در ایجاد بیماری نقش دارند.
- عامل‌های زیست محیطی مانند مسکن، آلودگی هوا و ...
- سازمان آرایه خدمات سلامت.^۳

^۱ رفیعی‌فر، ش. (۱۳۸۳)، از آموزش سلامت تا سلامت، تهران: نشر تندیس، اداره ارتباطات و آموزش سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ص ۲.

^۲ گزارش لالوند در سال ۱۹۷۴ و متعاقب آن، انتشار اعلامیه آلماتا در سال ۱۹۷۸، به‌عنوان نقاط عطف انقلاب سوم سلامت عمومی و موج اول علم ارتقای سلامت مطرح شده‌اند. در این خصوص رجوع شود به: کشاورز محمدی، ن.، زارعی، ف.، پارسی‌نیا، س. (۱۳۹۲)، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در ایران: گذشته، حال و آینده، فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، سال اول، شماره ۲، ص ۵.

^۳ Lalonde, M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians, a Working Document*, Ottawa: Government of Canada, pp. 31-32, retrieved from http://www.en.wikipedia.org/wiki/Lalonde_Report_1974, Last visited (1.4.2016)

گزارش لالوند حاصل تحلیل حوزه سلامت است. هرچند در این گزارش، یادآوری شده است که نبود ضابطه و چارچوب مفهومی مورد توافق یا پذیرفته شده، مشکلاتی برای تجزیه بخش‌ها، و تحلیل بسیار دقیق آن‌ها، پدید آورده است.^۱ غیر از موارد ذکر شده، عوامل تعیین کننده سلامت و تأثیرگذار بر آن متعدد می‌باشند، از جمله عوامل اساسی تعیین کننده در میزان سلامت جامعه «دسترسی به دارو» است، چون اگر دسترسی به دارو و راه‌های درمان برای بیماران میسر نباشد، سلامت معنایی نخواهد داشت. از اینرو حق بر دسترسی به دارو، یکی از مصادیق حقوق بشر و از ملزومات بهره‌مندی انسان از حق بر سلامت است.^۲ نسخه ۲۰۰۰ بیانیه هلسینکی با افزودن این بند به بند ۳۰ که «هر بیماری که در تحقیق شرکت می‌کند باید به بهترین وجه ممکن به درمان اثبات شده دسترسی داشته باشد» در پی اجتناب از نتیجه سودگرایانه تحقیقات است. دستورالعمل‌های سازمان ملل علیه ایدز مقرر می‌دارد: یک واکسن موفق باید به آسانی در دسترس تمامی شرکت‌کنندگان در آزمایش و جمعیتی که در معرض خطر بالای عفونت اچ.آی.وی هستند، قرار گیرد.^۳ در ادبیات حوزه سلامت، با توجه به وجود تعاریف متعدد از واژه سلامت، سبب شد تلاش برای ارایه تعریف مشخص از آن صورت گیرد. در این راستا، این واقعیت مورد توجه قرار گرفت که سلامت، سطح کارکردی متابولیک موجود زنده است و در انسان‌ها، به وضع عمومی جسم و روح شخص اطلاق دارد که معمولاً با عدم بیماری، جراحت، یا درد مترادف است. این امر موجب شد، سازمان جهانی بهداشت و سایر اسناد بین‌المللی، تعریفی از سلامت ارایه کرده‌اند که در گفتار بعد مورد بررسی قرار می‌گیرند.

گفتار اول: تعریف سلامت در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت^۴ و سایر اسناد بین‌المللی

در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت مصوب ۱۹۴۸ چنین آمده است: «دولت‌های عضو این اساسنامه در اجرای منشور سازمان ملل متحد [بند ۳ ماده ۱ که اشعار داشته است: حصول همکاری بین‌المللی در حل مسائل بین‌المللی که دارای جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، یا بشردوستانه است و در پیشبرد

^۱. سمیعی، م.، پیشین، ص ۲۴۵.

^۲. نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۸۳-۸۲.

^۳. پلومر، الف. (۲۰۰۹)، حقوق و اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، ترجمه: علیرضا زالی، محمود عباسی (۱۳۸۸)، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، ص ۱۱۸.

^۴. WHO (1992), Constitution of the World Health Organization, Geneva: World Health Organization, p. 25.

سازمان جهانی بهداشت در واقع وارث وظایف و اختیارات دفتر بین‌المللی بهداشت عمومی است که زیر نظر جامعه ملل و در شهر پاریس اداره می‌شد. در کنفرانس سانفرانسیسکو، نماینده برزیل پیشنهاد تشکیل یک سازمان بین‌المللی در زمینه سلامت و بهداشت را ارایه کرد و پیرو استقبال کشورها، یک کنفرانس بین‌المللی در زمینه بهداشت در ژوئن ۱۹۴۶ در ژنو تشکیل شد. این کنفرانس اساسنامه سازمان جهانی بهداشت را تهیه کرد. و در آوریل ۱۹۴۷ با تسلیم بیست و ششمین سند تصویب، لازم‌الاجرا شد. موسی‌زاده، ر. (۱۳۷۹)، سازمان‌های بین‌المللی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران، نشر میزان، ص ۲۱۲.

و تشویق احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همگان بدون تمایز از حیث نژاد، جنس، زبان یا مذهب از جمله مقاصد و اصول سازمان ملل اعلام شده است. همچنین ماده ۵۵ مقرر نموده است: «ب- حل مسایل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی، سلامت و مسایل مربوط به آن‌ها و همکاری بین‌المللی، فرهنگی و آموزش برای سعادت، رفاه و تأمین روابط مسالمت‌آمیز و دوستانه بین‌الملل ضروری است» [اعلام می‌کنند که اصول زیر - از قبیل: «برخورداری از بالاترین معیار قابل دست یافتنی سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی، حق مسلم هر انسان شناخته شده است»^۱ - برای سعادت و رفاه، روابط مسالمت‌آمیز و امنیت همه مردم اساسی است.^۲ لذا در راستای اصول مندرج در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت و ماده ۵۷ منشور سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت را تأسیس کردند.

در مقدمه، همچنین «سلامت»^۳ یک وضعیت سعادت و رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ناخوشی» تعریف و توصیف شده است. لذا مطابق اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، هدف سازمان، ارتقای سطح سلامت تمام افراد بشر تا بالاترین معیار قابل حصول است.^۴ با توجه به سند مذکور، سلامت همه مردم برای نیل به صلح و امنیت، اساسی است و به همکاری کامل افراد و دولت‌ها بستگی دارد. موفقیت هر دولت در ارتقاء و حمایت سلامت برای همه ارزشمند است.^۵ سازمان جهانی بهداشت، معنای سلامت را صرف فقدان بیماری و یا وجود نقص در نظر نمی‌گیرد، بلکه مفهوم وسیع‌تری از آنرا که شامل دسترسی به بالاترین معیار سلامت جسمی، روحی و اجتماعی است مدنظر دارد. زیرا فرد مبتلا به بیماری لاعلاج، نمی‌تواند به حق بر سلامت کامل استناد کند، بلکه حداقل می‌تواند شانس برای ادعای خدمات پزشکی مناسب و دارو داشته باشد.^۶

سلامت مفهومی کلی است و به اقتضای میزان تحول جامعه می‌تواند وسعت معنایی بیابد. به طوری که در معنای وسیع خود می‌تواند از مصادیق «حق حیات» باشد چرا که بیماری‌های لاعلاج و همه‌گیر از عوامل مهم تهدید حیات بشر بوده و عدم درمان به موقع و عدم دسترسی به داروهای حیاتی به عنوان ملزومات نجات

^۱.The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.

^۲.رفیعی فر، ش.، پیشین، ص ۴.؛ عباسی، ب. (۱۳۹۰)، حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین، تهران: نشر دادگستر، ص ۳۴۵.

^۳.Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity, Yale Law School (1946), Constitution of World Health Organization, Lillian Goldman Law Library, retrieved from <http://www.yale.edu>, Last visited (1.4.2016)

^۴.زمانی، ق. (۱۳۸۵)، شبیه سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر، پژوهش حقوق و سلامت، شماره ۱۹، ص ۳۰.؛ و همچنین در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م. و دیگران، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران، پیشین، ص ۱۸۴.

^۵.باقیانی مقدم، م. و دیگران (۱۳۹۳)، بهداشت بین‌الملل، تهران: انتشارات آثار سبحان، ص ۵۳.

^۶.Helsen, S.K. (2005), *The Right to Health, The Essentials of Human Rights*, Rhona K.M. Smith and Christein Vanden Anker, eds., Hodder Arnold, p. 149.

زندگی، نمایان می‌گردد. داروی حیاتی، عنصر اصلی و لازمه «حق بر سلامت به مثابه حق حیات» است. شورای اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل نیز دسترسی به داروهای حیاتی و موجود بودن آن‌ها را برای درک مفهوم حق بر سلامت، تعیین کننده دانسته است.^۱ دستورالعمل شماره ۱۰ شورای سازمان‌های بین‌المللی علوم پزشکی تصریح می‌کند: «درمان موفق به منظور سودرسانی به جمعیت یا جامعه باید در دسترس همگان باشد».^۲

به‌طور کلی می‌توان حق بر سلامت را حق بر همه چیز دانست چرا که سلامت جسمی و روحی و نیز سلامت معنوی و اجتماعی، از سایر حوزه‌های حقوق بشر منفک نمی‌باشند و حتی برای اجرای دیگر حقوق بشری، زندگی با عزت و رضایت‌مندی حقیقی نیز لازم و ضروری قلمداد می‌شود. از اینرو است که کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در گزارش خود در خصوص حق بر سلامت اذعان می‌دارد که: «این حق، ارتباط تنگاتنگی با سایر حقوق بشر دارد».^۳ این گزارش نمایان‌گر میزان اهمیت آن است.^۳

به دنبال تدوین اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، سلامت و حق بر سلامت در اکثر معاهدات حقوق بشری گنجانده شده است که مصداق بارز آن میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. مطابق بند ۱ ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی «هر کس حق دارد از بالاترین معیار قابل حصول سلامت جسمی و روحی بهره‌مند شود».^۴ این برداشت از سلامت مورد پذیرش و توجه قانون‌گذاران اکثر کشورهای جهان است و به آن، استناد کرده‌اند.^۵

با توجه به اینکه سعادت یا رفاه،^۶ مفهومی نسبی است،^۷ تعریف سازمان جهانی بهداشت به دلیل استفاده از عبارت «سعادت و رفاه کامل» مورد انتقاد قرار گرفته است اما مطمئن‌ترین تعریف به نظر رسیده و در این پژوهش، تعریف و توضیح سازمان جهانی بهداشت و در عین حال تلفیق آن با تعریف و توضیح ارائه شده در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مطلوب‌تر و منطقی‌تر دانسته شده است. بنابراین، سلامت را می‌توان اینگونه تعریف نمود:

۱. نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۸۷-۸۶.

۲. پلومر، الف.، حقوق و اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، پیشین، ص ۱۱۹.

۳. نامی پارسا، ن.، پیشین، صص ۸۷-۸۶.

۴. در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م.، درآمدی بر عدالت در سلامت، پیشین، ص ۶۰-۶۳.

۵. در این خصوص رجوع شود به: رجب‌نژاد، م. و دیگران (۱۳۹۲)، نقد و بررسی مفهوم سلامت از منظر سازمان بهداشت جهانی با آموزه‌های اسلامی، مجله حفظ‌الصحة، سال اول، شماره ۱، ص ۳. قابل دسترسی در پایگاه مجلات تخصصی نور.

۶. Well-being

۷. نجفی، ب. (۱۳۹۲)، سازمان جهانی بهداشت (WHO) و حقوق سلامت، تهران: نشر میزان، ص ۲۲۰.

«سلامت عبارت از دستیابی به بالاترین معیارهای سعادت یا رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی جهت برخوردار شدن از زندگی توأم با شأن و کرامت انسان است». با تصریح به اینکه صرف نداشتن بیماری یا ناتوان نبودن، وضعیت یا وصف سلامت به شرح مذکور، محقق نیست.^۱

بیماری حد و مرز نمی‌شناسد. در گذشته‌ای نه چندان دور، مردم، کم تحرک و ساکن بودند و آمیختگی جوامع با هم کمتر اتفاق می‌افتاد. با گذشت زمان، ضمن کشف نظام‌های ارتباطی سریع و قابل اطمینان و آگاهی بیشتر از راه‌های انتقال بیماری‌های عفونی، اهمیت نقش همکاری‌های بین‌المللی در زمینه سلامت بیش از پیش آشکار شد. انتشار بیماری‌های همه‌گیر از کشوری به کشور دیگر از زمان قدیم نشان داده که همکاری مشترک بین کشورها از نظر حفظ سلامت ضروری و الزامی است.^۲ بروز این موارد موجب تغییر و تحول در سیر بررسی و مفهوم سلامت و حقوق مرتبط با آن شد. لذا تبیین و تعریف برخی عبارات و واژه‌ها ضروری به نظر می‌رسند. در مباحث بعد با تبیین این عبارات، سیر تحول سلامت تا سلامت جهانی را توضیح می‌دهیم.

مبحث دوم: تبیین و تعریف اصطلاحات مرتبط با حقوق جهانی سلامت

با توجه به توضیحاتی که در خصوص سیر تحول تاریخی مفهوم سلامت ارائه گردید در این مبحث و گفتارهای آن، ضمن ارائه تعریف، توضیح و توصیف سلامت بین‌المللی، به سیر تحول از سلامت بین‌المللی تا سلامت جهانی پرداخته می‌شود.

گفتار اول: سلامت بین‌المللی

به گفته «پل راسل» در زمین هیچ چیز بین‌المللی‌تر از بیماری نیست. سلامت و بیماری مرز جغرافیایی و سیاسی ندارند. لذا حل مسائل آن مستلزم همکاری کشورها است. سابقه همکاری بین‌المللی درباره سلامت به صورت جدی‌تر، به سال ۱۸۵۱ باز می‌گردد. در آن سال یک کنفرانس درباره بهسازی که در نوع خود نخستین کنفرانس بود، در پاریس برگزار شد. در آن کنفرانس، عمده کشورهای اروپایی شرکت داشتند. هدف کنفرانس بسیار محدود و شامل ایجاد بعضی ترتیبات و یکسان سازی تدابیر قرنطینه‌ای بود که در کشورهای گوناگون به طور متفاوت پیرامون آن عمل می‌شد. این کنفرانس شش ماه طول کشید و نتیجه آن دیری نپایید. علیرغم مشکلات بسیاری که وجود داشت یک قانون بهسازی بین‌المللی فراهم شد که شامل ۱۳۷ ماده جهت مقابله با وبا، طاعون و تب زرد بود ولی این قانون هرگز به مرحله اجرا در نیامد. زیرا تنها سه کشور

^۱ در این خصوص همچنین رجوع شود به: جعفرزاده، م، عمرانی، ع، سیدفاطمی، م. (۱۳۹۵)، مفهوم روش‌های تشخیص در حقوق اختراعات در پرتو حق بر سلامت، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دهم، شماره سی و ششم، ص ۱۵۷-۱۵۵.

^۲ باقیانی مقدم، م، پیشین، ص ۷.

فرانسه، پرتغال و ساردینی آنرا تصویب کردند و در سال ۱۸۶۵ پرتغال و ساردینی هم خود را از آن کنار کشیدند و به این ترتیب نتیجه کنفرانس موفقیت آمیز نبود.

به دنبال کنفرانس ۱۸۵۱، تعدادی کنفرانس دیگر هم که از ۱۰ مورد کمتر نبودند، به ترتیب در بین سال‌های ۱۸۵۱ تا ۱۹۰۲ برگزار شد ولی آن‌ها نیز به همین اندازه در رسیدن به یک توافق درباره قرنطینه ناتوان بودند. این امر موجب تأسیس دفتر بهسازی پان‌آمریکن، اداره بین‌المللی بهداشت عمومی، سازمان بهداشت جامعه ملل و اداره رفاه و بازتوانی سازمان ملل متحد و در نهایت سازمان جهانی بهداشت شد.^۱

به نظر «کیلان»، به مسایل سلامت در سطح بین‌المللی و حقوق مربوط در مورد بیماری‌های عفونی و سلامت مادر و فرزند توجه بسیار شده است و سلامت بین‌المللی، گاهی مترادف سلامت جهانی تلقی می‌شود. زیرا سلامت بین‌المللی به طور وسیع؛ سلامت در فراسوی مرزهای ملی است و رویه‌ها و عرف‌های سلامت، سیاست‌ها و نظام‌های سلامت در کشورهای دیگر را در مقایسه با داخل کشور (یعنی سلامت عمومی و ملی) بررسی می‌کند. اما با در نظر داشتن تعریف‌هایی که در مورد «سلامت جهانی» ارائه خواهد شد، اصطلاح اخیر از رسمیت بیشتر در دو دهه گذشته برخوردار شده است.

«مرسون» و همکارانش، سلامت بین‌المللی را «اعمال اصول سلامت عمومی نسبت به مسایل و چالش‌هایی که کشورهای کم درآمد و دارای درآمد متوسط را متأثر کرده و نیز نسبت به صف پیچیده نیروهای محلی و جهانی که بر آن‌ها اثرگذار هستند»، می‌دانند.^۲

سلامت بین‌المللی، مربوط به سده‌های گذشته است، و بی‌گمان سلامت جهانی بحثی «تازه، داغ» و مطرح است. این نتیجه‌ای است که از تحقیق «براون» و همکارانش در مورد انبار داده‌ها و مجله‌های پزشکی حاصل شده است. حتی اگر فرض کنیم «سلامت جهانی» هنوز سلطه خود را بر سلامت بین‌المللی تحکیم نکرده، اما بی‌گمان، سمت حرکت آن، مسلم و قطعی شده است. «اما تفاوت این دو اصطلاح چیست؟»^۳ و آیا اصلاً تفاوتی بین این دو اصطلاح وجود دارد؟ «المندورف» می‌گوید: «سلامت بین‌المللی، به طور گسترده، به عنوان موضوع همیاری، بین کشورهای در حال رشد و توسعه و سایر شرکای آنان، در کشورهای توسعه یافته، مطرح شده است».^۴

^۱ همان، صص ۱۰-۸.

^۲ در این خصوص رجوع شود به:

Merson, M.H., Black, R.E., & Mills, A.J., (2012), *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*, 3rd ed., Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, p. 17 (xvii).

^۳ در این خصوص رجوع شود به:

Brown, T.M., Cueto, M., & Fee, E. (2006), The World Health Organization and Transition From "International" to "Global" Public Health, *American Journal of Public Health*, 96 (1), 62-72.

^۴ Elmendorf, A.E. (2010), Global Health: Then and Now, *UN Chronicle, the Magazine of the United Nations*, XLVII (2)., retrieved from http://www.un.org/wcm/globalhealth_thenandnow, Last visited (1.4.2016)

انجمن مکاتب سلامت عمومی اعلام کرده است: «عرصه سلامت بین‌المللی، در درجه اول، بر مسایل سلامت کشورهای کم درآمد و دارای درآمد متوسط (یا به عبارتی بر کشورهای در حال توسعه) تمرکز و توجه دارد»^۱.

بدین ترتیب، با جمع‌بندی تعاریف ارائه شده، از نظر نگارنده سلامت بین‌المللی، بعد و مقیاس مساعدت بین‌المللی به کشورهای فقیرتر در مورد سلامت عمومی ملی نیز است. هدف و قصد اعلام شده در اینجا عبارت از توانمند کردن کشورهای فقیرتر به امر بهبود سلامت عمومی است. هنگامی که از رویکرد منفعت‌محور استفاده می‌شود، سلامت بین‌المللی، در ظاهر قصد خدمت و برآوردن منافع مردم کشورهای فقیرتر را دارد.^۲ با توجه به اینکه سلامت جهانی اصطلاحی رایج در ادبیات حوزه سلامت شده است، در گفتار بعد به سیر تحول از سلامت بین‌المللی تا سلامت جهانی پرداخته می‌شود.

گفتار دوم: از سلامت بین‌المللی تا سلامت جهانی

اگر شعاری مانند «همه ما ایدز داریم» انتخاب می‌شود و گروه‌های جامعه مدنی در سراسر جهان آنرا اجرا می‌کنند، مسأله ایدز کشورهای فقیر را به مسأله‌ای بین‌المللی و جهانی بدل می‌کند و این مسأله را سیاست‌مردان کشورهای غنی در صورتی که می‌خواهند دوباره انتخاب شوند باید مدنظر قرار دهند. بنابراین مسایل مربوط به سلامت از مرزها فراتر می‌روند.^۳

«فیدلر» که در سال ۲۰۰۵ از ظهور و اوج سلامت به‌عنوان یک موضوع پر اهمیت در سیاست خارجی سخن گفته بود در سال ۲۰۱۱ در مقاله‌ای از افت و خیز سلامت به‌عنوان یک موضوع در مباحث سیاست خارجی سخن گفت. او با بررسی بحران‌های سلامت در اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست و یکم به این نتیجه می‌رسد که شیوع سارس، ابولا، آنفولانزای پرندگان، جنون گاوی، و استفاده از سلاح‌های بیولوژیک در یک دوره زمانی کوتاه، سلامت را در کانون توجه قرار داد و نقش دولت‌ها در حفظ و بهبود سلامت و نیز نقش بیماری‌ها در تهدید امنیت، منافع ملی و روابط بین‌الملل را یادآور شد. در واقع از نظر فیدلر، بحران‌های سلامت از آنجا که منافع قدرت را تهدید می‌کنند توجه به سلامت عمومی را افزایش می‌دهند.^۴ فیدلر که سیر تحول سلامت بین‌المللی به سلامت جهانی را «انقلاب سلامت جهانی» می‌نامد، سه درک و برداشت دقیق از این انقلاب ارائه می‌کند:

^۱. ASPH (2010), International Global Health, Association of School of Public Health, p. 739, retrieved from <http://www.asph.org/document>, Last visited (1.4.2016)

^۲. در این خصوص رجوع شود به:

Harmer, A. (2011), Understanding Change in Global Health Policy: Ideas, Discourse and Networks, *Global Health Public*, 6 (7), 703-18.

^۳. Berwick, D. (2002), We all Have AIDS: Case for Reducing the Cost of HIV Drugs to Zero, *British Medical Journal*, 324 (7331), 214-16.

^۴. ابویی مهریزی، م.، پیشین، صص ۱۶-۱۵. به نقل از:

Fidler, D.P. (2011), Rise and Fall of Global Health as a Foreign Policy Issue, *Global Health Governan*, IV (2), 4-6.

۱- «سیاست خارجی به مثابه سلامت»: بر این نظر است که سیاست خارجی باید سلامت را در زمان کنونی و آینده، به عنوان هدف فی نفسه دنبال کند. به عبارت دیگر، کشورهای پیشرفته باید به بهبود سلامت عمومی در کشورهای فقیر کمک کنند و تنها به یک دلیل، و آن هم عبارت از خواست آن‌ها «به بهبود سلامت عمومی در کشورهای فقیر» است.

۲- «سلامت و سیاست خارجی»: بر این نظر است که سلامت در برنامه‌های سیاست خارجی صرفاً مؤید این است که سیاست خارجی، سلامت را شکل و قوام می‌بخشد و بالعکس. به بیان ساده‌تر، کشورهای غنی به این نتیجه رسیده‌اند که خدمت به بهبود سلامت عمومی در کشورهای فقیر، نوعی التزام به حمایت و پیشبرد منافع خود است.

۳- «سلامت به مثابه سیاست خارجی»: زمینه واسطه‌ای را بین دو منظر قبلی برقرار می‌کند و بر این نظر است که طلوع سلامت به مثابه مسأله‌ای جهانی، رابطه‌ای بین سلامت و سیاست خارجی برقرار می‌کند که به موجب آن هیچ یک از این دو، شکل دیگری را تغییر نمی‌دهد. یا به بیان ساده‌تر، «حقیقت جایی در میانه دارد». کشورهای غنی می‌خواهند به بهبود سلامت عمومی در کشورهای نیازمند کمک کنند، اما تمایل آن‌ها تحت تأثیر منافع خودشان است.^۱

مباحث سلامت بین‌المللی موجب شد، حقوق بین‌الملل سلامت در واقع در اواسط قرن نوزدهم توسعه یافته تا بیماری‌های عفونی را چاره‌جویی کند و این حقوق به مرور تحول یافت تا هنجارهای چندگانه و معیارهایی را در بر بگیرد و جزء مهم سیاست خارجی کشورها شود.^۲ لذا به نظر می‌رسد سه برداشت مزبور تفکیک ناپذیرند.

با توجه به ارایه تعریف و توضیحات درباره اینکه سلامت ارزشمندترین دارایی بشر است و سیر تحول سلامت و واقعیت فرامرزی بودن آن، می‌توان گفت سلامت جهانی اصطلاح رایجی در ادبیات سلامت شده است. در این نوشتار، سلامت جهانی، «به مثابه ایمن بودن کلیه افراد و جوامع در سراسر جهان در برابر صدمه‌ها و آسیب‌ها در نظر گرفته می‌شود».^۳ در گفتار بعد، به مفهوم‌سازی سلامت جهانی می‌پردازیم.

^۱Fidler, D.P. (2009), After the Revolution: Global Health Politics in a Time of Economic Crisis and Threatening Future Trends, *Global Health Governance*, 2 (2), 2-3. ; Fidler, D.P. (2005), Health as Foreign Policy: Between Principle and Power, *Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, 7 (1), 183-85.

^۲Fidler, D.P. (2004), Caught Between Paradise and Power: Public Health, Pathogenic Threats, and the Axis of Illness, Maurer School of Law: Indian University, *Mc George Law Review*, 35, 48-50.

^۳ابویی مهریزی، م.، پیشین، ص ۲۱.

گفتار سوم: سلامت جهانی

برخی کشورها بر این باورند که چنانچه خواهان حمایت از مردم باشند، و منافع جهانی شدن را مهار کنند، و قصد خدمت به سلامت مردم در سراسر جهان را داشته باشند، باید راهبردی فراحکومتی برای سلامت جهانی اتخاذ کنند.^۱

سلامت جهانی مفهومی است که می‌تواند برای ارزیابی میزان درستی و نادرستی رفتار و تعامل انسان‌ها و ارزیابی ساختار زندگی اجتماعی‌شان مورد استفاده قرار بگیرد.^۲

سلامت جهانی ناظر بر یک رشته مسایل جهانی مرتبط با سلامت و در صدد چاره‌جویی عامل‌هایی است که فراتر از مرزهای مورد نظر سلامت بین‌المللی مثلاً مرز کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته بوده و در حقیقت مرز در آن معنایی ندارد. برای مثال، آمادگی مقابله با آنفلونزای همه‌گیر و عفونت‌های مسری، تغییر آب و هوا و توسعه بین‌المللی صنعت مراقبت سلامت جهانی، مستلزم صرف بودجه بسیار بالا و همکاری جهانی است.^۳

از نظر «المندورف»، سلامت جهانی بر این اساس است که کشورها، دیگر نمی‌توانند «سلامت را به‌مثابه نگرانی محدود در درون مرزهای ملی» خود ببینند، چنانکه در گذشته رویه آن‌ها چنین بوده است.^۴ چنانکه «گرپین» اظهار می‌کند: «سلامت جهانی عبارت از مطالعه و اجرای امور مرتبط با سلامت است که از مرزهای ملی فراتر می‌روند».^۵ بی‌گمان این تعریف، ناقص و مبهم است و تمایز آن با سلامت بین‌المللی، روشن نیست. سلامت جهانی با کلیه کارکردهای سیاست خارجی در پیوند است. به‌طور مثال در کشور انگلیس، راهبرد دولتی سلامت جهانی در سال ۲۰۰۸ به‌عنوان برنامه‌ای ۵ ساله (۲۰۰۸-۲۰۱۳)^۶ تدوین و تصویب شده است. در حقیقت این کشور، اولین کشوری بود که راهبرد دولتی سلامت جهانی خود را منتشر کرد و بعدها در سطح بین‌المللی چندین کشور و مؤسسه نیز از آن به‌عنوان یک الگوی خوب در تعیین راهبرد خود استفاده کردند.^۷

در این زمینه ده اصل راهنما در خصوص سلامت جهانی به‌شرح زیر اعلام شده است:

۱- اعتلای برابری افراد در برخورداری از سلامت در کشورها و بین کشورها از طریق سیاست‌گذاری‌های داخلی و خارجی. به‌ویژه از طریق اقدام نسبت به بهبود معرف‌های (شاخص‌های) اجتماعی سلامت.

^۱.United Kingdom HM Government (2014), Health is Global: An Outcomes Framework for Global Health 2011-15, Department of Health, p. 2, retrieved from <http://www.gov.uk>, Last visited (1.4.2016)

^۲.ابوبی مهریزی، م، پیشین، ص ۴۴.

^۳.United Nations General Assembly (2009), *Global Health and Foreign Policy: Strategic Opportunities and Challenges*, Note by the Secretary-General, document A/64/365, New York: United Nations, p. 6, retrieved from <http://www.who.int>, Last visited (1.4.2016)

^۴.Elmendorf, A.E., *Global Health: Then and Now*, op.cit.

^۵.Grepin, K. (2011), *The Rise of Global Health: Global Health vs. International Health*, Global Health Policy Issues, retrieved from <http://www.Karengrepin.com>, Last visited (1.4.2016)

^۶.United Kingdom (2008), *Health is Global: UK Government Strategy 2008-13*, London: Department of Health, p. 2.

^۷.For example, the European Commission, used the strategy as a blueprint for developing its communication on global health, which was endorsed by member states in council conclusions adopted in May 2010, retrieved from <http://ec.europa.eu/development> 2010, Last visited (1.4.2016)

- ۲- ارتقای نتایج سلامت جهانی که حامی نیل به اهداف توسعه هزاره است.
- ۳- حمایت از تحقق سلامت و رفع چالش‌های مربوط که در خارج از مرزها پدید می‌آیند.
- ۴- استفاده از سیاست‌ها و تجارب کشورهای دیگر به منظور اعتلای سلامت و رفاه جمعیت و نحوه ارایه خدمات سلامت.
- ۵- بنیاد سیاست‌ها و رویه‌ها بر اساس ادله صحیح، از قبیل واقعیات و دلایل سلامت عمومی.
- ۶- عزم بر عدم ورود صدمه به‌مثابه سیاست مهم داخلی و خارجی.
- ۷- اقدام برای راهبری قوی و کارآمد نسبت به سلامت جهانی از طریق نهادهای بین‌المللی تقویت و اصلاح شده از قبیل سازمان جهانی بهداشت.
- ۸- مشارکت با دولت‌ها، سازمان‌های منطقه‌ای، بین‌المللی و جامعه مدنی در جهت پیگیری اهداف سلامت.
- ۹- سنجش و تعیین اثر سیاست داخلی و خارجی بر سلامت جهانی به‌صورت شفاف و پرهیز از تعارض‌ها.
- ۱۰- استفاده از سلامت به‌مثابه عامل خیر، در سیاست خارجی.
- از نظر کشور انگلیس و دیگر کشورها، اهداف چشم اندازی که تا سال ۲۰۱۶ برای موضوعات مرتبط با سلامت باید مدنظر قرار گیرند، در قالب چند محدوده عمل و اقدام بیان شده است که محدوده‌های عمل و اقدام کشور انگلیس به شرح زیر است:
- محدوده عمل و اقدام ۱؛ امنیت سلامت جهانی
- اهداف چشم انداز ۲۰۱۶، دستاوردهای زیر را در برنامه خود قرار داده است:
- ۱- امنیت غذا و آب.
 - ۲- بررسی وضع تغییر آب و هوا در کشورهای کم درآمد.
 - ۳- سلامت و انواع مخصصات مسلحانه.
 - ۴- آمادگی برای موارد اضطراری.
 - ۵- پژوهش.
- محدوده عمل و اقدام ۲؛ توسعه بین‌المللی
- اهداف چشم انداز ۲۰۱۶، در این خصوص عبارتند از:
- ۱- نظام‌های سلامت و ارایه خدمات.
 - ۲- بیماری‌های غیر مسری.
 - ۳- تجارب سایر کشورها.
 - ۴- پژوهش.
- محدوده عمل و اقدام ۳؛ تجارت برای تأمین سلامت بهتر

اهداف چشم انداز ۲۰۱۶، این اهداف به شرح زیر است:

۱- دسترسی به دارو.

۲- تجارت و سرمایه‌گذاری.

۳- پژوهش.^۱

برای نیل به اهداف مزبور باید؛

۱- با شرکا، سازمان‌ها و صنعت غیردولتی و کار مشارکت شود.

۲- با کشورهای مهم به صورت دو جانبه اقدام شود.

۳- با سازمان‌های وابسته به سازمان ملل، نهادهای اتحادیه اروپا و گروه‌های اقتصادی بین‌المللی و سازمان

همیاری اقتصادی و توسعه، مشارکت شود.

در نهایت اصول و اولویت‌های اقدام‌های مذکور در مورد سلامت جهانی تدوین و اجرایی شده‌اند. چنانکه نتیجه بهبود این اقدامات را وزارت سلامت انگلیس به‌عنوان برنامه سلامت سال‌های ۲۰۱۶-۲۰۱۳ اعلام و تمدید کرده است.^۲ بنابراین، این جنبه‌ها در تأمین اهداف بین‌المللی سلامت مؤثر بوده و بی‌گمان موجب رفع بسیاری از تعارض منافع خواهد شد.^۳ با این توضیحات، در گفتار بعد به ارایه تعریف و توصیف سلامت جهانی می‌پردازیم.

بند اول: تعریف و توصیف سلامت جهانی

اصطلاح «سلامت جهانی» در دو دهه اخیر در عرصه «سلامت بین‌المللی» پدید آمده و توسعه یافته است و نشانگر بلوغ و رشد این عرصه است. سلامت بین‌المللی از نظر گستره و دامنه، رویه‌ها و عرف‌های سلامت، سیاست‌ها و نظام‌های سلامت در کشورهای دیگر (به‌طور عمده کشورهای کم درآمد و توسعه یافته) را در مقایسه با داخل آن کشور و نیز اختلاف‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد تا وجوه اشتراک بین ملت‌ها، از طریق یکسان‌سازی مقررات، محقق شود. عرصه سلامت جهانی پس از تصویب مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۷ توسعه و مقبولیت حقوقی و جهانی یافته است.

در مقایسه با سلامت بین‌المللی، اهداف سلامت جهانی عبارت از «حمایت، تقویت و توسعه عامل‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مقابله با بروز بیماری‌هایی است که از مرزهای ملی، طبقه، نژاد، قوم، جنسیت و تقسیم‌های فرهنگی گذر کرده و جهانی شده‌اند» است.

¹.Department for Business Innovation and Skills (BIS) (2011), *Trade and Investment for Growth*, London: The Stationery Office, pp. 9-12, retrieved from <http://www.bis.gov.uk>, Last visited (1.4.2016)

^۲.در این خصوص رجوع شود به:

Department of Health (2013), *Improving Outcomes and Supporting Transparency*, part 1, A: A Public Health Outcomes Framework for England, 2013-2016, pp. 1-22.

³.WHO (2009), *UK Institutional Strategy 2008-13*, UK: Department of Health, pp. 1-35. ; UK (2008), *Health is Global: UK Government Strategy 2008-13*, HM Government, pp. 10-11.

آگاهی از سلامت جهانی، موجب پدید آمدن حساسیت نسبت به اختلاف‌های فرهنگی و قومی در یک جامعه می‌شود و این امید را برجسته می‌کند که دست‌اندرکاران حرفه‌ای سلامت، با کار در سازمان‌ها و اجتماعات بین‌المللی، و تلاش بیشتر، زیرساخت‌های کافی مربوط را فراهم یا تقویت کنند. بنابراین، سلامت جهانی می‌کوشد مسایل سلامت و نگرانی‌های مربوط را که از مرزهای ملی، طبقه، نژاد، قوم، جنسیت و فرهنگ فراتر می‌روند، چاره‌جویی کند. این عبارت بر مسایل مشترک سلامت که مستلزم مشارکت و تصمیم‌گیری جمعی است، تأکید می‌ورزد.^۱

سلامت جهانی، یک هدف شناخته شده و معرفی شده است.^۲ عده‌ای معتقدند به‌منظور دستیابی به درک و تعریف مشترک از سلامت جهانی، مراکز پژوهشی و حمایتی سلامت جهانی، اغلب در کشورهای پردرآمد هستند و برخی از این مراکز با کشورهای کم درآمد پیوند مستحکم برقرار کرده‌اند.^۳

«کپلان» از کنسرسیوم دانشگاه و هیأت اجرایی سلامت جهانی، خاطر نشان کرده است که بدون وجود یک تعریف پذیرفته شده از سلامت جهانی، کار بر سر این موضوع و هدف و در نتیجه اعتلای موارد معین و حمایت، و نیل به اهداف و نظارت، دشوار خواهد بود. بحران‌های اخیر سلامت در سطح جهانی، مؤید همین امر است.^۴ کپلان و همکارانش بر این باور هستند که باید بین سلامت جهانی،^۵ سلامت بین‌المللی^۶ و سلامت عمومی^۷ تمایز قائل شویم. معذک عده‌ای معتقدند نوعی همپوشانی بین این سه اصطلاح وجود دارد.^۸

با در نظر داشتن بحث‌های مزبور در مورد سلامت بین‌المللی و سلامت جهانی، تعریف‌های رایج در مورد سلامت جهانی از نظر کپلان و همکارانش، «حوزه‌ای از مطالعه، پژوهش و عمل است که اولویت را برای بهبود سلامت و نیل به برابری مردم از نظر سلامت در سراسر جهان قایل است».

«کیک‌بوش» نیز معتقد است: «سلامت جهانی مجموعه‌ای از امور سلامت است که از مرزهای ملی و دولت‌ها فراتر می‌روند و اقدام و عمل همه نیروهای متولی سلامت برای بهبود سلامت همه مردم در سراسر جهان را طلب می‌کند».^۹

¹.Columbia Office of Career Services (2012), Career Opportunities in Global Health, International Careers Summaries of the Field, pp. 1-4. retrieved from www.sipa.columbia.edu/ocs ; www.cfhr.org ; www.globalhealthedu.org, Last visited (1.4.2016)

².Global Health Action (2010), What is Global Health?, Co Action Publishing Global Health Center, p. 1, retrieved from <http://www.umu.edu>, Last visited (1.4.2016)

³.Mac Farlane, S.B., Jacobes, M., & Kaaye, E.E. (2008), In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions, *Journal Public Health Policy*, 29 (4), 386, retrieved from: www.palgrave-journals.com/jphp, Last visited (1.4.2016)

⁴.Koplan, J.P., et al., eds. (2009), Towards a Common Definition of Global Health, *The Lancet*, 373, 1993-95.

⁵.Global Health

⁶.International Health

⁷.Public Health

⁸.Mac Farlane, S.B., op.cit., p. 385.

⁹.KickBush, I. (2006), The Need for a European Strategy on Global Health, *Scand Journal Public Health*, 34, 561.

علاوه بر این تعاریف و نظرات، بنا به تعریف ارایه شده توسط برنامه اقدام سلامت جهانی ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت،^۲ سلامت جهانی عبارت از «همکاری در پژوهش فرامرزی^۳ و اقدام برای اعتلای سلامت همه مردم جهان» است. این تعریف مبتنی بر تعریف کپلان و همکارانش است اما از این امتیاز بهره‌مند است که «کوتاه‌تر و جامع‌تر است و بر نیاز حیاتی همکاری و اقدام تأکید می‌ورزد».

از نظر نگارنده می‌توان گفت سلامت عمومی به وضعیت سلامت مردم یک کشور یا جامعه خاص نظر دارد و به همکاری بین‌المللی نیاز ندارد. ولی سلامت بین‌المللی به وضعیت سلامت در دیگر کشورها صرفنظر از مرزهای ملی خود معطوف است و بی‌گمان به همکاری دو جانبه نیاز دارد. در حالیکه سلامت جهانی هر دوی این مفاهیم را پوشش می‌دهد و به‌عنوان سلامت همه افراد بشر در یک متن جهانی و مافوق همه تعلقات و ملاحظات معنا می‌شود. سلامت جهانی با استفاده از همه ظرفیت‌های موجود در صدد تکامل سلامت عمومی و سلامت بین‌المللی است. لذا در سلامت جهانی مرز، معنایی ندارد.

سلامت جهانی به اولویت سلامت و دسترسی به عدالت در سلامت برای همه مردم جهان تأکید دارد و مشکلات سلامت و همه آثار آن در سطح جهان را مورد توجه قرار می‌دهد. سلامت جهانی و تلاش برای اعتلای آن و مقابله با تهدیدهای سلامت، نیاز به همکاری جهانی و توجه به ساختار اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و زیست محیطی را اجتناب ناپذیر نموده است.^۴

در دهه پایانی قرن بیستم میلادی و دهه آغازین قرن بیست و یکم، وقوع برخی پدیده‌ها، توجه به رابطه دو حوزه سلامت و روابط بین‌الملل (سیاست خارجی) را موجب شد. اول؛ ظهور برخی بحران‌های سلامت از جمله شیوع بیماری‌های واگیردار مثل سارس و آنفولانزای پرندگان و آثار آن‌ها در روابط بین‌الملل. دوم؛ بیوتروریسم و استفاده از عوامل بیماری‌زایی چون گاز سارین و عامل سیاه زخم به‌عنوان ابزاری برای دستیابی به اهداف سیاسی. در این شرایط در سال ۲۰۰۷ وزرای خارجه شماری از دولت‌ها طی نشست، اعلامیه اسلو^۵ را منتشر کردند. این اعلامیه به ضرورت توجه به ارتباط دو حوزه سلامت جهانی و روابط بین‌الملل تأکید داشت.

با توجه به اینکه روابط بین‌الملل می‌تواند نقش مؤثر در مقابله با تهدیدهای جهانی پیش‌روی سلامت داشته و ابزار هماهنگی و سیاست‌گذاری از این حیث باشد، در بند بعد، با توضیح سلامت جهانی و روابط

^۱.Global Health Action 2010

^۲.در این خصوص رجوع شود به:

WHO, Global Health Action 2010, Department of Public Health and Clinical Medicine, Centre for Global Health Research, Epidemiology and Global Health, Sweden: Umea^o University, pp.1-107.

^۳.Trans-National Research

^۴.ابوبی مهریزی، م.، پیشین، ص ۴۲-۴۱.

^۵.Health Policy (2007), Oslo Ministerial Declaration, Global Health: a Pressing Foreign Policy Issue of our Time, *The Lancet*, 1-3, retrieved from www.thelancet.com published online April 2, 2007, doi:10.1016/s, Last visited (1.4.2016)

بین‌الملل، کوشش روابط بین‌الملل در حل مسایل سلامت جهانی و مقابله با بیماری‌های واگیردار را به‌منظور تثبیت و اعتلای حقوق جهانی سلامت مورد بحث قرار می‌دهیم.

بند دوم: سلامت جهانی و روابط بین‌الملل

اهمیت سلامت، باعث می‌شود تا هرگونه تلاش انسان‌ها برای کمک و حفظ بهبود سلامت یکدیگر حایز اهمیت و ارزشمند جلوه کند. رشته روابط بین‌الملل نیز با تلاش برای کمک به جلوگیری از خشونت، جنگ و کمک به توسعه و بهسازی زندگی اجتماعی، نقش مؤثر ایفا می‌کند.

در یک دهه گذشته، شیوع برخی بیماری‌های واگیردار مانند سارس، آنفلونزای پرندگان، ابولا، جنون گاوی و پدیده‌هایی چون بیوتروریسم و آثار قابل ملاحظه آن‌ها در روابط و همکاری‌های بین‌المللی، مقوله سلامت را به موضوعی مورد توجه محققان روابط بین‌الملل تبدیل کرده است. این در حالی است که جهانی شدن و گسترش ارتباطات و سرعت جابجایی‌ها، سرعت انتشار بیماری‌ها را نیز افزایش داده و این پیام را برای محققان سلامت داشته است که «پیشبرد اهداف سلامت، مستلزم همکاری‌های بین‌المللی است و یک دولت نمی‌تواند به تنهایی و در چارچوب مرزهای خود، سلامت شهروندانش را تأمین کند».^۱

در تاریخ روابط بین‌الملل، برای مثال، سلامت، امر محوری نبوده و نظریه‌های روابط بین‌الملل، توجه چندانی بدان معطوف نکرده و تعریف درستی از مفهوم سلامت ارائه نداده‌اند.^۲ محققان سلامت نیز تمایل چندانی به فهم مفاهیم روابط بین‌الملل مانند هرج و مرج، نظم، منافع و امنیت نشان نداده‌اند. ولی ظهور و بروز موارد پیش‌گفته بحران‌های سلامت در حوزه سلامت و روابط بین‌الملل، لزوم همکاری و تطبیق نظری و عملی بین این دو حوزه را ضروری نشان داد.

تاریخ روابط بین‌الملل راجع به سلامت از رویکرد دولت مستقل و استغالیایی در برابر بیماری‌های عفونی شکل گرفت، تا هنجارها و معیارها را در دوره پس از استغالی توسعه دهد و تعاون و همیاری‌ها را جهت مقابله با تهدیدهای خارجی نسبت به تهدید سلامت ملی و امنیت اقتصادی، تقویت کند.^۳

در اوایل شکل‌گیری حقوق بین‌الملل سلامت، قدرت‌های بزرگ جهانی می‌کوشیدند تهدیدهای ناشی از بیماری‌های عفونی که جامعه و نیز تجارت بین‌الملل را تهدید می‌کرد، رفع کنند. در کنار دولت‌ها و تا اواسط قرن نوزدهم و استمرار آن تا سال ۱۹۵۱، رژیم‌های حقوقی بین‌المللی بی‌شماری، مسایل سلامت عمومی را چاره‌جویی می‌کردند.^۴ در این راستا، معاهدات راجع به بیماری‌های عفونی، تریاک و الکل، حوادث کار و

^۱. ابویی مهریزی، م.، پیشین، ص ۱۴-۱۲.

^۲. در این خصوص رجوع شود به:

Keohane, R.O., & Nye, J.S., eds. (2001), Power and Interdependence, *International Organisation*, 41 (4), 20-32.

^۳. Fidler, D.P. (2001), The Globalization of Public Health: the First 100 Years of International Health Diplomacy, *World Health Organization, Bulletin of World Health Organization* 79 (9), 842-49.

^۴. در این خصوص رجوع شود به:

آلودگی فرامرزی، مؤثر بودند. برای مثال، مقررات بین‌المللی بهداشت در سال ۱۸۸۲ به منظور نظارت بر گسترش عامل‌های عفونت‌زا مانند وبا، دستخوش چندین اصلاح پیاپی در سال ۱۹۵۱ شد. هنگامی که مقررات بین‌المللی بهداشت، قواعد حقوقی بین‌المللی راجع به سلامت را وضع و برقرار کردند، در آغاز قرن بیستم، معاهدات بین‌المللی توجه خود را به کنترل مواد مخدر معطوف کردند و از کنوانسیون بین‌المللی ۱۹۱۲ تریاک گرفته تا معاهدات راجع به تجارت مشروب، توجه به این امور بسیار جلب شد.^۱ تأسیس سازمان جهانی بهداشت، دوره جدیدی را در دیپلماسی سلامت بین‌المللی آغاز و هنجارها و معیارهایی را ارائه کرد. برنامه «سلامت برای همه»^۲ امید و حق آرمانی مؤکد بر سلامت بود. دیدگاه سازمان جهانی بهداشت در مورد «سلامت برای همه» تا حدود ۶۰ سال بعد تحقق نیافت. طی این دوره، استناد و توسل به حقوق بشر و حق بر سلامت به طور اخص، گفتمان سلامت بین‌المللی رایج و حاکم شد.^۳

نظر به اینکه بروز بیماری‌های نوظهور، می‌تواند سلامت را تهدید کنند لذا در این زمینه تلاش‌های مشخصی برای غلبه بر تهدیدهای پیش‌روی سلامت جهانی و تلاش‌های بین‌المللی جهت استقرار نظام عدالت سلامت جهانی صورت گرفته است که در بند بعد این موضوع بررسی می‌شود.

بند سوم: رفع تهدیدهای پیش‌روی سلامت جهانی

بیماری‌های عفونی نوظهور^۴ هنوز می‌توانند مردم جهان را تهدید کنند. چالش‌های سلامت کانون توجه «اهداف توسعه هزاره»^۵ هستند. تلاش‌های بین‌المللی طی ده سال اخیر بر آن است تا نیازهای اساسی مردم نیازمند جهان، به‌عنوان بشر که اقتضا دارد از حقوق بشر برخوردار باشند، برآورده شود.^۶ این تلاش‌ها در راستای دسترسی افراد نیازمند به آب، غذا و تسهیلات بهداشتی است.^۷ هر چند نابرابری‌هایی در داخل کشورها مشاهده می‌شود،^۸ ولی در قریبی که ادعای نوع‌دوستی و همکاری جهانی در مسیری واحد برای پیشبرد آرمان‌های حقوق بشری به کرات شنیده می‌شود، موجب شده است جامعه بین‌المللی گام‌های مهم و مستمر برای بهبود سلامت و توسعه آن، برداشته است. سازمان ملل نیز، اهداف توسعه هزاره را تصویب کرده

Zdravookhr, S. (1966), From the History of International Cooperation on Public Health Service, *PubMed*, 25 (1), 47-53, retrieved from: <http://www.pubmed.gov>, Last visited (1.4.2016)

^۱.Fidler, D.P., The Globalization of Public Health: the First 100 Years of International Health Diplomacy, op.cit., pp. 842-46.

^۲.Health for All

^۳.Simon, J.D. (1997), Biological Terrorism: Preparing to Meet the Threat, *JAMA*, 278 (5), 428-30.

^۴.Emerging Infectious Diseases (EIDs)

^۵.Millennium Development Goals (MDGs)

^۶.United Nations Children's Fund (UNICEF) and WHO (2012), Progress on Drinking Water and Sanitation: 2012, New York: UNICEF. ; UN Food and Agriculture Organization (2012), The State of Food Insecurity in the World 2012, Rome: UN Food and Agriculture Organization.

^۷.United Nations Children's Fund (UNICEF) and WHO (2014), Progress on Drinking Water and Sanitation: 2014, New York: UNICEF. ; UN Food and Agriculture Organization (2014), The State of Food Insecurity in the World 2014, Rome: UN Food and Agriculture Organization, p. 8. ; UNICEF and World Health Organization (2015), Progress on Drinking Water and Sanitation, 2015 update and MDG assessment, New York: UNICEF.

^۸.Navarro, V. (2009), What We Mean by Social Determinants of Health, *International Journal of Health Services*, 39 (3), 424.

است تا بهبودی در وضع مردم فقیر و بیمار ایجاد کند. «اعلامیه پاریس در مورد کارآمدی کمک» و «برنامه عمل اکرا»^۱ هر دو در پی اهداف روشن‌تر و شاخص‌های کامیابی و هماهنگی میان مشارکت کنندگان، هماهنگی با راهبردهای کشورها و پاسخگویی متقابل از حیث نتایج، هستند. صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا، به‌عنوان پشتوانه مالی مهمی در صحنه حاضر شده و میلیاردها دلار صرف برنامه مبارزه با ایدز در بیش از ۱۵۰ کشور در حال توسعه کرده است.^۲ در این میان سرمایه‌گذاری‌های داخلی و خارجی نیز افزایش یافته‌اند. برای مثال طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ کشورهای آفریقایی ناحیه صحرا، سهم بودجه سلامت خود را بیش از دو برابر کرده‌اند و از میانگین ۱۵ دلار به ۴۳ دلار رسانده‌اند.^۳ کمک سلامت جهانی نیز از ۶ میلیارد دلار در اوایل دهه ۱۹۹۰ به ۱۰/۵ میلیارد در سال ۲۰۰۱ و به ۲۶/۹ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۰ رسیده است.^۴ این رقم تا سال ۲۰۱۴ به ۳۶ میلیارد دلار رسیده است و با توجه به نوع بیماری، اختصاص این مبلغ دارای نوسان بوده و بیشتر شده است.^۵ این آمارها نشان می‌دهند، زمان محوریت سلامت جهانی و نیز لحظه ایفای تعهد جهانی فرا رسیده است.

حاصل این مباحث آن است که به‌طور قطع، حقوق نقش مهمی در پیشرفت و اعتلای آینده سلامت جهانی ایفا کرده است. حقوق امری ناگزیر و مؤثر در امور انسان است. سلامت جهانی به‌صورت منفرد و به زبان حقوقی‌ها، تکلیف‌ها و قواعد مشارکت از قبیل تنظیم معیارهای عالی‌سنجش و نظارت بر اجراء، شکل گرفته است. تنها از رهگذر حقوق است که افراد و مردم می‌توانند استحقاق خود را به خدمات سلامت، خواستار شوند و تعهد دولت مربوط هم احراز و ایجاد شود، و نیز از رهگذر حقوق است که هنجارها را می‌توان تنظیم، فعالیت‌های متفرق را هماهنگ و نظارت مطلوب (به‌طور مثال شفافیت، امانت، مشارکت و پاسخگویی) را تأمین نمود. این امور و واقعیت‌ها موجب تلاش‌ها، پژوهش و تأسیس رشته‌های تخصصی، دانشگاهی و درمانی شده است تا روابط را چاره‌جویی و موجبات اقدام را فراهم کنند. این موضوع در مباحث بعد مورد بررسی قرار می‌گیرند.

^۱ در این خصوص رجوع شود به:

The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action (2005/2008), retrieved from: www.oecd.org, Last visited (1.4.2016)

^۲ Organization for Economic Cooperation and Development (2005), The Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonization, Alignment, Results, and Mutual Accountability, Paris: OECD. ; OECD, The Accra Agenda for Action: 2005/2008, Paris and Accra: OECD 2005/2008. ; Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, About the Global Fund (2012), retrieved from <http://www.theglobalfund.org>, Last visited (1.4.2016)

^۳ WHO (2013), World Health Statistics 2013, Geneva: WHO, 141.

^۴ IHME (2010), Murray, Ch.J.L., Heisel, W., & Leach-Kemon, K., *Financing Global Health 2010: Development Assistance and Country Spending in Economic Uncertainty*, Seattle: University of Washington, 15-16.

^۵ در این خصوص رجوع شود به:

IHME (2015), Dieleman, J., Murray, Ch.J.L., & Haakenstad, A., *Financing Global Health 2014 Shifts in Funding as the MDG Era Closes*, Seattle: University of Washington, 22-24.

مبحث سوم: حقوق سلامت

در متون و ادبیات حقوقی، اصطلاح «سلامت» اغلب همراه با وصف وضعیت «سلامت جسمی»، «سلامت روحی»، «سلامت انسان»، «سلامت حیوان»، «سلامت عمومی» و ... است و به طور ضمنی بر «سلامت فرد» دلالت دارند. این عبارات گاهی با هم استفاده می‌شوند و یا می‌توانند به صورت جداگانه، وضع خاصی از سلامت را بیان کنند.^۱ و در هر صورت موجب ایجاد حقوق برای افراد می‌شوند. به لحاظ ارتباط حقوق و سلامت، به این دلیل که حق بر سلامت یک حق بشری است، اکثر اسناد و مقررات موجود بر اجراء، حفظ و توسعه سلامت حاکم هستند. با توجه به عبارات مختلفی که در خصوص حق بر سلامت از قبیل حق حفظ سلامت و حق مراقبت بهداشتی وجود دارد، بعضی از متخصصین حقوق بشر، معنای گسترده‌تری از قبیل «حقوق سلامت» را برای این عبارت به کار برده‌اند.^۲ حقوق سلامت^۳ عبارت است از «مجموعه مقررات قانونی و مصوبات یا مجموعه قوانینی می‌باشد که معیارها و مقررات صحت و سلامت را به منظور اعتلاء و حفظ سلامت جامعه، تنظیم می‌کند».^۴ از نظر نگارنده حقوق سلامت را می‌توان «مجموعه‌ای از قواعد (موضوعی یا غیرموضوعی) تعریف کرد که ارتقاء و حفظ سلامت، خدمات و مراقبت سلامت، توزیع عادلانه منابع در دسترس و وضعیت حقوقی کلیه طرف‌های ذیربط، شامل بیماران، ارایه کنندگان خدمات سلامت، مؤسسات مراقبت سلامت، سازمان‌های سرمایه‌گذار و سازمان‌های نظارتی را برای برخورداری از زندگی توأم با شأن و کرامت انسان تنظیم می‌کند».

قانون یکی از ابزارهای سیاست اجتماعی است. قوانین راجع به حق بر سلامت نیز همانند سایر قوانین با هدف تنظیم جنبه‌هایی از نظام اجتماعی تصویب شده‌اند. هدف حقوق سلامت ایجاد محیطی است که در آن، ارتقای سلامت، توأم با حفظ حقوق فردی و اصول کلی برابری و عدالت تحقق یابد. بنابراین، حقوق سلامت، دربرگیرنده موضوعات مرتبط با سلامت است. در بحث و تحقیق حاضر، این مجموعه حقوق «یعنی حق بر سلامت و حقوق جهانی سلامت»، بسیار فراگیر، موسع و جامع است در حالی که عبارات و اوصافی نظیر «حقوق سلامت عمومی» یا «حقوق پزشکی»^۵ محدود و مضیق هستند و از گسترده بودن حقوق سلامت

^۱. Belanger, M. (2011), *Global Health Law: an introduction*, Cambridge Scientific Publishers, 12-13.

^۲. آسبیورن، الف، پیشین، ص ۷۴-۱۷۳.

^۳. در دایره‌المعارف بریتانیکا حقوق سلامت، شاخه‌ای از رشته حقوق، شناخته و معرفی شده است. عده‌ای از نویسندگان «حقوق سلامت» را شکل گسترده‌تر مفهوم حق بر سلامت می‌دانند. در خصوص قسمت اخیر رجوع شود به:

Tomasevski, K. (1995), *Health Rights*, in: Asbjorn Eide, Catarina Krause, Allan Rosas, *Economic, Social and Cultural Rights: A Text Book*, First ed., Martinus Nijhoff Publishers, 125-143.

^۴. Health Law, Garner, B.A., op.cit., 836.

^۵. حقوق پزشکی شاخه نوینی از رشته‌های حقوقی است که قواعد و مقررات حاکم بر رابطه پزشک و بیمار را مورد مطالعه قرار می‌دهد. گرچه گسترش دامنه مباحث حقوق پزشکی امروزه به حوزه‌هایی فراتر از رابطه پزشک و بیمار کشیده شده که گسترش روز افزون دامنه حقوق عمومی و نقش و مداخله دولت‌ها در مباحث مربوط به حوزه سلامت و اندیشه‌های فلسفی حاکم بر این حوزه، از آن جمله است و این امر موجب شده که رشته‌ای فراتر از حقوق پزشکی یعنی حقوق سلامت را فراروی ما قرار دهد، اما نکته حائز اهمیت در این حوزه، توجه به زیر ساخت‌ها و مبانی رابطه پزشک و بیمار است که همچنان در جامعه ما مغفول مانده است. بدون تردید تا زمانی که به مبانی نظری این رابطه

و حق بر سلامت که در ارتباط با سایر حقوق بنیادین بشر می‌باشند، برخوردار نیستند. می‌توان گفت امروزه، حقوق سلامت، سلامت جسمی و سلامت روحی و نیز سلامت اجتماعی را مشمول حمایت خود قرار می‌دهد. معذک حقوق سلامت از دیرباز، حقوقی مقدم و مفروض بوده و موضوعی قدیمی است.^۱ مراد از این بحث، بشری بودن حق بر سلامت بوده و بی‌گمان بهره‌مندی از سلامت، از حقوق اولیه انسان است. لذا در گفتارهای بعد حقوق سلامت به‌مثابه موضوع و حقوق سلامت به‌مثابه رشته تخصصی بررسی می‌شوند.

گفتار اول: حقوق سلامت به‌مثابه موضوع

حقوق سلامت به‌مثابه موضوع، به‌طور قطع موضوعی قدیمی است. ساخت حقوقی قرنطینه به‌طور منظم به سده‌های میانه و به اولین معاهدات بین‌المللی (معاهدات انسان‌دوستانه متضمن سلامت) قرن هفدهم که اولین آن موافقت‌نامه رعایت احترام متقابل در مورد بیمارستان‌های صحرایی سال ۱۶۹۷ بین الکتور براندبورگ^۲ از طرف جامعه آلسبورگ^۳ و کنت اسفیلد^۴ در فرماندهی نیروهای فرانسوی بود، باز می‌گردد. از سوی دیگر، به‌مثابه یک رشته تخصصی، قدمت حقوق سلامت به نیم قرن اخیر می‌رسد. اولین دوره جدی آموزشی به‌مثابه رشته، به دهه ۱۹۶۰ باز می‌گردد. اما موضوعی قابل توسعه است. ماده حقوق سلامت به شکل متن‌های حقوقی اعم از ملی یا بین‌المللی است. مجموعه مقررات سلامت در معنی وسیع شامل متن‌های حقوقی، متن‌های مقررات و حقوق قضابنیان (رأی بنیان) صادره از دادگاه‌های صالح، رشد چشم‌گیری داشته است. حقوق سلامت در وهله نخست، بسیار هنجاری است. اقدام‌های دولت‌ها در پایان سده‌های میانه و اقدامات بین دولت‌ها (بین دولتی، از زمان شورای قرنطینه در قرن نوزدهم) به‌منظور حمایت از سلامت مردم برای مثال برای مردم دولت‌های عضو سازمان‌های بین دولتی در نیمه اول قرن بیستم از قبیل اداره بین‌المللی بهداشت عمومی و سازمان سلامت جامعه ملل، طراحی شده بودند.^۵

پرداخته نشود کشمکش بین حقوقدانان و اطبا به قوت خود باقی است. (محمود عباسی، رییس انجمن علمی حقوق پزشکی ایران، مندرج در فصلنامه علمی- پژوهشی اخلاق زیستی، مورخ ۱۳۹۴/۱۰/۷ در خصوص «از حقوق پزشکی تا حقوق سلامت، رابطه پزشک و بیمار در جامعه ما مغفول مانده است.»). حقوق پزشکی نخستین بار در سال ۱۹۸۲، در کالج سلطنتی انگلستان، به‌عنوان یک رشته و درس دانشگاهی مطرح شد و به‌تدریج در دانشگاه‌های معتبر دنیا مورد توجه قرار گرفت. (محمود عباسی، رییس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دبیر انجمن علمی حقوق پزشکی ایران، «گزارش نشست در گروه جامعه‌شناسی پزشکی و سلامت حقوق پزشکی؛ نیاز امروز، چشم انداز فردا»، ۱۳۸۸/۱۰/۱۵).

¹.With the World Health Organization Report 2001, WHO Re-Established a Balance Between These Two Issues.

².Elector of Brandeburg

³.League of Augsburg

⁴.Count of Asfield

⁵.Belanger, M., Global Health Law: an introduction, op.cit., 16-18.

گفتار دوم: حقوق سلامت به مثابه رشته تخصصی^۱

گسترش و افزایش قوانین ملی سلامت و پیچیده شدن این حوزه و نیز وضع مقررات بین‌المللی سلامت، به دوره‌های آموزش و واحدهای درسی حقوق سلامت در دانشگاه منتهی شده است. ابتکارهایی از این نوع در دهه‌های ۶۰ و ۷۰ میلادی در کشورهای دارای مقررات دیرینه سلامت مانند کانادا، آمریکا و فرانسه و متعاقب آن در کشورهای جنوب مانند سنگال که نمونه خوبی است، آغاز و پیگیری شد. حقوق پزشکی^۲ در این رشته تخصصی نسبت به سایر شاخه‌ها غلبه دارد اما سایر شاخه‌های حقوق سلامت مورد مطالعه وسیع‌تر هستند. به ویژه این امر در مورد حقوق داروسازی برای مثال در فرانسه صادق است که در دانشکده‌ها، واحد ویژه‌ای برقرار است و تدریس می‌شود.

حقوق سلامت فراتر از همه به حقوق داخلی و ملی توجه کامل دارد اما علاقه رو به گسترش آن به حقوق بین‌الملل سلامت یعنی حقوق بین‌الملل سلامت عمومی یا حقوق سلامت اتحادیه اروپا، بسیار چشم‌گیر است. وجود شبکه حقوق سلامت کارگزاری دانشگاهی فرانسوی زبان،^۳ اجرای رشته و اخذ مدارک تخصصی جدید را در کشورهای جنوب مثلاً مراکش یا کشورهای شرقی برای مثال رومانی، تشویق می‌کند. مدارک دانشگاهی در این رشته‌ها کارشناسی ارشد بوده ولی رساله‌های دکتری نیز در زمینه این رشته انجام شده و اعتلا یافته است.

حقوق سلامت جنبه‌های مختلفی دارد در گفتار بعد، می‌کوشیم به دلیل ارتباط موضوع، دیدگاه‌های متفاوت در مورد جنبه‌های مختلف حقوق سلامت از جمله؛ حقوق سلامت فردی، حقوق سلامت بنیادین، حقوق سلامت نهادی و حقوق سلامت عمومی ارایه کنیم. مطالعه این جنبه‌ها نشان می‌دهد که همه آن‌ها در راستای حمایت از شخص انسان و احترام جهانی حق بر سلامت وی بوده و از اینرو دارای ارتباط با یکدیگر هستند.

مبحث چهارم: جنبه‌های مختلف حقوق سلامت

حقوق سلامت به دلیل گستردگی موضوع خود، دارای جنبه‌های متعددی است. در این مبحث و طی

^۱.Health Law as a Discipline

^۲. از پزشکی و حقوق همواره به‌عنوان دو علم ممتاز در جوامع انسانی یاد شده است و در عصر حاضر این دو علم اهمیت بیشتری یافته، به‌گونه‌ای که نمی‌توان جامعه‌ای را بی‌نیاز از وجود آن دو تصور کرد. پزشکی نوین و حقوق جدید نهادهای رسمی جوامع هستند که فراتر از تخصص‌های ویژه، مورد توجه دولتمردان قرار گرفته است، زیرا نیروی پزشکی، مفهوم نظم اجتماعی جوامع را دگرگون کرده و قانون به‌عنوان وسیله‌ای برای حفظ نظم اجتماعی و کمک به پیشرفت آن معرفی شده است. بنابراین قانون‌ساختاری اجتماعی است که برای اعتبار اجتماعی و سلامت جامعه پزشکی، لازم است نقش آن در ارتباط با پزشکی نوین روشن شود. این رویکرد نهادی عامل پیشرفت‌های عمیق و پژوهشگرانه و تعامل بین حقوق و پزشکی شده است. حقوق پزشکی رسالت سنگین این تعامل را به عهده دارد و به تبیین معیار سنجش حرکت در این مسیر می‌پردازد. عباسی، م. (۱۳۸۷)، *مجموعه کدهای اخلاق در پژوهش*، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، ص ۱۷-۱۸.

^۳.AUF's Health Law Network

گفتارهای بعد، صرفاً به جنبه‌های واجد اهمیت بیشتر پرداخته می‌شود.

گفتار اول: حقوق سلامت فردی

حقوق سلامت به‌عنوان یک رشته حقوقی نه تنها حقوق اجتماعی انسان نظیر حق برخورداری از مراقبت‌ها و خدمات سلامت بلکه حقوق فردی بشر نظیر حق برخورداری از سلامت کامل را نیز در بر می‌گیرد. در اروپا، رشته حقوق سلامت در نیمه دوم دهه ۱۹۶۰ مطرح شد و از آن پس، نقش و اهمیت این رشته در سطح ملی، بین‌المللی و جهانی افزایش یافته است.

حقوق سلامت فردی نقش مهمی در آگاهی فزاینده در مورد تعامل نزدیک سلامت و حقوق بشر، به‌ویژه در موضوعاتی که ممکن است بین علایق فرد و نیازها و علایق کل جامعه، تعارض پدید آید، داشته است. حقوق سلامت به‌طور روزافزون به‌عنوان مبنا و وسیله‌ای برای اهداف زیر به‌کار می‌رود:

- حفظ و ارتقای حقوق فردی بشر در زمینه مراقبت سلامت،

- حمایت از فرد در برابر تبعیض اجتماعی در زمینه سلامت،

- اجرای سیاست‌های ملی سلامت و حمایت از توسعه نظام‌های سلامت،

- فراهم آوردن امکان دسترسی برابر برای همه به امکانات مراقبت سلامت با کیفیت مطلوب.

هر روزه در شمار بیشتری از کشورهای اروپایی، به‌منظور سیاست‌گذاری سلامت و نظام‌های سلامت و ارتقای حقوق سلامت فردی، از ابزارهایی با پیش‌زمینه قانونی نظیر قوانین مصوب و یا نظام‌های حقوق قضایی استفاده می‌شود. به‌عنوان مثال می‌توان به مصوبه حقوق بشر ۱۹۹۸ در انگلستان اشاره کرد. بیانیه راجع به اعتلای حقوق بیمار^۱ مصوب اجلاس اروپایی سازمان جهانی بهداشت آمستردام ۱۹۹۷، نیز بیانگر توسعه راه‌کارها و ابزارهای بین‌المللی در زمینه سلامت و حقوق بشر است.^۲ تمامی این حقوق و مقررات، تأثیر عمده‌ای نیز بر سلامت عمومی داشته‌اند و موجب توانمندی افراد شده است تا با منابع عمومی قدرت که حقوق بشر را نقض می‌کنند، مقابله کنند.^۳

گفتار دوم: حقوق سلامت بنیادین

با توجه به ویژگی عملیاتی قوی حقوق سلامت، اولویت را باید برای تعریف بنیادین یا اساسی قایل شد. به‌نظر بلانژ، حقوق سلامت «مجموعه‌ای از مقررات حقوقی حاکم بر حمایت سلامت (افراد) بشر» است. بنابراین، تأکید اصلی بر «حقوق سلامت بنیادین یا اساسی»^۴ است. در اینجا، ارایه پیشینه و زمینه این تعریف

^۱. Declaration on the Promotion of the Patient's Rights in Europe, Amsterdam 1997

^۲. در این خصوص رجوع شود به:

Lliev, D., Vienonen, M., eds. (1997), *Patients' Rights in Europe as at June 1997*, WHO Regional Office for Europe, Health Services Management, Health Care Services, Care 03- 11/August, 2-3.

^۳. نجفی، ب.، پیشین، ص ۳-۲۴۲.

^۴. Substantive Health Law

ضروری به نظر می‌رسد. نخست اینکه «پندار مقررات»^۱ را به معنی وسیع آن باید درک کرد. اصول عام حقوق سلامت و نیز مجموعه ضابطه‌ها یعنی معیارهای مبنا از قبیل معیارهای اجرایی، که البته پیشینه آن‌ها حقوقی هستند، و نیز مقرراتِ دربردارنده آمار حقوق دارویی به‌طور اخص را باید به معنی وسیع در نظر گرفت. بنابراین روابط حقوقی از این نوع و در نتیجه عبارت «مقررات حقوقی»^۲ و نیز مقررات اخلاقی که بیشتر در حقوق پزشکی زیستی دیده می‌شوند، باید لحاظ شوند. سرانجام، با تأکید، اعلام شده است که ذینفع‌نهایی این حمایت، شخص انسان است و در وهله نخست برای اینکه این حمایت، واقعی و کارآمد باشد، نه تنها باید شامل انسان‌ها، بلکه باید شامل همه موجودات در تعامل با انسان و همچنین محیط زیست به‌عنوان یک کل باشد.

گفتار سوم: حقوق سلامت نهادی

با توجه این که انسان‌ها، جهانی‌اند؛ هم از حیث ترکیب زیست‌شناختی آن‌ها (با حمایت سلامت جسمی و روحی) و هم از نظر دفاع از حقوق خود، «حق بر سلامت، حقی حیاتی و مستلزم اتخاذ تصمیم سریع و قطعی از حیث تحقق آن است».^۳ در عین حال که معرفی حقوق سلامت، به‌طور عمده ناظر به حقوق سلامت بنیادین است معذک نمی‌توان «حقوق سلامت نهادی»^۴ را نادیده گرفت. در واقع، تعریف حقوق سلامت که از طریق نهادها، سازمان‌ها و نمایندگی‌ها ارایه می‌شود را باید تکمیلی و حتی تعریف مقدم (قبلی)^۵ دانست، زیرا نهادهای سلامت که باید سازمان‌هایی از قبیل سازمان‌های حقوقی مشارکت‌کننده در امور قانون‌گذاری سلامت را به آن‌ها افزود، نهادهای مسؤوّل تنظیم و اجرای مقررات سلامت هستند. با این همه، به‌نظر می‌رسد حقوق سلامت نهادی یا سازمانی، از جهت تعدد سازمان‌ها حقوق پاره پاره است.^۶

گفتار چهارم: حقوق سلامت عمومی

حقوق سلامت عمومی از سال ۲۰۰۰ تا کنون از سوی دانشمندان این رشته حقوق مورد توجه جدی‌تر واقع شد.^۷ بعضی حقوق‌دانان مانند گاستین و بلاژ، معتقدند مردم اغلب بین عرصه سلامت عمومی، مراقبت سلامت و درمان اشتباه می‌کنند. در عین حال که سلامت عمومی و مراقبت سلامت و درمان از جهات مهم همپوشانی دارند، توجه به حقوق پزشکی و حقوق مراقبت سلامت، اغلب مطالعه حقوق سلامت را دستخوش ابهام می‌کند.

1. Notion of Regulation

2. Legal Regulation

3. The Right to Health is a Crossroads Right

4. Institutional Health Law

5. Prior

6. Belanger, M., op.cit., 11.

7. Martin, R., Johnson, L., eds. (2001), *Law and the Public Dimension of Health*, Cavendish Publishing: London, 6.

بررسی و سنجش اختیارات و وظایف حقوقی دولت در تأمین شرایط و موجبات سلامت مردم یعنی پیشگیری و کاهش مخاطرات سلامت مردم و محدودیت‌های اختیارات دولت در ایجاد مانع برای حریم خصوصی، آزادی، منافع مالی یا حقوقی افراد در جهت اعتلا و حمایت سلامت مردم، بسیار مهم و راهگشا است. حقوق سلامت عمومی عبارت از «مجموعه مقررات حقوقی حاکم بر مطالعه و پیشگیری بیماری‌ها به منظور اعتلای سلامت در بین گروه‌های مختلف مردم، اعم از جوامع کوچک، در حال توسعه و پیشرفته»^۱ است. از نظر نگارنده در حقوق سلامت عمومی، سلامت آحاد افراد و اشخاص در کلیه جوامع مطرح است. زمانی رشد و میزان بلایا و صدمات در کشورهای فقیر، بحران رو به گسترش سلامت عمومی بود که شهرنشینی و صنعتی شدن نیز به آن دامن زده بود. جهان توسعه یافته به این امر پاسخ و میزان صدمات را با اختراع فناوری‌های نوین، طرح‌های ایمنی و مقررات انتظامی به‌نحو مطلوب کاهش داد. در مبحث بعد این موضوع توضیح داده می‌شود.

مبحث پنجم: از حقوق سلامت عمومی تا حقوق جهانی سلامت

در صورتی که متولیان سلامت عمومی بر آن باشند تا خلأ آسیب‌های بین فقیر و غنی را رفع کنند، باید راه‌حل‌های مستند و مبتنی بر ادله را ارایه، و آن‌ها را به‌گونه مؤثر با مشارکت بخش خصوصی و نیز با همیاری مراجع نظامی، انتظامی و قضایی (پلیس و دادگاه‌ها) اجرا کنند و منابع لازم را به این امر اختصاص دهند و از مقررات قوی و دارای ضمانت اجرای بالا، راجع به ایمنی و سلامت حمایت کنند.^۲ لذا، گرایش به تقویت حقوق سلامت عمومی، همواره در دستور کار دولت‌ها بوده و هست و موجب مطرح شدن نظریه جهانی شدن حقوق سلامت عمومی شده است. اما تحلیل حقوق سلامت عمومی از منظر بین‌المللی، همیشه کار آسانی نیست. بررسی نقش حقوق سلامت عمومی در اصطلاح شایع «دهکده جهانی»، تحلیل حقوق سلامت را از قلمرو آشنای حقوق حاکم در قلمرو داخلی هر کشور، خارج می‌کند. این تحلیل به دو صورت، شکل خواهد گرفت. یکی مقایسه نظام‌های ملی حقوق سلامت عمومی نسبت به موضوعات خاص است. چنین رویکرد تطبیقی به‌طور مثال به این امر علاقه دارد که جهات افتراق در مورد مصرف دخانیات در کشور را بررسی کند.

رویکرد دیگر، توجه جدی به استفاده از قواعد حقوق بین‌الملل - قواعد حاکم بر روابط بین دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی - از حیث حقوق سلامت عمومی دارد. این رویکرد مستلزم این است که دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی، نوعی روابط بین‌المللی منظم داشته باشند تا با پخش بیماری‌های عفونی به فراسوی مرزها مقابله کنند. در بسیاری از کشورها از جمله آمریکا، با توجه به اختیارات مقرر در قانون اساسی،

^۱.APHA (2006), What is Public Health?, American Public Health Association for Science, for Action, for Health, 1, retrieved from http://www.apha.org/What_is_Public_Health_2006, Last visited (1.4.2016)

^۲.Gostin, L.O. (2014), *Global Health Law*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London: England, 50.

اقدام‌هایی در جهت تنظیم و کنترل سرایت تهدیدهای سلامت به‌عمل آمده است که نه تنها این موضوع، مربوط به قانون اساسی داخلی، بلکه متضمن رعایت حقوق بین‌الملل نیز هست.

نظریه جهانی شدن حقوق سلامت عمومی، باید امکانات، نیروها و اختیارها را بررسی و تحلیل کند، زیرا جهانی شدن به‌ویژه آزادسازی تجارت کالا و خدمات، موجب افزایش صادرات و واردات می‌شود. دخانیات نمونه‌ای است که نشان می‌دهد چرا رویکردهای سرزمینی نسبت به حقوق سلامت عمومی در مورد عرصه جهانی کافی نیست. بنابراین به‌طور نمونه در آمریکا، صادرات فرآورده‌های دخانیات به کشورهای در حال توسعه در پیوند با مقررات مربوط در عرصه فدرال و داخلی است.^۱

انتشار بیماری‌های همه‌گیر از کشوری به کشور دیگر از زمان قدیم نشان داده که همکاری مشترک بین کشورها از نظر حفظ سلامت ضروری و الزامی است.^۲ لذا وجود رشته تخصصی و قدیمی حقوق سلامت، زمینه ایجاد شاخه‌ای از حقوق تحت عنوان حقوق جهانی سلامت را فراهم نمود و با توجه به اینکه غایت نهایی از تعاریف ارایه شده و انجام بررسی‌های مختلف در مباحث قبلی، تبیین حقوق جهانی سلامت است، در مبحث بعد به توضیح و تعریف حقوق جهانی سلامت پرداخته می‌شود.

مبحث ششم: حقوق جهانی سلامت

حقوق جهانی سلامت، عرصه پژوهشی، تحصیلی، تخصصی، دانشگاهی و اجرایی جدیدی است. حقوق جهانی سلامت در تعریف موسع، «شامل همه رژیم‌های حقوقی بین‌المللی مربوط به سلامت عمومی، شامل حقوق بین‌الملل محیط زیست، حقوق بین‌الملل بشر، حقوق بین‌الملل بشردوستانه، حقوق بین‌الملل کار و تجارت، حقوق بین‌الملل ناظر بر کنترل سلاح و ... است».

در تعریف مضیق، «حقوق جهانی سلامت، شامل مقررات بین‌المللی حقوقی است که برای حل مسایل سلامت و مقابله با تهدیدهای سلامت و بهداشت، تنظیم و مقرر شده‌اند». دو مثال عمده و شاخص؛ یکی مقررات بین‌المللی سلامت (متمرکز بر بیماری‌های عفونی) و دیگری کنوانسیون چارچوب سازمان جهانی بهداشت در مورد نظارت بر دخانیات (متمرکز بر بیماری‌های مزمن) است.^۳

حقوق جهانی سلامت عرصه‌ای است که دربرگیرنده هنجارهای حقوقی، فرایندها و نهادهای لازم برای ایجاد شرایط دسترسی مردم در سراسر جهان به بالاترین سطح ممکن سلامت جسمی، روحی و اجتماعی مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت است. این شاخه بر آن است تا عملکرد اعتلایی سلامت را بین عامل‌های اصلی که بر سلامت عمومی اثر گذارند، تسهیل کند. این عامل‌های اصلی شامل سازمان‌های بین‌المللی، دولت‌ها، نهادهای بین‌المللی، بنیادها و جامعه مدنی است.

^۱Fidler, D.P. (2002), A Globalized Theory of Public Health Law, *Journal of law, Medicine & Ethics*, 30 (2), 150.

^۲باقیانی مقدم، م.، پیشین، ص ۷.

^۳Prah Ruger, J. (2008), Normative Foundations of Global Health Law, *University of Pennsylvania, Georgetown Law Journal*, 96, 424.

سازوکارهای حقوق جهانی سلامت باید سرمایه‌گذاری در پژوهش و توسعه را تشویق، و منابع را تجهیز و زیرساخت‌های لازم را هر چه بیشتر تقویت کنند. این سازوکارها باید اولویت‌ها را تعیین، فعالیت‌ها را هماهنگ و پیشرفت‌ها را در نظر بگیرند و انگیزه‌های بیشتر ایجاد کنند و ملاک‌ها و ضابطه‌ها را به‌موقع اجرا گذارند. مطالعه و کاربست این رشته باید در پرتو عدالت اجتماعی صورت گیرد و ارزش‌های آن مستلزم توزیع برابر خدمات سلامت و به‌ویژه اقدام به‌نفع جوامع نیازمند و توسعه نیافته خواهد بود. بنابراین، حقوق جهانی سلامت در وهله اول شامل؛ منابع حقوق بین‌الملل عمومی، و اشخاص و تابعان حقوق بین‌الملل شامل دولت‌ها، افراد و سازمان‌های بین‌الملل عمومی، است.

معدلک به‌منظور اینکه راهبرد نظارت بر سلامت جهانی، کارآمد باشد، حقوق جهانی سلامت باید از محدوده‌های سنتی خود یعنی از حیث منابع حقوق بین‌الملل عمومی پا فراتر نهد. اقدام‌های مربوط به سلامت عمومی باید به‌صورت جمعی و کارآمد از سوی حکومت‌ها، نهادهای بین‌المللی، جامعه مدنی و سایر دست‌اندرکاران حوزه سلامت، ترویج و اجرا شوند. حقوق جهانی سلامت شامل اسناد و مقررات بین‌المللی «سخت» برای مثال معاهداتی که برای دولت‌ها الزام ایجاد کرده و «نرم» برای مثال اعلامیه‌ها است که هنجارها، فرایندها و نهادهایی را شکل می‌دهد تا موجب نیل همه مردم جهان به بالاترین معیار دست‌یافتنی سلامت جسمی و روحی شود.^۱ جهانی شدن موجب شناسایی حقوق جهانی سلامت در سراسر جهان شده است. با نتیجه‌گیری از سیر تحول مذکور در این بخش می‌توان گفت حقوق جهانی سلامت پنج ویژگی را شامل است:

۱- مأموریت ویژه: یعنی تضمین شرایط سلامت عمومی و سلامت بین‌المللی و برآوردن نیاز حیاتی و اساسی زندگی مردم.

۲- مشارکت کنندگان اصلی: عبارتند از دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه و جامعه مدنی.

۳- بهره‌گیری از منابع حقوق بین‌الملل عمومی.

۴- ساختار: سازوکارهای ابداعی جهت هدایت و نظارت بر سلامت جهانی.

۵- مبانی اخلاقی:^۲ عبارت است از ارزش‌های عدالت اجتماعی که توزیع منصفانه منابع و منافع سلامت را برای مردمانی با بیشترین فقر و کمترین سلامت در جهان (فقیرترین و کم سلامت‌ترین مردم جهان) خواستار

^۱Gostin, L.O., op.cit., xii.

^۲اخلاق در سلامت عمومی امروزه از موضوعات بسیار مهم و اساسی در سلامت عمومی و تحقیقات در حوزه سلامت می‌باشد. اخلاق در سلامت عمومی به حوزه‌های سیاست‌گذاری سلامت، ارائه خدمات سلامت و مداخلات نظام سلامت و پژوهش‌های سلامت توجه می‌کند. اخلاق دارای ابعاد اجتماعی است و همراه با عدالت، حقوق بشر، احترام به کرامت انسانی، استقلال فرد و احترام جامعه است. در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م.، گشتائی، م. (۱۳۹۱)، اخلاق در سلامت عمومی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ششم، شماره نوزدهم، ص ۱۴۹-۱۵۹.

است. رسالت حقوق جهانی سلامت، «تضمین شرایط لازم برای دسترسی به بالاترین معیار سلامت جسمی و روحی» است.^۱

لذا با توجه به این بحث و در جهت تکمیل تعاریف ارایه شده قبلی، حقوق جهانی سلامت عبارت از «مجموعه‌ای از مقررات سلامت است که بر ساختاری جهانی مبتنی بر جهان به‌مثابه یک جامعه واحد و کل (و نه مجموعه‌ای از دولت-ملت‌ها) حاکم است».

طرح این مباحث تا کنون نشان داد ملاحظات دولت‌ها در راستای رعایت و عمل به تعهدات خود و همگرایی جهانی جهت اعتلای حقوق جهانی سلامت است.

نتیجه‌گیری

حقوق جهانی سلامت، که نقش پیشرو و هدایت‌گر در هماهنگی حقوق سلامت (به معنای اعم) و گسترش معیارهای سلامت برای مردم همه کشورهای جهان را دارد، شامل مجموعه مقررات ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی است و معذک ضروری است هیأتی منسجم و واحد به خود بگیرد.

با بررسی‌های به‌عمل آمده، حقوق بین‌الملل سلامت، دلالت بر رویکرد سستی ناشی از قواعد حاکم بر میان دولت‌ها است. ولی حقوق جهانی سلامت، در ساختاری بین‌المللی مبتنی بر جهان به‌مثابه یک جامعه واحد و کل و نه مجموعه‌ای از دولت-ملت‌ها و فارغ از هرگونه انتخاب و اعمال تبعیض جهت ارایه مساعدت و کمک، شکل گرفته است.

حقوق جهانی سلامت مجموعه‌ای از مقررات کارکردی حقوق است. ویژگی کارکردی حقوق سلامت در این شکل از حقوق نهفته است که از هنجارهای حقوقی، فنی، عادی و چندگانه تشکیل یافته و حتی ضابطه مبنا از قبیل حق بر سلامت از نظر ماهوی در سطح جهانی عملیاتی است. هدف حقوق جهانی سلامت، تقویت و اعتلای قوانین و مقررات حمایت سلامت برای کل جوامع جهان است. لذا با توجه به تعریف ارایه شده توسط برنامه اقدام یا ابتکار عمل سلامت جهانی سال ۲۰۱۰، «همکاری در انجام پژوهش‌های فرامرزی و اقدام به‌منظور مقابله با بیماری‌ها برای اعتلای سلامت همه مردم جهان»، نیاز اساسی جهت تحقق «هدف سلامت برای همه» است.

¹Gostin, L.O., & Taylor, A.L., eds. (2008), *Global Health Law: A Definition and Grand Challenges*, Georgetown University Law Center, *Public Health Ethics*, 1 (1), 55.

فصل دوم

مبانی حقوق جهانی سلامت

با توجه به سیر تحول شرح داده شده در خصوص سلامت و حقوق مرتبط با آن، در مقایسه با گذشته، حقوق سلامت، امروزه از اهمیت بالاتری برخوردار و در عرصه‌های مختلف حقوق داخلی و بین‌المللی مطرح شده است.^۱ از منظر حقوق بشر نوین، عدم تحقق معیارهای سلامت را می‌توان نوعی بی‌عدالتی قلمداد نمود.^۲ از نظر شکل‌گیری حقوق جهانی سلامت، می‌توان گفت دوره جدید قواعد و مقررات ناظر بر حق بر سلامت با تصویب منشور سازمان ملل متحد در سال ۱۹۴۵ آغاز شده است.^۳ این منشور، احترام جهانی و مؤثر حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه را بدون تبعیض را از کلیه دولت‌ها خواستار است.

منشور سازمان ملل متحد، زمینه را برای مصوبات منطقه‌ای و بین‌المللی حقوق بشر فراهم و مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۱۹۴۸، اعلامیه جهانی حقوق بشر را تصویب کرد. اعلامیه جهانی حقوق بشر،^۴ آینه تمام‌نمای توافق جهانی در مورد حقوق بشر است که همه مردم در سراسر جهان در زمینه مسائلی چون امنیت اجتماعی، کار، سلامت، تعلیم و تربیت و تابعیت و ... از آن‌ها برخوردارند.

در ماده ۲ این اعلامیه با صراحت مقرر شده است که حقوق انسانی مندرج در اعلامیه حاضر شامل حال «همه کس» به یک اندازه می‌شود «بی‌آنکه هیچ تمایزی از حیث نژاد، رنگ، جنسیت، زبان و ... و یا موقعیت دیگری» مطرح باشد. این اعلامیه، قاطعانه تبعیض^۵ را محکوم و طیفی از حقوق مرتبط با ارتقای سلامت و حمایت از آنرا مطرح کرده و از طریق دو میثاق یعنی میثاق بین‌المللی راجع به حقوق مدنی و سیاسی «میثاق سیاسی»^۶ و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی «میثاق اقتصادی»^۷ به حقوق بین‌الملل بشر یاری رساند. به‌همین ترتیب، کنوانسیون‌های منطقه‌ای حقوق بشر از این اعلامیه جهانی نشأت می‌گیرند. این

^۱ مورژنون، ژ. (۲۰۰۳)، حقوق بشر، ترجمه: احمد نقیب‌زاده (۱۳۸۲)، تهران: انتشارات دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ص ۱.

^۲ گرت، الف. (۲۰۰۱)، جامعه‌شناسی جنسیت، ترجمه: کتابیون بقایی (۱۳۸۰)، تهران: نشر دیگر، ص ۹.

^۳ UN (1945), Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice, New York: Department of Public International for Nations.

^۴ Universal Declaration of Human Rights (UDHR)

^۵ مواد ۲ و ۷ و بند ب ماده ۲۳ اعلامیه جهانی حقوق بشر.

^۶ UN (1993), International Covenant on Civil and Political Rights, in Human Rights, A Compilation of International Documents, Geneva: United Nations, p. 53.

^۷ UN (1993), International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, in Human Rights, A Compilation of International Documents, Geneva: United Nations, p. 45.

کنوانسیون‌ها شامل «کنوانسیون حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین»^۱، «منشور اجتماعی اروپا»^۲ مصوب شورای اروپا ۱۹۶۱، «کنوانسیون حقوق بشر آمریکا»^۳ و پروتکل الحاقی آن در زمینه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و «منشور حقوق بشر و مردم آفریقا»^۴ است. همه این کنوانسیون‌های منطقه‌ای، تبعیض را ممنوع اعلام می‌کنند و خواستار احترام به حقوق مختلف در ارتباط با ارتقای حق بر سلامت و حمایت از آن هستند. در مقررات دیگری از قبیل بند (۴) جزء هـ ماده (۵) «کنوانسیون بین‌المللی رفع هر نوع تبعیض نژادی»^۵ نیز به حق بر سلامت توجه و اشاره شده است.

همچنین مواد ۱۰، ۲۴ «حق هر کودک نسبت به سطحی از زندگی که برای توسعه جسمی، روحی، معنوی، اخلاقی و اجتماعی کودک کافی باشد» و «حق کودک به بهره‌مندی از بالاترین معیار قابل حصول سلامت و امکانات مداوای بیماری و بازپروری سلامت»، ۲۵، ۳۲ و ۳۹ «کنوانسیون حقوق کودک»^۶ و فصل چهارم «کنوانسیون ناظر بر وضعیت پناهندگان»^۷ در خصوص رفاه و آسایش و ماده ۲۴ همان کنوانسیون درباره «قوانین کار و بیمه‌های اجتماعی» پناهندگان است. وجود این اسناد موجب شده حق بر سلامت در نظام بین‌المللی حقوق بشر دارای تأثیر بوده و از اهمیت والایی برخوردار است.

مبحث اول: تأثیر و اهمیت حق بر سلامت در نظام بین‌المللی حقوق بشر

کنفرانس جهانی حقوق بشر سازمان ملل متحد که در سال ۱۹۹۳ در وین^۸ برگزار شد فرصتی حقوقی برای تقویت نگرش‌های نو درباره تفکر و عمل در زمینه حقوق بشر فراهم کرد. با توجه به اصول و اهداف این کنوانسیون، از نظر حقوق بین‌الملل بشر، بهترین دولت در جهان سوم، دولتی است که سه هدف را فراروی خود قرار دهد: آموزش، تأمین سلامت، صنعت و کشاورزی. دولت‌هایی که برنامه اقتصادی مشخص ندارند و به فکر آموزش و تأمین سلامت مردم نیستند، هیچ‌گاه نمی‌توانند مدعی

1. UN (1950), Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, New York: United Nations, p. 107.

2. Council of Europe (1961), European Social Charter, Human Rights in International Law: Basic Texts, Strasbourg: Council of Europe Press, p. 80.

3. OAS (1969), American Convention on Human Rights, Washington: Organization of American States, p. 35

4. OAU (1981), African Charter on Human and People's, Organization of African Unity, p. 62.

5. UN (1993), International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, in Human Rights: A Compilation of International Documents, Geneva: United Nations.

6. UN (1989), Convention in the Rights of the Child, United Nations General Assembly Official Regulations Supplement 44/25.

7. UN (1993), Convention Relating to the Status of Refugees, in Human Rights A Compilation of International Documents, Geneva: United Nations.

۸. کنفرانس جهانی حقوق بشر ۱۹۹۳ وین، نخستین نشست جهانی به منظور تجدیدنظر و بازنگری در خصوص حقوق بشر در دنیای معاصر بود. حدود ۱۷۱ دولت عضو ملل متحد در این کنفرانس شرکت داشتند. این دولت‌ها، بیانیه وین را با اجماع پذیرفتند. در این خصوص رجوع شود به: رزمخواه، ن. (۱۳۹۳)، محصولات تراریخته کشاورزی و چالش‌های پیش‌رو از منظر حقوق بین‌الملل بشر، رساله دکترای حقوق بین‌الملل عمومی، دانشگاه پیام نور، مرکز تحصیلات تکمیلی تهران، ص ۷۷.

خدمت به حقوق بشر باشند.^۱ نظام و منشور (اسناد) بین‌المللی حقوق بشر، حق بر سلامت را در زمره حقوق بنیادین و اصلی بشری دانسته و برای آن جایگاه ویژه‌ای قایل است.

امروزه حقوق، فی‌نفسه هدف نیست بلکه وسیله نیل به هدف است. به بیان روشن‌تر، وظیفه حقوق، تلاش برای استقرار نظم، عدالت و تأمین پیشرفت تمدن است.^۲

علم حقوق به شاخه‌های گوناگونی تقسیم شده است. یکی از آن تقسیم‌بندی‌ها، تقسیم به حقوق طبیعی و حقوق بشر است. حقوق طبیعی و حقوق بشر، جنبه‌های اساسی حقوق نوین را متأثر کرده‌اند. حقوق طبیعی، به قواعد ثابتی گویند که برتر از اراده حکومت و غایت مطلوب انسان است و قانون‌گذار باید کوشش کند تا آن‌ها را بیابد و سرمشق خود قرار دهد.^۳

با توجه به اینکه حق بر سلامت از حقوق مسلم بشری است که ریشه در ذات و کرامت انسان^۴ دارد، و جای هیچ شک و انکاری نیست که حقوق طبیعی و حقوق بشر مبنای این حق است، و با اذعان به اینکه در خصوص حقوق طبیعی و حقوق بشر بسیار صحبت شده است لذا برای جلوگیری از اطاله کلام از توضیح واضحات و مکررات در خصوص آن‌ها خودداری شده^۵ و صرفاً با توجه به اهمیت و نقش اساسی حقوق

^۱ مورژنون، ژ.، پیشین، ص ۷.

^۲ کاتوزیان، ن. (۱۳۸۰)، *فلسفه حقوق* (چاپ دوم)، جلد یکم، تهران: شرکت سهامی انتشار، ص ۳۰.

^۳ کاتوزیان، ن. (۱۳۸۰)، *مقدمه علم حقوق* (چاپ چهل و سوم)، تهران: شرکت سهامی انتشار، ص ۶.

^۴ کرامت ذاتی یکی از اوصاف عالی‌ه انسانی و از جمله حقوق بنیادین همه ابنای بشر است که هیچ شرطی آن را مشروط و هیچ قیدی آن را مقید نمی‌سازد. کرامت ذاتی بشر قاعده‌ای است جهانشمول و فطری که عموم هیچ عام و اطلاق هیچ مطلقى توان تخصیص و تقیید آن را ندارد. در اسناد مهم حقوق بشری مانند اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، با توجه به زمینه‌های تاریخی این اسناد، کرامت ذاتی انسان به‌عنوان مبنای بسیاری از حقوق و آزادی‌های اساسی افراد انسانی مورد استناد قرار گرفته است. در اسناد متقدم اخلاق زیستی مانند کدهای اخلاقی نورنبرگ، اعلامیه هلسینکی و گزارش بلموت نیز که به منظور حمایت از افراد در برابر خطرات و عوارض ناشی از معالجات یا آزمایشات تدوین شده‌اند، همین رهیافت از کرامت انسانی، مورد نظر بوده است. لکن در اسناد متأخر اخلاق زیستی از قبیل کنوانسیون حقوق بشر و زیست پزشکی شورای اروپا، اعلامیه جهانی ژنوم انسانی و حقوق بشر یونسکو، مفهوم کرامت ذاتی انسان ابعاد وسیع‌تری یافته است. در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م.، صالحی، ح. (۱۳۹۰)، کرامت انسانی؛ فصل‌الخطاب اندیشه‌های دینی و تفکرات اخلاقی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال پنجم، شماره شانزدهم، صص ۳۹ و ۷۱.

^۵ در خصوص حقوق طبیعی رجوع شود به: حقوق طبیعی شکل خاص نظامی است که به نحوی انقلابی ایجاد شده است. به چشم طبقاتی که در برابر نظام موجود علم طغیان برافراشته‌اند، توسل به حقوق طبیعی همیشه وسیله‌ای برای مشروعیت بخشیدن به خواست‌های آن‌ها در خلق حقوق است، شمیلیه، ژ. (۱۳۸۲)، *بشریت‌ها و حاکمیت‌ها*، ترجمه: مرتضی کلانتریان (۲۰۰۳)، تهران: انتشارات آگه، ص ۲۸۷. ؛ آقای، ب. (۱۳۷۸)، *فرهنگ حقوقی بهمین*، تهران: انتشارات گنج دانش، ص ۸۴۳. ؛ حقوق طبیعی عبارت از نظام فلسفی اصول اخلاقی و حقوقی ناشی از مفاهیم عام و

بشر در سیر شکل‌گیری حقوق جهانی سلامت، به توضیح در خصوص حقوق بشر و دسترسی عادلانه و منصفانه به سلامت در گفتار بعد پرداخته می‌شود.

گفتار اول: حقوق بشر

برای برخوردار شدن از حقوق بشر به هیچ چیزی غیر از انسان بودن نیازی نیست. حقوق بشر، انسان را تنها به اعتبار اینکه انسان است، دارای حقوق و آزادی‌هایی می‌شناسد که همه، به‌طور برابر و بدون هیچ تبعیضی باید از آن بهره‌مند گردند. حقوق بشر، امروزه به‌عنوان یکی از مهمترین و بحث‌برانگیزترین موضوعات حقوقی محسوب شده و حجم بالایی از ادبیات و نوشته‌های حقوقی را به خود اختصاص داده است. بروز نگرانی‌های نهادهای حقوق بشری از نقض این حقوق در سطح بین‌المللی و داخلی و از طرف دیگر، تمسک به مبانی و موازین حقوق بشری برای توجیه و تقویت اقدامات انجام شده، به نحوی بیانگر جایگاه حقوق بشر در تحلیل‌های حقوقی است. مفهوم «حقوق بشر»^۱ که جانشین مفهوم «حقوق انسان»^۲ (محصول انقلاب فرانسه) شده است، توسط الینور روزولت در دهه ۴۰ میلادی و تلاش او در سازمان ملل رونق یافت.

رونالد دورکین معتقد است که حقوق بشر را باید به منزله «برگ‌های برنده‌ای» دانست که متضمن آن است که همه دولت‌ها باید به هنگام تدوین سیاست‌های عمومی و توزیع منافع عمومی، چنان جدیتی برای مطالبات حقوق بشر قایل شوند که این حقوق سزاوار آن است. آموزه‌های حقوق بشری باید مردم محور باشند. انسانیت و اصول حقوق بشری که مردم بدان دست می‌یابند نمی‌بایست به نفع یک فرد، گروه، جنس، قومیت و نژاد خاص تعصب داشته، بلکه باید جهان‌شمول باشد.

جهان‌شمول طبیعت انسان یا عدالت الهی و نه حاصل کار قانون‌گذاری یا عمل قضایی است. حقوق طبیعی آرمانی است در برابر حقوق حاکم، هرچا نابرابری و یا امتیازی حاکم باشد حقوق طبیعی خواستار الغای آن است. همچنین از حقوق طبیعی با عنوان‌های قانون طبیعت (law of nature)، قانون یا حقوق الهی نیز یاد می‌شود. به نقل از: Garner, B.A., op.cit., p. 868؛ حسین بشیریه این اصطلاح را «قانون طبیعی» ترجمه کرده است. در این خصوص رجوع شود به بشیریه، ح. (۱۳۷۷)، بستر نظریه‌های حقوق بشر و قانون طبیعی، مجله آدینه، شماره ۱۳۵، ص ۱۸؛ الفاروقی، ح. س. (۱۹۹۱)، المعجم الفاروقی، بیروت: مکتبه لبنان، ص ۴۷۱؛ قاری سیدفاطمی، م. (۱۳۸۱)، مبانی توجیهی، اخلاقی حقوق بشر معاصر، مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۳۶-۳۵، ص ۱۲۲؛ اشتراوس، لئو (۱۹۹۶)، حقوق طبیعی و تاریخ، ترجمه: باقر پرهام (۱۳۷۵)، تهران: نشر آگاه، ص ۲۰۲؛ میرموسوی، ع.، حقیقت، ص. (۱۳۸۸)، مبانی حقوق بشر از دیدگاه اسلام و دیگر مکاتب، ناشر: سازمان انتشارات پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی، ص ۱۱۳؛ وینسنت، اندرو (۱۹۹۲)، نظریه‌های دولت، ترجمه: حسین بشیریه (۱۳۷۱)، تهران: نشر نی، ص ۱۶.

^۱.Human Rights

^۲.Rights of Man

در دنیای غرب، از قرن هفدهم به بعد، پا به پای نهضت‌های علمی و فلسفی، نهضتی در زمینه مسایل اجتماعی به نام «حقوق بشر» صورت گرفت.^۱ حقوق بشر مفهومی است که به آسانی نه تنها حقوقدانان، بلکه سیاستمداران و به‌طور کلی‌تر، عموم مردم در سطح وسیعی از آن استفاده می‌کنند.^۲ حقوق بشر باید به‌عنوان نهادی ناشی از یک فرایند طولانی و تاریخی در نظر گرفته شود. در عین حال حقوق بشر از روند تاریخ و حقوق طبیعی متأثر است؛ جوهر آن یعنی بودنش را نیز نباید نادیده گرفت.^۳

گفتار دوم: تعریف و توصیف حقوق بشر

هر چند در مورد اصل وجود حقوق بشر، اجماع جهانی وجود دارد، ولی در مورد مفهوم این حقوق توافق کلی حاصل نشده است. چرا که به‌طور دقیق تعریفی از این اصطلاح ارایه نشده است. لذا در اغلب اسناد تخصصی حقوق بشر، بجای تعریف آن، به ذکر مصادیق این حقوق پرداخته شده است. همین رویه در اسناد بنیادین بین‌المللی حقوق بشر شامل اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و پروتکل آن و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز دیده می‌شود. به هر حال، به منظور ارایه یک تعریف مناسب، از حقوق بشر توجه به دو بخش تشکیل دهنده این عبارت یعنی «حقوق» و «بشر» ضروری است.

حقوق جمع کلمه حق بوده و حق، عبارت از توانایی و امتیازی است که برای انسان، نسبت به اشیاء یا انسان‌های دیگر به رسمیت شناخته شده است. در کنار مفهوم «حق»، واژه بشر، نیز اصطلاحی است که در خصوص آن، تعریف و دیدگاه یکسانی وجود ندارد اما مطابق تعریف رایج، آن را به موجود انسانی واجد چهره و رفتار نوع انسان اطلاق می‌کند. لذا حقوق بشر، مجموعه توانایی‌ها و امتیازاتی است که هر موجود انسانی واجد چهره و رفتار انسانی، مستحق برخورداری از آن می‌باشد.

در تحلیل مفهوم حق، تفکیک بین دو مفهوم «حق بودن»^۴ و «حق داشتن»^۵ ضروری به نظر می‌رسد. مفهوم اول از حق، گرچه در حوزه مباحث مرتبط با ارزش (خوبی و بدی) از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است، اما باید توجه داشت حق به معنای دوم آن یعنی «حق داشتن» است که موضوع گزاره‌های حقوق بشری در حقوق بشر معاصر قرار می‌گیرد.

در تحلیل مفهوم حق در معنای «حق داشتن» به نظر می‌رسد بهترین نقطه آغاز، تفکیک هوفلد است که امروزه توسط بیشتر اندیشمندان حقوق به‌عنوان چارچوب تحلیلی این مفهوم استفاده می‌شود. از نظر هوفلد،

^۱ مطهری، م. (۱۳۶۹)، *نظام حقوق زن در اسلام*، تهران: انتشارات صدرا، ص ۱۴.

^۲ تاموشات، ک.، *حقوق بشر (۲۰۰۷)*، ترجمه و نگارش: حسین شریفی طرازکوهی (۱۳۸۶)، تهران: نشر میزان، ص ۶۹.

^۳ شایگان، ف. و دیگران (۱۳۸۲)، *تقویت همکاری‌های بین‌المللی در زمینه حقوق بشر*، تهران: انتشارات دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ص ۵۸.

^۴ To be Right

^۵ To have Right

واژه حق، می‌تواند چهارگونه رابطه حقوقی را در بر گیرد. به عبارت دیگر واژه حق در چهار قلمرو مختلف حقوقی؛ حق - مطالبه، حق - آزادی، حق - قدرت و حق - مصونیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. حق بر سلامت در زمره حق - مطالبه است که در مباحث آتی بیشتر توضیح داده می‌شود.^۱

با توجه به اینکه تعریف واحدی از حقوق بشر وجود ندارد و نویسندگان در این باره تعاریف متعددی ارائه کرده‌اند،^۲ صرفاً به ارایه تعاریف شاخص در این خصوص پرداخته می‌شود. از جمله تعاریف عبارت است از «حقوق بشر، حقوقی است که از نظر ملل متمدن برای هر فرد به‌طور ذاتی و اساسی وجود دارد». این حقوق غیرقابل تجزیه و تفکیک هستند و اگر دولتی بخواهد در شمار ملل متمدن، قلمداد شود، برای او رعایت این حقوق الزامی است».^۳

همچنین گفته شده است: «حقوق بشر حداقل حقوق فردی در برابر دولت است یا حداقل حقوقی است که هر فرد بایستی در مقابل دولت و دیگر مراجع عمومی بر مبنای کرامتش به‌عنوان عضو خانواده بشری فارغ از هر گونه ملاحظه دیگر، داشته باشد».^۴ انسان‌ها نمی‌توانند کرامت انسانی خود را بدون حمایت صاحب‌نفوذان حفظ کنند. حقوق بشر مردم را یاری می‌کند تا به خودشان کمک کنند.^۵

بعضی دیگر، حقوق بشر را مجموعه‌ای از امتیازات دارای مضمون و مفهوم والای انسانی صرفنظر از هرگونه وابستگی دینی، نژادی، جنسی و ... که از آن برخوردار است، تعریف کرده‌اند.^۶ تعریف دیگری از حقوق بشر ارایه شده است مبنی بر اینکه «حقوق بشر به‌مثابه امتیازاتی قاعده‌مند است که هر شخص از نظر جسمی و روحی در روابط خود با دیگران به‌طور خاص در اختیار دارد».^۷

در نهایت «حقوق بشر را به‌طور کلی می‌توان آن دسته از حقوق تعریف کرد که ذاتی طبیعت ماست و بدون آن نمی‌توانیم به عنوان انسان زندگی کنیم لذا هر انسان باید از این حقوق بهره‌مند گردد».^۸

در اعلامیه حقوق ویرجینیا،^۹ نخستین سند سیاسی قانون اساسی قاره آمریکای شمالی، مورخ ۱۲ ژوئن ۱۷۷۶، آمده است: «همه انسان‌ها بنا بر طبیعت‌شان کاملاً آزاد و مستقل هستند و از برخی حقوق ذاتی

^۱. رزمخواه، ن.، محصولات تراریخته کشاورزی و چالش‌های پیش‌رو از منظر حقوق بین‌الملل بشر، پیشین، ص ۷۵-۷۱.

^۲. محقق داماد، م. (۱۳۷۵)، تدوین حقوق بشردوستانه بین‌المللی و مفهوم اسلامی آن، مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۱۸، ص ۱۴۹.

^۳. Bledsoe R.L., & Boczek, B.A., eds. (1987), *The International Law Dictionary*, California: Santa Barbara Press, p. 77.

^۴. Syed, M.H. (2003), *Human Rights, the New Era*, New Dehli: Kilaso Books, p. 26.

^۵. محقق داماد، م.، ساشادینا، ع.، عباسی، م. (۱۳۸۸)، *درآمدی بر اخلاق زیستی*، تهران: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا، انتشارات حقوقی، ص ۱۹۸-۱۹۷.

^۶. قربان‌نیا، ناصر (۱۳۸۰)، نسبت میان عدالت و حقوق بشر. در مجموعه مقالات همایش بین‌المللی حقوق بشر و گفتگوی تمدن‌ها (ص ۲۱۴)، قم: انتشارات دانشگاه مفید، ۱۳۸۰.

^۷. مورژنون، ژ.، پیشین، ص ۱.

^۸. شایگان، ف.، پیشین، ص ۱.

^۹. Virginia

برخوردارند؛ آن حقوقی که وقتی در وضعیتی اجتماعی به اجرا درمی‌آیند، نمی‌توان آن‌ها را با هیچ پیمانی سلب کرد یا نتایج آن‌ها را نادیده انگاشت؛ یعنی، برخورداری از حیات، آزادی یا ابزارهای دستیابی و بهره‌برداری از اموال و کسب لذایذ و امنیت»^۱.

از بررسی تعریف‌های بالا چنین بر می‌آید که حقوق بشر، حق‌هایی جهان‌شمول، ذاتی و غیر قابل سلب هستند که انسان‌ها به خاطر انسان بودنشان باید به صورت برابر از آن‌ها بهره‌مند گردند. منظور از جهان‌شمولی، فرافرهنگی بودن و مراد از ذاتی، پیوند با حیثیت و کرامت انسان و منظور از غیر قابل سلب بودن، این است که این حق‌ها، ریشه در قانون‌گذاری یا حکومت ندارند.^۲ لذا با توجه به اینکه سلامت جزء حقوق اساسی بشر و یک حق زیربنایی محسوب شود. در مباحث بعد به توضیح و تفسیر حق بر سلامت پرداخته می‌شود.

مبحث دوم: حق بر سلامت

مبنای حقوقی حق بر سلامت، ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی است. مطابق این میثاق،^۳ «هر انسانی حق دارد از بالاترین معیار دست‌یافتنی سلامت که منتهی به زندگی توأم با شأن و کرامت گردد»، بهره‌مند شود. «عبارت حق بر سلامت در واقع مختصر شده بهره‌مندی از بالاترین حد معیار سلامت است»^۴.

حق بر سلامت را می‌توان با اقدام‌های تکمیلی و مقتضی از قبیل سیاست‌گذاری‌های سلامت، یا اعمال برنامه‌های سلامت سازمان جهانی بهداشت، یا با پذیرش و تصویب اسناد حقوقی خاص، محقق نمود. افزون بر این، حق بر سلامت شامل اجزای معینی از قبیل مراقبت‌های سلامت و بهداشت پایه و اولیه است که هر یک به صورت جداگانه نیز از نظر حقوقی لازم‌الاتباع‌اند. هر چند بنیادهای نوین سلامت عمومی در چند سده پیش بنا نهاده شده، اما در واقع اهمیت حیاتی و بروز آن طی انقلاب صنعتی قرن نوزدهم اروپا رخ داده است. جامعه صنعتی با شرایط غیر سالم کار و زندگی، مشکلات و آسیب‌هایی برای انسان پدید آورد که انجام اقدام‌های فوری راجع به سلامت را ضروری می‌کرد.

در سطح بین‌المللی، «ضابطه‌مند کردن سلامت به مثابه حقوق بشر»^۵ در کنفرانس ۱۹۴۵ سازمان ملل آغاز و مطرح شد. در یادداشت تفاهم خاص تنظیم شده در این کنفرانس آمده که: «دارو یکی از ستون‌های صلح است»^۶. این موضوع در ماده ۵۵ منشور سازمان ملل درج، و به موجب آن نیاز برای تأسیس یک سازمان جهانی بهداشت

^۱. تاموشات، ک.، پیشین، ص ۸۷-۸۶.

^۲. قاری سیدفاطمی، م.، پیشین، ص ۱۱۸.

^۳. توضیح و تفصیل بیشتر در خصوص این میثاق، متعاقباً در فصل دوم این بخش خواهد آمد.

UN (1993), International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, in Human Rights, A Compilation of International Documents, Geneva: United Nations.

^۴. نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۸۲ همچنین در این خصوص رجوع شود به:

Ryan, M.A. (2008), Health and Human Rights, *Theological Studies*, 96 (1), 144-163.

^۵. Formulation of Health as a Human Rights

^۶. Medicine is one of the Pillars of Peace

مورد تصویب واقع شد. این ماده مقرر می‌کند: «با توجه به اینکه ایجاد شرایط ثبات و رفاه برای تأمین روابط مسالمت‌آمیز و دوستانه بین‌الملل بر اساس احترام به اصل تساوی حقوق و خودمختاری مردم ضروری است، سازمان ملل متحد امور زیر را تشویق خواهد کرد: ب- حل مسایل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی، سلامت و مسایل مربوط به آن‌ها و همکاری بین‌المللی، فرهنگی و آموزش».^۱

با تأسیس سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۶، این سازمان، اولین سازمانی بود که به صورت صریح «حق بر سلامت» را ضابطه‌مند و آنرا در مقدمه اساسنامه خود اعلام کرد. متن مندرج در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت الهام‌گر تعریف حق بر سلامت در بسیاری از معاهدات حقوق بشر و مقررات مورد بحث آتی قرار گرفت.

احراز این که حق بر سلامت به طور دقیق شامل چه مواردی است، دشوار است اما عناصر ویژه تشکیل دهنده سلامت و محتوای آن از سوی محققان حوزه سلامت و مجامع ذیربط سازمان ملل معرفی شده‌اند. دولت‌ها باید تحقق عناصر متشکله سلامت را تحت هر شرایطی و قطع نظر از منابع موجود خود تضمین کنند. مفاد و محتوای حق بر سلامت ناشی از برنامه «سلامت برای همه»^۲ و «مراقبت اولیه سلامت»^۳ در سازمان جهانی بهداشت است که مقرر می‌کند: «مبنایی برای سلامت وجود دارد که سطح پایین‌تر و کمتر از آن در هیچ کشوری پذیرفتنی نیست».^۴ مبانی حق بر سلامت، در مبحث بعد، توضیح داده می‌شود.

مبحث سوم: مبانی حق بر سلامت

خاستگاه حق بر سلامت و جنبش حقوق بشر، به صورت جدی تنها با کار و اقدام «جاناناتان مان» در آغاز شیوع بیماری ایدز گسترش یافت. از طرف دیگر، جنبش طرفداران مقابله با ایدز و آزمایش اجباری از سوی و تعقیب کیفری در زمینه نقض حق بر سلامت و حقوق بشر شکل گرفت.^۵ جاناناتان مان و همکاران وی، یک چارچوب سه جانبه برای ارتباط بین حق بر سلامت و حقوق بشر ارائه کردند که نشان می‌دهد چگونه این دو با هم می‌توانند رفاه و سعادت بشر را تأمین کنند^۶ با این قید که:

اول: «سیاست‌های سلامت باید بر اساس حقوق بشر اجرا شوند»، چنانکه قرنطینه با وصف اینکه افراد را از حقوق‌شان محروم می‌کند، معذک می‌تواند در راستای اجرای حقوق بشر صورت گیرد.

^۱. Solutions of international economic, social, health, and related problems; and international cultural and educational cooperation, retrieved from www.un.org/en/documents/charter, Last visited (2.4.2016)

^۲. Health for All

^۳. Primary Health Care

^۴. Dominguez, E. (2013), The Right to Health, Icelandic Human Rights Center, retrieved from: info.humanrights.is, Last visited (2.4.2016)

^۵. در این خصوص رجوع شود به:

Gostin, L.O. (1998), A Tribute to Jonathan Mann: Health and Human Rights in the AIDS Pandemic, *Georgetown University Law Center*, 26 (3), 256-258. ; Gostin, L.O. (2001), Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the late Jonathan Mann, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 29(1), 121.

^۶. Mann, J.M. (1996), Health and Human Rights, *British Medical Journal*, 312 (7036), 924-25.

دوم: «تخلف از حقوق بشر می‌تواند به سلامت آسیب برساند»، حتی اگر این تخلف‌ها شامل مواردی غیر از شکنجه باشند. ماده ۱۰ کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان، «به دسترسی یکسان زنان به آموزش‌های خاص تربیتی که سلامت و تندرستی خانواده را تضمین و اطلاعات و مشورت‌های مربوط به تنظیم خانواده» را تأمین کند، اشاره دارد.^۱

سوم: «سلامت و حقوق بشر، توأمان قابل اجرا هستند»، برای مثال حق بر اطلاعات، حق بر آموزش، حق بر غذا و حق بر تأمین اجتماعی، سلامت را حفظ و حمایت می‌کنند و افراد سالم، بهتر می‌توانند در روند سیاسی و اعمال حقوق شهروندی شرکت کنند. حق برخورداری از آموزش و پرورش برای تأمین هدف‌های سلامت فردی و عمومی لازم است. توانایی خواندن و درک خطراتی که متوجه سلامت فرد است به پیشگیری از مخاطرات سلامت کمک می‌کند. ممکن است بحث حقوق بشر دانش آموزان، زمانی مطرح شود که مدارس، آموزش پزشکی سلامت جنسی را از برنامه درسی حذف کنند. آموزش غیر اصولی و سکوت عمدی در آموزش مسایل جنسی، هر دو می‌توانند موجب تعارض میان حق آزادی فکر و حق مراعات مذهب، از جمله دستورهای راجع به ارزش‌های مذهبی گردند.^۲

با این باور که سلامت، حق است و نه امتیاز ویژه قابل خرید، طرفداران مبارزه با ایدز در آفریقای جنوبی، هند و آمریکای لاتین، استدلال کرده‌اند که حقوق بشر، دولت‌ها را مکلف به ارایه داروهای مراقبت سلامت در این زمینه می‌کند. در هند حق برخورداری از غذا به صورت غذاهای سالم پخت شده برای کودکان اجرا شده است. کمیسیون حقوق بشر منطقه‌ای، انتقال نظام سلامت روانی پاراگوئه را از وضعیت تمرکز در نهاد خاص به درون اجتماع هدایت کرد. در کلمبیا، به دلیل اینکه سقط‌های ناسالم و غیر ایمن موجب مرگ مادران می‌شد، دیوان عالی خواستار قانونی شدن سقط‌ها به منظور حمایت از سلامت زنان شد. دادگاهی در هند، استعمال سیگار در اماکن عمومی را جهت حفظ و حمایت حق بر زندگی ممنوع کرد.

امروزه جنبش‌های اجتماعی با در نظر گرفتن «حق بر سلامت»، حق برخورداری از مراقبت سلامت جهانی، آب نوشیدنی سالم، اصلاح و کنترل دخانیات را نیز مطرح کرده‌اند. این حقوق، ناشی از کرامت ذاتی انسان و لازمه زندگی اجتماعی شرافتمندانه و توأم با رشد مادی و معنوی است و مقررات حقوق بشر با این هدف اصلی، که کرامت، حق ذاتی و برابر همه مردم است، جایگاه ویژه‌ای در امر تسریع نیل به نظام عدالت سلامت جهانی دارد. حمایت‌های حقوق بشر به صراحت این موجبات را فراهم می‌کنند. هر کس باید مشمول «حق بهره‌مندی از

^۱ فصلنامه یاد (۱۳۸۴)، بررسی کنوانسیون زنان، فصلنامه تخصصی بنیاد تاریخ انقلاب اسلامی ایران، تهران: بقیع، سال بیستم، شماره ۷۵؛ طرح تقویت ظرفیت‌های آموزش و پژوهش حقوق بشر (۱۳۸۱)، *گزیده‌ای از مهمترین اسناد بین‌المللی حقوق بشر*، مرکز مطالعات حقوق بشر، تهران: دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، صص ۹۱-۹۰.

^۲ فلاحی، ف.، پیشین، ص ۱۱۹.

بالاترین معیار قابل دستیابی سلامت جسمی و روحی^۱ باشد. این حق و دیگر حقوق اقتصادی و اجتماعی، از مراقبت سلامت و سلامت عمومی به عامل‌های دیگر مؤثر در سلامت از قبیل آب سالم، تغذیه، مسکن و استخدام تعمیم و گسترش یافته است.

حقوق بشر، دامنه مشارکت مدنی و مسئولیت سیاسی را نیز توسعه داده است. در میثاق‌های ۱۹۶۶ راجع به حقوق مدنی و سیاسی^۲ و به‌ویژه، حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق بر سلامت، حق اساسی بشری است که حتی برای اجرای دیگر حقوق بشری نیز لازم و ضروری قلمداد می‌شود.^۳ حقوق بشر متضمن حقوق بنیادین انسان‌ها است.^۴

حق بر سلامت، به‌عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است، حقوق بشر تضمین بنیادین اخلاقی است که انسان‌ها در هر جایی و با هر فرهنگی صرفنظر از مذهب، نژاد، رنگ، جنسیت، عقاید، افکار سیاسی و پایگاه اجتماعی به این دلیل که انسان هستند، از آن برخوردارند.

از نظر نگارنده مؤکداً تکرار می‌شود «حق بر سلامت یکی از مؤلفه‌های حقوق بشر و حقوق بشر مبنای حق بر سلامت و حق بر سلامت مبنای حقوق جهانی سلامت است». مبنای منشأ حق بر سلامت، کرامت ذاتی انسان در برخورداری از زندگی اجتماعی شرافتمندانه و توأم با رشد مادی و معنوی است و حق بر سلامت، یک حق بشری پایه محسوب می‌شود.^۵ در گفتار بعد به بررسی اجمالی مبنای حق بر سلامت در اسناد شاخص حقوق بشری پرداخته شده و توضیح مفصل آن در بخش دوم خواهد آمد.

گفتار اول: بررسی اجمالی مبنای حق بر سلامت در اسناد شاخص حقوق بشری

حق بر سلامت در زمره حق‌های بنیادین بشری است که در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. این حق در معاهدات گوناگون و عرف بین‌المللی، جایگاه استوار دارد و می‌توان آنرا از اصول کلی مقبول نظام‌های حقوقی توسعه یافته نیز به‌شمار آورد.^۶

^۱UNGA (1966), University of Minnesota, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICECR), General Assembly, Res 2200A (XXI), UN Doc. A/6316 (1966), *United Nations Treaty Series*, 993 (14531), art.12, 8

^۲میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی در ماده ۶، بند ۳ ماده ۱۲، بند ۳ ماده ۱۸، جزء ب بند ۳ ماده ۱۹، مواد ۲۱ و ۲۲ به مقوله سلامت و حقوق مرتبط اشاره دارد.

^۳Beyleveld, D., Brownsword, R., eds. (1998), Human Dignity, Human Rights, and Human Genetics, *The Modern Law Review*, 61 (5), 665-66.

^۴نجفی، ب.، پیشین، ص ۲۱۸.

^۵آل‌کجباغ، ح.، انصاریان، م. (۱۳۹۳)، تأثیر تحریم‌های یک‌جانبه و چندجانبه بر ایران از منظر حق بر سلامت شهروندان ایرانی، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هشتم، شماره ۲۹، ص ۲۷.

^۶آل‌کجباغ، ح. (۱۳۹۲)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هفتم، شماره ۲۴، صص ۱۴۲-۱۴۱.

نخستین و کلی‌ترین تجلی، البته ضمنی، حق بر سلامت در معاهدات بین‌المللی، در منشور ملل متحد به چشم می‌خورد. با آنکه منشور سخنی از حق بر سلامت به میان نیاورده است، ولی ماده ۵۵ آن، سازمان ملل را ملزم به ارتقاء «معیارهای بالاتر زندگی»^۱ در بند «الف» و یافتن «راه‌حل‌های مسائل بین‌المللی ... [مربوط به] سلامت»^۲ در بند «ب» می‌داند.^۳

دومین انعکاس حق بر سلامت در معاهدات بین‌المللی، که نقطه عزیمت اسناد بعدی را تشکیل می‌دهد، در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت مصوب ۱۹۴۸ است. در مقدمه این اساسنامه آمده است «بهره‌مندی از بالاترین معیار قابل حصول سلامت، یکی از حق‌های بنیادی هر انسان است» و «سلامت مردم، برای دستیابی به صلح و امنیت، جنبه بنیادی دارد». اما روشن‌ترین و کامل‌ترین بیان از حق بر سلامت در معاهدات بین‌المللی، در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یافت می‌شود. بند ۱ ماده ۱۲ این میثاق، با الهام از اساسنامه سازمان جهانی بهداشت مقرر می‌کند: «دولت‌های عضو این میثاق، حق هر فردی را به بهره‌مندی از بالاترین معیار قابل حصول سلامت جسمی و روحی به رسمیت می‌شناسند» و بند ۲ همین ماده به تفصیل اقدام‌هایی را برمی‌شمارد که دولت‌های عضو باید در تحقق کامل حق بر سلامت اتخاذ و مبادرت کنند.

حق بر سلامت، همچنین در معاهدات حقوق بشری دیگر هم، جایگاه برجسته‌ای دارد. در این میان می‌توان به ماده ۵ «کنوانسیون بین‌المللی رفع هر نوع تبعیض نژادی»، که دولت‌های عضو را متعهد می‌سازد حق بهره‌مندی هر فرد نسبت به «سلامت عمومی، مراقبت‌های پزشکی، بیمه‌ها و تأمین اجتماعی و خدمات اجتماعی» را تضمین کنند. و بند «ج» ماده ۱۱، ماده ۱۲ و بند «ب» ماده ۱۴ «کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان»^۴ که حاکی از توافق دولت‌های عضو به اتخاذ کلیه اقدام‌های لازم جهت «تأمین حق بر سلامت و ایمنی» و تضمین «دسترسی به خدمات مراقبت سلامت» برای زنان به صورتی برابر با مردان دارد. در سطح منطقه‌ای، ماده ۲۶ «کنوانسیون حقوق بشر آمریکا»، ماده ۱۶ «منشور حقوق بشر و مردم آفریقا»، بند الف ماده ۷، مواد ۱۳، ۱۷ و ۲۰ «اعلامیه قاهره» در مورد حقوق بشر در اسلام و «منشور اجتماعی اروپا»، به شناسایی حق بر سلامت و یا حق بهره‌مندی از آن پرداخته‌اند.

^۱. Higher Standards of Living

^۲. Art. 55: Solutions of International Economic, Social, Health, and Related Problems; and International Cultural and Educational Cooperation, retrieved from <http://www.un.org/en/documents/website charter>, Last visited (1.4.2016)

^۳. شبرنگ، م. (۱۳۸۲)، منشور سازمان ملل متحد، انگلیسی به فارسی، به‌انضمام اعلامیه جهانی حقوق بشر، تهران: انتشارات دانشور، ص ۱۸۳.

^۴. Paulista Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1992), Minneapolis: International Women's Right Action Watch.

در خصوص کنوانسیون مزبور رجوع شود به: رئیس، م. (۱۳۸۲)، کنوانسیون زنان، بررسی فقهی و حقوقی الحاقی یا عدم الحاق جمهوری اسلامی ایران به کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان، قم: نسیم قدس، ص ۲۹۶-۲۹۵.

ماده ۲۵ «اعلامیه جهانی حقوق بشر» مقرر داشته است: «هر کس مستحق چنان سطحی از زندگی است که برای سلامت و رفاه خود او و خانواده‌اش، از جمله غذا، پوشاک، مسکن، مراقبت پزشکی و خدمات ضروری اجتماعی، کافی باشد...». گفتنی است در اکثر معاهدات حقوق بشری، و کم و بیش در اعلامیه‌های مربوط به حقوق بین‌الملل بشر که از سال ۱۹۴۸ تا کنون به تصویب سازمان ملل متحد رسیده، به اعلامیه جهانی حقوق بشر استناد شده است و این خود دلیل کافی بر پذیرش حق بر سلامت به‌عنوان قاعده‌ای از حقوق بین‌الملل عرفی است و رعایت و تأمین آن بر همه کشورها الزامی می‌باشد. تحقیقی که کمیسیون بین‌المللی حقوقدانان به درخواست سازمان جهانی بهداشت، انجام داده، بیانگر آن است که حق بر سلامت و حق‌های مرتبط با آن در بیشتر قانون‌های اساسی کشورها مورد شناسایی قرار گرفته است.^۱

حق بر سلامت به‌مثابه یک حق مسلم بشری، همواره مورد توجه و تأیید کنفرانس‌های مهم بین‌المللی و جهانی حقوق بشری نیز بوده است. به‌عنوان مثال در «اعلامیه و برنامه عمل وین کنفرانس جهانی حقوق بشر مصوب ۲۵ ژوئن ۱۹۹۳»^۲ سازمان ملل متحد، تقویت و حمایت از حقوق بشر را در اولویت برنامه‌های خود قرار می‌دهد. در متن سند مزبور آمده است: «حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، حقوق مادرزادی کلیه افراد بشر، و صیانت و پاسداری از آن‌ها نخستین وظیفه دولت‌ها است و با تأیید و تصدیق اینکه کلیه حقوق بشر از شأن و منزلت ذاتی انسان سرچشمه گرفته و این انسان است که موضوع کانونی حقوق بشر و آزادی‌های اساسی و در نتیجه بهره‌گیرنده اصلی از آن‌ها بوده و باید به‌گونه‌ای فعال در تحقق این حقوق و آزادی‌ها مشارکت کند، با تأکید بر تعهد خود در قبال اهداف و اصول مندرج در منشور سازمان ملل متحد و اعلامیه جهانی حقوق بشر، با تأکید بر تعهد منعکس در ماده ۵۶ منشور ملل متحد در مورد اقدام مشترک و جداگانه، که طی آن بر توسعه همکاری‌های بین‌المللی مؤثر در جهت پیاده کردن اهداف مندرج در ماده ۵۵ منشور (به‌ویژه بند ب- حل مسائل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی، سلامت و مسائل مربوط به آن‌ها و همکاری بین‌المللی، فرهنگی و آموزش) از جمله احترام و التزام جهانی به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه افراد، به حق تأکید شده است، با تأکید بر مسئولیت کلیه کشورها در چارچوب منشور ملل متحد برای توسعه و تشویق احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه افراد بدون تبعیض از لحاظ نژاد، جنس، زبان و یا مذهب، و ... اعلامیه مزبور تصویب گردید».^۳ با تبیین مبنای حق بر سلامت، در مباحث بعد مفهوم و دامنه حق بر سلامت را بررسی و تحلیل می‌کنیم.

^۱. حبیبی مجنده، م. (۱۳۸۶)، حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر، حقوق بشر، جلد ۲، شماره ۱، ص ۱.

^۲. UN (1993), Doc. A/CONF.157/23, Vienna Declaration and Program of Action, World Conference on Human Rights, 14-25 June, 2-3.

^۳. مجله حقوقی، اعلامیه وین و برنامه عملی کنفرانس جهانی حقوق بشر مصوب ۲۵ ژوئن ۱۹۹۳، (۱۳۸۲)، نشریه دفتر خدمات حقوقی بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران، شماره ۲۸، ص ۳۰۵-۳۰۸.

مبحث چهارم: مفهوم و دامنه حق بر سلامت

حق بر سلامت مسائل گسترده‌ای را به هم پیوند زده که هر کدام از آن‌ها در نیل به این معیار متعالی نقش اساسی ایفاء می‌کنند. موضوعاتی نظیر حق بر خورداری از آب آشامیدنی سالم، غذای کافی و مقوی، بهره‌مندی از محیط زیست سالم و پاک، و برخورداری از سیستم سلامت عمومی و مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی اولیه، به‌مثابه تار و پود حق بر عالیترین معیار قابل حصول سلامت جسمی، روحی و اجتماعی تلقی می‌شوند.^۱ این اصطلاح یا عبارت، به شکل صریح در همه نصوص و متون ملی یا بین‌المللی استفاده نشده است. شاید مرجح آن باشد که از عبارت «حق بر مراقبت سلامت»^۲ استفاده شود. در هر حال، این حق، مناقشه‌ای است. حق بر سلامت، حق پیچیده‌ای است. حق مقتضی تعیین تکلیف فوری و نتیجه و پیامد حق بر حیات است.^۳

حق بر سلامت، یک حق انحصاری است. ما همیشه حق بر سلامت را با دسترسی به مراقبت سلامت و ساختن بیمارستان‌ها مرتبط کرده‌ایم. اما حق بر سلامت، به مرور زمان و با گسترده شدن انواع بیماری‌ها و نیازهای درمانی و سلامت بشر، گسترش یافته است. حق بر سلامت، طیف گسترده‌ای از عواملی که به ما کمک می‌کند زندگی سالم داشته باشیم، را شامل می‌شود.^۴ هر چند عده‌ای معتقدند حق بر سلامت دارای دو جزء است: حق بر مراقبت‌های دارویی مکفی و حق بر داشتن شرایطی که برای حمایت و توسعه بهداشت ضروری‌اند. مصادیق متعددی در قلمرو این حق قرار می‌گیرند، اما بی‌تردید مهم‌ترین جنبه آن مقابله با بیماری‌ها و مرگ و میرها است.^۵

حق بر سلامت از لحاظ مفهوم، دامنه و محتوا بسیار گسترده است. در این خصوص، اسناد بین‌المللی مربوط باید بررسی شوند. سلامت جنبه نسبی دارد یعنی نسبت به اشخاص و محیط زندگی و نوع فعالیت و کار هر کس می‌تواند متفاوت باشد. بدیهی است سلامت از نظر یک فروشنده متفاوت از سلامت از دید یک صنعت‌گر است. ممکن است هر یک در محیط زندگی خود سالم باشند ولی در محل کار و حرفه خود به دلایل گوناگون از لحاظ سلامت آسیب ببینند. از طرف دیگر، سلامت را نمی‌توان به فقدان بیماری تعریف کرد. می‌توان گفت سلامت یعنی فقدان بیماری مستمر ولی نمی‌توان گفت شخصی که به بیماری مبتلا می‌شود سلامت خود را به‌طور کامل از دست داده است چون بیماری جنبه موقت و ناپایدار هم دارد.

^۱ نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۱۳.

^۲ Right to Health Care

^۳ در این خصوص رجوع شود به:

Belanger, M. (2006), *Le Droit a La Santé, Droit Fundamental de La Personne Humaine*, in AUF, *Droit de la santé en Africa*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalieres, 123-129.

^۴ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization (2008), *The Right to Health*, United Nations Office at Geneva, Fact Sheet No. 31, 3.

^۵ نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۸۳-۸۲.

از دست دادن سلامت گاه با اعمال ارادی خود فرد صورت می‌گیرد؛ مثل استعمال دخانیات و گاه خارج از اراده وی و گاه نتیجه کارهای دیگران است. از اینرو وقتی از حق بر سلامت سخن به میان می‌آید نباید آنرا به حق بر سالم بودن، مریض نبودن، ناتوان شدن و مانند آن تعریف کرد. با توجه به این مطلب، در انتخاب تعبیر درست برای چنین حقی و به‌کار بردن مناسب‌ترین واژه برای آن، اختلاف نظر وجود دارد. تعبیری مانند «حق بر مراقبت سلامت»، «حق بر مراقبت پزشکی»^۱ و «حق بر حمایت سلامت»^۲ هم مورد استفاده قرار گرفته‌اند.^۳

گذشته از گستردگی تعبیر حق بر سلامت، ابعاد و دامنه آن نیز متنوع است. در اسنادی که از حق بر سلامت سخن گفته‌اند، به‌طور معمول از سلامت جسمی و روحی- روانی و گاه در کنار این دو از سلامت اجتماعی نیز سخن گفته شده است. اگر هم توافقی نسبی در مورد سلامت جسمی وجود داشته باشد، یافتن توافق بر سر دیگر ابعاد سلامت بسیار دشوار است. آنچه در علم حقوق مورد نیاز است، این است که ضوابطی برای مشخص شدن حق بر سلامت داشته باشیم تا بتوانیم مشخص کنیم دولت‌ها در قبال ارایه خدمات برای ارتقای سلامت چه تکالیف مشخصی دارند و چگونه می‌توان عدم ایفای این تکالیف را به اثبات رساند و مسؤولیتی بر دوش آن‌ها نهاد.^۴

با توجه به اینکه مفاهیم سلامت، به مرور زمان، متحول و موسع شده‌اند، در گفتار بعد، سیر تحول مفاهیم دیرینه و مدرن را بررسی و خلاصه‌ای از این مفاهیم را ارائه می‌کنیم.

گفتار اول: مفاهیم سنتی حق بر سلامت

همانطور که در مبحث قبل گفته شد، بحث سنتی درباره محتوا و قلمرو حق بر سلامت، ارایه تعریف مضیق را برنمی‌تابد. لذا نباید این حق فقط محدود به حق برخوردارگی از مراقبت سلامت یا دسترسی به آن باشد. حق برخوردارگی از تندرستی و رفاه نیز نوعی تعریف موسع از این حق است. در ذیل این گفتار مفاهیمی که از حق دسترسی به خدمات و مراقبت سلامت و حق تندرستی و سعادت وجود دارد بیان می‌شود.

بند اول: مفهوم حق دسترسی به خدمات و مراقبت سلامت

مفهوم مقدماتی حق بر سلامت و آنچه از آن به ذهن متبادر می‌شود، دسترسی به خدمات و مراقبت سلامت است. اما شرایط متعددی باید محقق شوند تا دسترسی به خدمات سلامت مصداق باشد. خدمات سلامت باید به‌موقع در دسترس باشند تا موجبات تأمین و اعاده سلامت فراهم گردد. در حالی که مراقبت

^۱ Right to Medical Care

^۲ Right to Health Protection

^۳ Toebes, B. (1999), Towards an Improved Understanding of International Human Right to Health, Human Rights Quarterly Volume 21, no. 3, pp. 661-62.

^۴ در این خصوص رجوع شود به:

Mahoney, K.E. (1993), *Human Rights in the Twenty-First Century, A Global Challenge*, M. Nijhoff, 481-493.

سلامت هم قبل از به مخاطره افتادن یا از بین رفتن سلامت و هم بعد از آن مطرح می‌شود. این مراقبت‌ها، مراقبت‌های اصلی در زمینه سلامت هستند که باید برای همه افراد و خانواده‌های جامعه قابل دسترس باشند. لذا حق بر سلامت و مراقبت سلامت و درمان از جهات مهم همپوشانی دارند.^۱ این اعتقاد وجود دارد که درمان آخرین مرحله از مراحل عملیات پزشکی شمرده می‌شود. از نظر دکتر عبداللطیف الحسینی، درمان مجموعه اعمالی است که پزشک آن‌ها را برای کاستن از رنج و بیماری و حمایت از او در مقابل بیماری اعمال می‌کند.^۲

در برخی کشورها برنامه‌های حمایتی ناظر به سلامت تدوین شده است و همواره گسترش می‌یابد. برای مثال در کشور آمریکا برنامه و مقررات مراقبت سلامت و بهداشتی، عناصری را اعلام، و مقرراتی را برای حمایت‌های جدید و تسری آنان به استفاده‌کنندگان در نظر گرفته است. در این مقررات توصیه شده است: والدین، فرزندان خود را تا سن ۲۶ سال تحت پوشش بیمه قرار دهند، بیمه‌گران، موجبات بیمه مناسب شأن انسان را فراهم کنند، محدودیت‌های عمر مانع استفاده از خدمات بیمارستانی نشود و بیمه‌گران، هزینه‌های خدمات پیشگیری و مصون‌سازی از قبیل عکس روده و تصویر برداری‌های لازم را پرداخت کنند.^۳ از طرفی برخورداری از نظام درست مراقبت سلامت و بهداشت و عملکرد صحیح آن، شرط لازم برای بهره‌مندی از سلامت مطلوب است. بنا به نظر سازمان جهانی بهداشت، آجرهای سازنده چنین نظامی شامل خدمات بهداشتی، نیروهای کار متخصص در امر سلامت، اطلاعات سلامت، فناوری و فراورده‌های سلامت، سرمایه‌گذاری مستمر، رهبری و نظارت است. نظام‌های سلامت باید سلامت با کیفیت عالی (مثلاً مراقبت مقدماتی، خدمات اورژانسی و فوریتی، مراقبت ویژه برای بیماری‌های حاد و مزمن، صدمات، تسکین درد و ...) و نیز از جمله واکسن‌ها و انواع دارو برای همه مردم را فراهم کنند.^۴

بند دوم: مفهوم حق برخورداری از تندرستی و سعادت^۵

وقتی سخن از حق بر سلامت در میان است تعریف سازمان جهانی بهداشت یعنی: «سلامت عبارت از یک وضعیت خوب زیستن کامل جسمی، روحی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ناخوشی» ملاک عمل است. آن‌گونه که در فصل اول این بخش توضیح داده شد، این سازمان یک تعریف گسترده را ارائه داده است. و در مقام تفسیر گفته شده است حق برخورداری از تندرستی و سعادت، علاوه بر بعدهای پیش‌گفته سلامت، ابعاد اقتصادی، سیاسی و فرهنگی را نیز در بر می‌گیرد.^۶ بنابراین باید بین تعریف سلامت مورد نظر

1. Teegardin, C. (2013), Elements of Health Care Law Taking Effect, *Atlanta Journal-Constitution*, 1, retrieved from <http://www.ajc.com>, Last visited (2.4.2016)

۲. بن محمد آل شیخ مبارک، ق.، حقوق و مسئولیت پزشکی در آیین اسلام، ترجمه: محمود عباسی (۱۳۸۹)، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، ص ۵۹.

3. Teegardin, C., op.cit., 1.

4. Gostin, L.O., op.cit., 21-22.

5. Right to Well-Being

6. Giarini, O. (1980), *Dialouge on Wealth and Welfare: an Alternative View of World Capital Formation*, Oxford: Pergamon Press, 386.

اساسنامه سازمان جهانی بهداشت و تعریف اخیر، تمایز قایل شد. با توجه به اینکه امروزه مفاهیم مدرن و مورد نظر و کاربرد اسناد بین‌المللی نیز ملاک عمل هستند، در گفتار بعد مفاهیم مدرن حق بر سلامت را ارایه می‌کنیم. ارایه این مفاهیم به درک بیشتر از حق برخورداری از تندرستی و سعادت کمک می‌کند. در خصوص حق برخورداری از سعادت و رفاه همچنین در تحلیل ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر در بخش دوم توضیح داده شده است.

گفتار دوم: مفاهیم مدرن حق بر سلامت

نگرشی که با دو رویکرد سنتی، مفهوم حق بر سلامت را ارایه می‌کند، کمتر به هدف و موضوع توجه دارد زیرا چنین بحثی بدون در نظر گرفتن ضوابط و معیارهای نوین سلامت و اعمال آن‌ها ممکن است به نتیجه مطلوب نرسد لذا لازم است فراتر از آن عمل کرد. امروزه «باز کشف» پندار حمایت سلامت^۱ این امکان را فراهم کرده است.^۲ بدین منظور از دو مفهوم «حق بر ایمنی سلامت جهانی» و «حق بر فرهنگ سلامت» می‌توان در این زمینه استفاده کرد.

بند اول: مفهوم حق بر ایمنی سلامت جهانی^۳

حق بر ایمنی سلامت جهانی، موضع محوری مفهوم ایمنی سلامت در شکل‌گیری و اعتلای حقوق جهانی سلامت به‌ویژه در مفاهیم نوین حق بر سلامت است. بی‌گمان، ایمنی انسان یکی از اجزای مهم تأمین جهانی سازی امور از جمله سلامت برای مردم است. ساخت مفهومی حق بر ایمنی سلامت شامل یک رشته از عناصر با مضمون‌های متفاوت است. در این زمینه چند عنصر قابل تصورند که مختص حق برخورداری از ایمنی سلامت هستند، همچنین عناصر مفهومی دیگری در حقوق سلامت عمومی موجودند که به‌صراحت در ساخت حق برخورداری از ایمنی سلامت جهانی نقش دارند.

ظهور حق بر ایمنی سلامت جهانی با استفاده توأمان از پنج مفهومی که مشمول ساخت‌های حقوقی متمایز شده‌اند، ارتقا یافته است. این مفاهیم عبارتند از:

- مفهوم اطلاعات سلامت:^۴ این مفهوم با قبول حق بر اطلاعات سلامت که راهبرد اساسی در این خصوص است، رسمیت یافته است.

- مفهوم آموزش سلامت:^۵ این مفهوم از نظر سنتی با مفهوم اطلاعات سلامت همراه است.

^۱.Rediscovery of the Notion of Health Protection

^۲.Belanger, M., Global Health Law: an introduction, op.cit., 93.

^۳.Global Health Safety

^۴.در این خصوص رجوع شود به:

Ball, M., Weaver, Ch., & Kiel, J. (2004), *Healthcare Information Management Systems: Cases, Strategies and Solutions*, 3rd ed., New York: Springer, 586.

^۵.در این خصوص رجوع شود به:

Bury, J. (1988), *Education Pour La Santé: Concepts Enjeux, Plantification*, Bruxelles: De Boeck, coll. "Theses", 235.

- مفهوم ارتقاء سلامت: در دهه ۱۹۸۰ به مدد منشور اوتاوا سازمان جهانی بهداشت ۱۹۸۶ نظام مند و ضابطه مند شده است.

- مفهوم دیده بان^۱ سلامت: نیز پندار جدیدی نیست، زیرا در سطح بین‌المللی موجب ایجاد قرنطینه‌ها در قرن نوزدهم شده است.

- مفهوم آماده‌باش^۲: مفهوم آماده‌باش موجب تنظیم مقرراتی شامل مقررات راجع به بحران‌های زیستی، لوازم بهداشتی و آرایشی، وسایل پزشکی و دارویی است. از جمله مفاهیم دیگر می‌توان از مفهوم پیشگیری در زمینه سلامت، مفهوم اصل رعایت جوانب احتیاط، مفهوم هشدار سلامت جهانی (در مورد بیماری‌های عفونی و مسری) و مفهوم نظارت بر سلامت را نام برد.^۳

بند دوم: مفهوم حق بر فرهنگ سلامت

عناصر فرهنگی (به استثنای مورد میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۹۶۶) برای مدتی از صحنه حقوق بین‌الملل غایب بوده‌اند، اما از زمان تصویب کنوانسیون حفظ و ترویج تنوع بیان‌های فرهنگی^۴ به اهتمام یونسکو در ۲۰ اکتبر سال ۲۰۰۵ که در تاریخ ۱۸ مارس ۲۰۰۷ لازم‌الاجرا شده، توسعه و رواج یافته‌اند.^۵ مطابق این کنوانسیون، دولت‌های متعاقد، طبق منشور سازمان ملل متحد، اصول حقوق بین‌الملل و اسناد جهانی در زمینه حقوق بشر را به رسمیت شناخته و حق حاکمیت خود را برای تدوین و اجرای سیاست‌های فرهنگی و تقویت همکاری بین‌المللی برای رسیدن به اهداف این کنوانسیون مورد تأیید مجدد قرار می‌دهند. اعضا می‌پذیرند که با حسن نیت تعهدات خود را نسبت به این کنوانسیون و دیگر معاهداتی که عضو آن هستند انجام دهند، بدون اینکه این کنوانسیون از سایر معاهدات تبعیت کند. اصول اساسی کنوانسیون، احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، تساوی حاکمیت و منزلت، احترام همه فرهنگ‌ها، همبستگی و همکاری بین‌المللی، توسعه پایدار، دسترسی یکسان به حقوق اساسی اعلام شده است.

پس از ارزیابی مفاهیم مختلف و سیر تحول آن‌ها، در مبحث بعد محتوای حق بر سلامت را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

1. Watch
2. Vigilance

^۳. در این خصوص رجوع شود به:

Regarding the issue of specific training in health law, Belanger, M. (1998), Training in Health Law, International Digest of Health Legislation, 49 (1), 399-401.

^۴. در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م.، مجموعه اسناد و اعلامیه‌های بین‌المللی فرهنگی و اخلاق زیستی، پیشین، ۲۷۹-۲۷۴.

^۵. WHO (1999), World Health Report, Making a Difference in People's Lives: Achievements and Challenges, in chapter 1, health and development in the 21st century, Geneva: WHO, 6.

مبحث پنجم: محتوای حق بر سلامت

عده‌ای معتقدند تعیین محتوای حق بر سلامت امر مشکلی است. سلامت مفهوم گسترده‌ای دارد و متأثر از عوامل مختلف جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. میان صاحب‌نظران، فعالان و نهادهای مربوطه سازمان ملل متحد، گرایش خاصی در مورد توصیف و تعیین محتوای معینی از حق بر سلامت وجود دارد. محتوای اصلی و محوری، دسته‌ای از عناصر را در بر می‌گیرد که دولت‌ها تحت هر شرایطی صرف‌نظر از منابع در اختیار خویش ملزم به حفظ تضمین آن هستند.^۱ و این در راستای بند ۱ ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که در بخش دوم به‌طور مفصل توضیح داده می‌شود.

حق بر سلامت شامل یک رشته آزادی‌ها است. این آزادی‌ها از جمله حق برخورداری افراد از درمان پزشکی است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از جمله «عامل‌های تعیین‌کننده و اساسی سلامت»^۲ و درمان را به‌شرح زیر بیان کرده است:

- حق دستیابی به نظام حمایت سلامت که تأمین‌کننده فرصت‌های برابر برای همه اشخاص، جهت برخورداری از بالاترین سطح قابل دسترسی سلامت جسمی و روحی باشد.
- حق پیشگیری، درمان، مهار و کنترل بیماری‌ها،
- دسترسی به داروهای اساسی،
- سلامت باروری و سلامت مادر و کودک،
- دسترسی منصفانه و به‌موقع به خدمات اساسی مربوط،
- مقررات آموزش و پرورش مرتبط با سلامت و اطلاعات،
- شرکت مردم در تصمیم‌گیری مرتبط با سلامت در سطوح ملی و جامعه،
- تأمین خدمات سلامت، کالاها و امکانات برای همه، بدون اعمال هرگونه تبعیض، عدم تبعیض، اصل اساسی در حقوق بشر و در امر برخورداری از حق دسترسی به بالاترین معیار سلامت است.
- همه خدمات، کالاها و امکانات باید در دسترس، دست‌یافتنی، و با کیفیت مطلوب باشند.
- عملکرد سلامت عمومی و امکانات مراقبت سلامت و از جمله اینکه کالاها و خدمات باید به مقدار کافی در هر کشوری وجود داشته باشند.
- آب نوشیدنی سالم، غذای مناسب، مسکن، شرایط کار و محیط زیست سالم، آموزش مرتبط با سلامت و اطلاعات و عدالت جنسی باید برای همه به یکسان وجود داشته باشد.
- در دسترس بودن، شامل حق بر درخواست اطلاعات، حق بر بهره‌مندی از اطلاعات مربوط به سلامت به شکل مقتضی و مؤثر برای همه و به‌ویژه معلولان نیز است. معذک این حق، به حق بر داشتن اطلاعات شخصی سلامت محرمانه، خللی وارد نمی‌کند.

^۱ آسپیورن، الف، پیشین، ص ۱۸۰-۱۷۸.

^۲ Underlying Determinants of Health

تعیین و توصیف کالاها و خدمات اساسی سلامت که تعهدات هسته‌ای حق بر سلامت را تشکیل می‌دهند، بسیار مهم است. امکانات، کالاها و خدمات نیز باید اخلاق پزشکی، حساسیت جنسی و مناسبات فرهنگی را رعایت کنند. به عبارت دیگر باید از نظر پزشکی و فرهنگی قابل پذیرش و در نهایت، باید از نظر علمی و پزشکی مناسب و با کیفیت باشند. این امر به‌ویژه نیازمند متخصصان و افراد حرفه‌ای دست‌اندرکار سلامت^۱ که آموزش‌های لازم دیده‌اند، داروهای آزمایش شده و تأیید شده علمی و تجهیزات بیمارستانی، وضعیت سلامت و آب نوشیدنی مناسب است. در حقیقت این نظر که دادگاه‌های کشورهای روبه‌رشد می‌توانند نقش مهمی در بهبود دستیابی به دارو در آن کشور داشته باشند، تقویت شده است. لازمه این امر، درج چشم‌انداز حق بر سلامت در زمان صدور پروانه اختراع یا رسیدگی و اتخاذ تصمیم نسبت به فرآورده‌های دارویی است. با توجه به اینکه پروانه اختراع، از جمله حقوق بشری محسوب نمی‌شود، این پروانه نباید اجازه سوءاستفاده از حق بر سلامت را بدهد. بنابراین درج رعایت حق بر سلامت در پروانه‌های اختراع فرآورده‌های دارویی، بسیار مفید و مؤثر است و راهبرد مهار گرایش سودجویی در تولید داروها نیز لازم و ضروری است.^۲

همچنین، در قسمت مربوط به حق اختراع نیز که شاید بیشترین ارتباط را با موضوع حقوق سلامت عمومی و دسترسی به دارو داشته باشد، می‌توان به بند ۲ ماده ۲۷ موافقت‌نامه جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری (تریپس) اشاره کرد که مقرر داشته است: «اعضا می‌توانند از ثبت اختراعاتی که ممانعت از استفاده تجاری از آن‌ها در قلمروشان برای حفظ نظم عمومی یا اخلاق، از جمله برای حفاظت از زندگی یا سلامت انسان، حیوان یا گیاه یا برای اجتناب از لطمه جدی به محیط زیست ضرورت دارد، خودداری کنند...» در واقع، این بند، معنای وسیعی از نظم عمومی یا اخلاق ارایه داده و آنرا شامل حق حفاظت از زندگی یا سلامت انسان، حیوان یا گیاه نیز دانسته و این حق را برای اعضا به رسمیت شناخته است.^۳ مطالعات و بررسی‌های انجام شده در اسناد و کنوانسیون‌های بین‌المللی در زمینه حمایت قانونی از ابداعات دارویی، از جمله اعلامیه جهانی حقوق بشر، نشانگر این امر است که اعطای حمایت نسبت به ابداعات دارویی از ضروریات اساسی در جهت تأمین سلامت انسانی است و توجه بایسته کشورها را می‌طلبد. بر اساس کنوانسیون پاریس، دولت‌ها می‌توانند ابداعات دارویی را از قابلیت ثبت مستثنی سازند، سایر معاهدات بین‌المللی همانند کنوانسیون تنوع زیستی و اعلامیه جهانی ژنوم انسانی، امکان حمایت از ابداعات دارویی را با رعایت ارزش‌ها و کرامت انسانی و نیز حقوق فردی و جمعی، تجویز نموده‌اند. لذا مقررات بین‌المللی نباید سیاست‌های سلامت عمومی و بهداشت را مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه تحت شعاع قرار دهند و

^۱.Health Professionals

^۲.Kolawole Oke, E. (2013), Incorporation of Right to Health Perspective into the Resolution of Patent Law Disputes, *Health and Human Rights*, 15 (2), 1.

^۳.بزرگی، و.، توکل، ز. (۱۳۸۸)، حق حفاظت از بهداشت عمومی در سازمان تجارت جهانی، پژوهش حقوق و سیاست، سال یازدهم، شماره ۲۷، ویژه‌نامه W.T.O، ص ۴۱.

بایستی از انعطاف لازم در خصوص برخی از مسایل بهداشتی و سلامت برخوردار باشند و نباید حمایت از حقوق ثبت اختراع در محصولات دارویی و توسعه و انتقال تکنولوژی به گونه‌ای دسترسی به دارو را محدود نمایند. برآیند مطالعات نشان می‌دهد که مقررات موضوعه در برخی کشورها کامل و جامع نیست و لازم است که با بهره‌گیری از مقررات و معاهدات بین‌المللی نسبت به تکمیل و اصلاح مقررات مربوط به حمایت از ابداعات دارویی پرداخته شود. همچنین الحاق کورکورانه و بدون بسترسازی‌های مناسب می‌تواند دسترسی مردم کشورهای در حال توسعه را به داروهای ضروری و حیاتی دشوار سازد. بایستی نگرانی‌ها در خصوص دسترسی به داروها و نیز قیمت‌گذاری مناسب آنها لحاظ شوند. لذا بهتر است زمینه‌های لازم درخصوص اعطای حمایت به محصولات و ابداعات دارویی ایجاد شود و همگام با حرکت جهانی توسعه و رشد صنعت و فناوری در همه زمینه‌ها از جمله صنعت دارویی فراهم شود.^۱

پس اولین شرط اساسی برای بهره‌مندی از سلامت مطلوب عبارت از ارائه خدمات مردم‌محور است تا محیطی ایجاد کند که در آن مردم و اجتماعات بتوانند زندگی سالم‌تر و ایمن‌تر داشته و بهداشت و مراقبت سلامت، مؤثر و کارآمد باشند. با تحقق این شرط، مردمی که نمی‌توانند به غذای مقوی یا آب بهداشتی دسترسی داشته باشند، از این خدمات بهره‌مند می‌شوند، از آب آلوده دوری می‌جویند، به غذای سالم روی می‌آورند، از دخانیات می‌پرهیزند و به دارو و درمان دسترسی دارند.

آنگونه که در فصل اول این بخش گفته شد، سلامت گاهی با فقدان برخی علایم و بیماری‌ها اشتباه گرفته می‌شود و مردم اغلب بین سلامت، مراقبت سلامت و درمان دچار اشتباه می‌شوند. و موجب ایجاد تصور غلط رایج در مورد حق بر سلامت می‌شود. در این خصوص باید گفت حق بر سلامت با حق سالم بودن یکی نیست. تصور رایج این است که دولت‌ها باید سالم بودن کامل و مطلوب افراد را تضمین کنند. هر چند، سلامت مطلوب می‌تواند از عوامل متعددی متأثر باشد که خارج از کنترل مستقیم دولت‌ها مثل شرایط اجتماعی-اقتصادی است.

حق بر سلامت متضمن حق برخورداری از تنوع کالاها، امکانات، خدمات و شرایط ضروری برای تشخیص آن است. به همین دلیل، علیرغم اختلاف تعابیر، نظرات و تفسیرها، حق بر سلامت عبارت دقیق‌تری است که به‌عنوان حق بالاترین معیار قابل دسترسی سلامت جسمی و روحی، به‌جای حق بی‌قید و شرط سالم بودن شرح داده می‌شود. دولت‌ها باید هرگونه تلاش ممکن را، از طریق منابع در دسترس برای اجرای حق بر سلامت و در این مسیر بدون تأخیر انجام دهند. برخی تعهدات، اثر آنی و فوری دارند از قبیل تعهد تضمین حق بر سلامت به‌شیوه غیر تبعیض‌آمیز، توسعه قانون‌گذاری و اجرای برنامه‌های عملی یا سایر گام‌های مشابه جهت تحقق این حق، به‌گونه‌ای که در مورد سایر موارد حقوق بشری جاری است. دولت‌ها

^۱عباسی، م.، خاکپور، م.، فروغی، م. (۱۳۹۱)، حمایت قانونی از ابداعات دارویی در اسناد و کنوانسیون‌های بین‌المللی، سال ششم، شماره بیست و سوم، ص ۳۹-۴۱.

نیز باید سطح حداقلی از دسترسی به اجزای مادی ضروری حق بر سلامت را از قبیل تدارک داروهای اساسی و یا مثلاً خدمات سلامت مادر و فرزند تضمین کنند. در حقیقت وضعیت مالی دشوار یک کشور، آن کشور را از انجام اقدامات لازم و ضروری جهت تحقق حق بهره‌مندی از سلامت معاف نمی‌کند.^۱ با توجه به محتوای گسترده حق بر سلامت، تحقق بسیاری از حقوق بشر به حق بر سلامت وابسته است و همچنین بهره‌مندی از حق بر سلامت با وجود حقوق بشری دیگر میسر است، لذا در گفتارهای بعد این ارتباط دوسویه بررسی می‌شود.

گفتار اول: رابطه بین حق بر سلامت و سایر حقوق بشر

حقوق سلامت عمومی و حقوق بشر، تعهد به بهره‌مندی از بالاترین معیار دست یافتنی سلامت را به‌عنوان «مال مشاع» که تمامی مردم مستحق آن هستند، مجتمعاً بر عهده دارند.^۲ حقوق بشر؛ جهانی، مستقل، تجزیه‌ناپذیر و به هم پیوسته است. حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، با به دنیا آمدن ابناء بشر متولد و زاده می‌شوند و حمایت و ارتقاء آن‌ها، مسئولیت اولیه همه دولت‌ها است.^۳ گاهی اوقات وضعیت سلامت نامناسب همراه با سوءهاضمه یا تماس با آب ناسالم، نبود آب سالم و مدیریت ضعیف منابع و نظام‌های آب از جمله در امر کشاورزی است. برای مردمی که در شرایط فقر زندگی می‌کنند سلامت آن‌ها می‌تواند تنها دارایی‌شان باشد تا به مدد آن از حقوق اجتماعی و اقتصادی خود از قبیل حق بر کار و حق بر تحصیل بهره‌مند شوند.

سلامت جسمی و روحی، افراد بالغ را مهیای کار، و کودکان را آماده یادگیری می‌کند. تخلف از حق بر سلامت در اغلب موارد، بهره‌مندی از سایر حقوق بشر از قبیل حق بر تحصیل را مختل می‌کند. اهمیتی که برای عامل‌های اساسی سلامت در نظر گرفته می‌شود- یعنی وسایل اساسی، تسهیلات و شرایطی که حق بر سلامت را فراتر از خدمات سلامت مورد حمایت و ارتقا قرار می‌دهند- نشانگر آن است که حق بر سلامت مشروط به تحقق بسیاری از حقوق بشر و از طرفی موجب تقویت آن‌ها می‌شود.

تخلف از این حقوق و اصول از قبیل حق بر کار، حق بر غذا، حق بر مسکن، حق بر آموزش و پرورش، اصل عدم تبعیض و اصل رعایت برابری، طبق اسناد موجود و مرتبط پذیرفته نیست.^۴ به‌طور مثال طبق مندرجات گزارش «پیشرفت انسان» سازمان ملل در سال ۱۳۸۲، «کار زنان از لحاظ اقتصادی، بسیار ناچیز

^۱. Fact Sheet No. 31, op.cit., 3-5.

^۲. نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۷۹.

^۳. UN (1993), Vienna Declaration and Program of Action, A/CONF.157/23, excerpted from DPI/1394/Rev.1/HR-95-93241, 1995, on the World Conference on Human Rights, 5-6.

^۴. در این خصوص رجوع شود به:

Fewtrell, L., et al., eds. (2007), *Water, Sanitation and Hygiene: Quantifying the Health Impact at National and Local Levels in Countries with Incomplete Water Supply and Sanitation Coverage, Environmental Burden of Disease Series*, no. 15, Joint World Health Organization & Public Health and the Environment, Geneva, 39-40.

انگاشته شده است»^۱ و این عدم اهمیت به کار زنان موجب می‌شود از توجه لازم در بهره‌مندی از سلامت برخوردار نبوده و سلامت روحی، جسمی و روانی آن‌ها به خطر افتد و این در حالی است که به موجب ماده ۱۱ کنوانسیون رفع تبعیض از زنان، هرگونه تبعیض علیه آن‌ها در اشتغال باید از بین برود.^۲ لذا با توجه به اهمیت اصل عدم تبعیض نسبت به اجرای حق بر سلامت، و اینکه اعمال تبعیض نسبت به افراد موجب عدم بهره‌مندی آن‌ها از حقوق بشر و بالاترین سطح سلامت خواهد شد، گفتار بعد را به این بحث اختصاص می‌دهیم.

گفتار دوم: رابطه بین حق بر سلامت، اصل عدم تبعیض و امنیت سلامت

«تبعیض یعنی هر نوع تمایز، استثناء یا محدودیتی است که به دلایل مختلف، و بر اثر وضع آن، در اجرای حقوق بشر و آزادی‌های اساسی اختلال ایجاد می‌شود». تبعیض با به حاشیه کشاندن گروه‌های جمعیتی خاص مرتبط است و به طور کلی، ریشه در نابرابری‌های ساختار اساسی جامعه دارد. این امر به نوبه خود می‌تواند این گروه‌ها را به علت فقر و سلامت ناکافی آسیب‌پذیر کند. اصل عدم تبعیض و اصل رعایت برابری، اصول اساسی حقوق بشر هستند و رکن حیاتی و اساسی حق بر سلامت محسوب می‌شوند.

ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد مقرر داشته است: به منظور ایجاد شرایط ثبات و رفاه که برای تأمین روابط مسالمت‌آمیز و دوستانه بین الملل بر اساس احترام به اصل تساوی حقوق و خودمختاری ملل، ضرورت دارد، سازمان ملل متحد امور زیر را تشویق خواهد کرد؛ ... بند ج- «احترام جهانی و مؤثر حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه بدون تبعیض از حیث نژاد، جنس، زبان یا مذهب»...^۳

در ماده ۷ اعلامیه جهانی حقوق بشر مقرر شده است: «همه‌گان در پیشگاه قانون یکسان‌اند و حق دارند بدون هیچ‌گونه تبعیضی از پشتیبانی قانون برخوردار شوند. همه حق دارند تا در برابر هرگونه تبعیضی که ناقض این اعلامیه باشد و نیز در برابر هرگونه تحریکی که با هدف چنین تبعیضی صورت گیرد از پشتیبانی یکسان قانون برخوردار شوند». همچنین در بند ۲ ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آمده است: «کشورهای طرف این میثاق متعهد می‌شوند که اعمال حقوق مذکور در این میثاق را بدون هیچ‌گونه تبعیض از حیث نژاد، رنگ، جنس، زبان، مذهب، عقیده سیاسی یا هرگونه عقیده دیگر، اصل و منشأ ملی یا اجتماعی، ثروت، نسب یا هر وضعیت دیگر تضمین نمایند».^۳

بند ۱ ماده ۲ کنوانسیون حقوق کودک نیز اشعار می‌دارد: «کشورهای طرف کنوانسیون، حقوقی را که در این کنوانسیون در نظر گرفته شده، برای تمام کودکانی که در قلمرو آن کشورها زندگی می‌کنند بدون هیچ‌گونه تبعیض از جهت نژاد، رنگ، جنسیت، زبان، مذهب، عقاید سیاسی، ملیت، جایگاه قومی و اجتماعی،

^۱ مرتوس، ج. (۲۰۰۳)، *آموزش حقوقی انسانی زنان و دختران*، ترجمه: فریبرز مجیدی (۱۳۸۲)، تهران: دنیای مادر، ص ۳۵۵-۳۵۶.

^۲ حمیدی، ف. و دیگران (۱۳۸۲)، *حقوق زنان، حقوق بشر*، تهران: روشنگران و مطالعات زنان، ص ۱۵۵.

^۳ www.unic-ir.org/hr/convenant-ec.htm, Last visited (2.4.2016)

مالی، عدم توانایی، تولد و یا سایر احوال شخصیه والدین و یا قیم قانونی محترم شمرده و تضمین خواهند نمود^۱.

بنا بر نظر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، «وضعیت دیگر»^۲ می‌تواند شامل وضعیت مدنی، سیاسی و اجتماعی باشند. برای مثال ایدز یا سمت‌گیری و تبعیض جنسیتی نوعی وضعیت عدم سلامت است. دولت‌ها متعهدند تبعیض را از همه جهات منع و رفع و برابری را برای همه در رابطه با دسترسی به خدمات سلامت، مراقبت سلامت و عامل‌های اساسی سلامت تأمین کنند. به‌عنوان مثال کنوانسیون رفع همه اشکال تبعیض علیه زنان، موقعیت پایین‌تر زنان و ظلم را نه فقط به‌عنوان شکلی از نابرابری میان مردان و زنان بلکه آنرا در حکم تبعیض جنسی و جنسیتی علیه زنان قلمداد می‌کند.^۳

بند (۴) جزء ه ماده (۵) کنوانسیون بین‌المللی رفع هر نوع تبعیض نژادی بر حق بهره‌مندی از سلامت عمومی، مراقبت‌های پزشکی، بیمه‌ها، خدمات و تأمین اجتماعی تأکید ورزیده و مقرر می‌دارد دولت‌ها باید هرگونه تبعیض نژادی را منع و حق هر فرد به سلامت، خدمات سلامت عمومی و پزشکی را تضمین کنند. اصل عدم تبعیض و اصل رعایت برابری نیز مؤید این است که دولت‌ها باید نابرابری‌ها و نیازهای خاص گروه‌ها را که با چالش‌های سلامت خاص روبرو هستند، برای مثال کودکان، شناسایی کنند و اقدامات لازم را در جهت رفع آن‌ها به‌عمل آورند و چالش‌هایی از قبیل میزان مرگ و میر بالا و آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌های خاص را چاره‌جویی کنند.

تعهد به برقراری و تأمین عدم تبعیض، مستلزم اجرای معیارهای خاص سلامت است تا نسبت به گروه‌های جمعیتی معین از قبیل زنان، کودکان یا اشخاص معلول اعمال شود. لذا اقدامات مثبت حمایتی به‌ویژه در مورد گروه‌های معین ضروری است. در راستای همین خطوط راهنما و برنامه‌ها، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تصریح کرده است که تبعیض مرتبط با حق بر سلامت خواه از نظر قانونی و خواه از نظر اجرایی باید از طریق اتخاذ برنامه‌های هدف و کم هزینه مورد برخورد قانونی قرار گیرند.^۴ از جمله اثری که تبعیض می‌تواند داشته باشد این است که باعث ایجاد زمینه‌های بروز بیماری‌های مغفول^۵ و نادیده گرفته شده، می‌شود که موجبات به‌خطر افتادن جدی سلامت فرد در کلیه ابعاد را فراهم می‌نماید. بیماری‌های مغفول یا نادیده گرفته شده، «بیماری‌هایی هستند که به‌طور جدی و بیشتر از سایر بیماری‌ها، حیات و سلامت جسمی انسان را تهدید می‌کنند و گزینه‌های درمان آن‌ها کافی یا در اساس موجود

1. www.unic-ir.org/hr/convention-child.htm, Last visited (2.4.2016)

2. Other Status

3. گرت، الف، پیشین، ص ۹. ؛ دیاموند، ج. (۱۹۹۴)، چرا عشق یک لذت است؟ ترجمه: مهدی گنجی (۱۳۷۷)، تهران: نشر ویرایش، ص ۷.

4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, The right to the highest attainable standard of health, Twenty-second session, 2000. ; UN. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies. ; UN. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6, University of Minnesota, 2003, Paras. 18, 85.

5. Neglected Diseases

نیست»^۱ برای مثال، وضعیت ابولا در آفریقا، چنین عواقب و عوارضی را در پی داشته است. ارتباط دقیقی بین بیماری‌های مغفول از نظر و عمل و حقوق بشر وجود دارد:

- این بیماری‌ها مورد غفلت قرار گرفته و به‌طور منحصر، مردم فقیر و به‌حاشیه رانده شده کشورهای کم درآمد را مبتلا می‌کنند.

- تبعیض؛ هم علت، هم پیامد این بیماری‌هاست. برای مثال تبعیض می‌تواند مانع اشخاص مبتلا، از دریافت کمک و درمان در وهله اول شود.

- داروهای اساسی؛ داروهای مربوط به این بیماری‌ها اغلب موجود یا کافی نیست.

- مداخلات در امر سلامت، پژوهش و توسعه؛ پژوهش و توسعه کافی و حمایت لازم در این خصوص موجود نیست.^۲

عامل‌های اخلاق و حقوق بشر از راهبردهای سلامت عمومی که توازنی بین حقوق اجتماع و افراد برقرار می‌کند، حمایت می‌کنند. این فرض که اعتلا و حمایت حقوق، جدایی ناپذیر از وظیفه اعتلا و حمایت سلامت است، دست‌کم ناشی از اذعان به این امر است که حق بر سلامت و حقوق بشر رویکردهای مکمل برای مسأله حیاتی تعریف و پیشرفت رفاه عمومی است. از اینرو، حقوق سلامت عمومی و حقوق بشر به‌طور نمونه همخوان و همسو هستند، حقوق سلامت عمومی امر بسیار نافذ و تأثیرگذار است که با اعتلای حقوق بشر و حمایت از شأن ذاتی انسان همراه است. در سال‌های اخیر، مقررات حقوق بین‌الملل بشر، سیاست‌گذاری به سوی اولویت بخشی امر بهبود سلامت محرومان را هدف قرار داده است، به‌قسمی که نظام‌های سلامت به‌گونه‌ای اثرگذار در جهت برابر خدمات سلامت و درمان توسعه یابند^۳ و پیشرفت رفاه عمومی در راستای ایمن بودن انسان از انواع مخاطرات و آسیب‌ها و وجود امنیت سلامت تحقق پذیرفته است.

امنیت^۴ یکی از نیازهای اساسی و اولیه هر انسان و حتی می‌توان گفت خواست همسان انسان و حیوان در همه زمان‌ها و مکان‌ها است و جدا از چگونگی و اندازه آن، هر دو از تهدید و ناامنی گریزانند. امنیت خواهی

^۱ <http://www.rbm.who.int>, Last visited (2.4.2016)

^۲ Moran, M. (2005), *The New Landscape of Neglected Diseases Drug Development*, London: School of Economics and Political Science and the Wellcome Trust, 74-80.

^۳ Amin, M., et al., eds. (2011), *Equifram: A Framework for Analysis of the Inclusion of Human Rights and Vulnerable Groups in Health Policies*, *Health and Human Rights*, 13 (2), 1-20.

^۴ نعمتان مجهولتان؛ الصحة و الامان و الصحة تاج علی رؤس الاصحاء. پیامبر اکرم (ص) فرمودند: دو نعمت است که ناشناخته است: سلامت و امنیت. و سلامت در رأس همه امور است. در این خصوص رجوع شود به: محمد بن حسن قنبل نیشابوری، *روضة الواعظین و بصیره المتعظین*، جلد دوم، ۴۷۲؛ ابو جعفر محمد بن علی بن حسین بن موسی بن بابویه قمی (معروف به شیخ صدوق)، (۱۳۶۲)، *النخصال*، جلد اول، قم: جامعه مدرسین، ص ۳۴؛ محمدباقر بن محمدتقی (علامه مجلسی)، *بحارالأنوار*، جلد هفتاد و هشتم، (قرن ۱۱ هجری قمری)، ص ۱۷۰.

بر پایه سرشت انسان است و جدا از اینکه امنیت، بایسته زندگی اجتماعی یا بنیاد گرفتن دولت است، ولی از همان آغاز آفرینش، همواره از آرزوهای آدمیان بوده است.

در کنار عبارت «حق بر سلامت»، همواره از مفهوم «امنیت سلامت» یاد می‌شود. این مفهوم بخشی از مفهوم بزرگتر «امنیت انسان» است که در سال ۱۹۸۹ میلادی و در گزارش برنامه توسعه سازمان ملل متحد به‌عنوان «آموزه امنیت انسان» مطرح گردید. برنامه توسعه سازمان ملل متحد در گزارش سال ۱۹۹۴ میلادی خود به بسط این مفهوم به موارد هفت‌گانه «امنیت انسان» و از جمله «امنیت سلامت» پرداخت.

در مورد رابطه میان امنیت انسان و حق بر سلامت نظرات مختلفی وجود دارد. برخی محققان بر این باورند که مباحث مرتبط با امنیت انسان و در نتیجه مفهوم امنیت سلامت، رویکرد تازه‌ای در زمینه حقوق بین‌الملل بشر ارائه نمی‌نماید. در مقابل برخی دیگر بر این باورند که آموزه امنیت انسان، شرایط واقعی و عینی که مطابق آن‌ها بهره‌مندی عملی از حقوق بشر امکان‌پذیر است را مشخص می‌کند و کارکرد ویژه‌ای را در عرصه حقوق بشر ایفا نموده و چشم‌انداز نوینی در این عرصه محسوب می‌گردد.

با این حال، در مورد حق بر سلامت و امنیت سلامت باید به این نکته توجه کرد که حق بر سلامت تنها عناصر امنیت سلامت مشتمل بر قابلیت استفاده، دسترسی و مصرف را شامل نمی‌شود بلکه حق بر سلامت به‌عنوان یک تعهد حقوق بشری الزام‌آور برای دولت‌ها در مرتبه حقوقی بالاتری نسبت به امنیت سلامت قرار دارد. امنیت سلامت زمانی وجود دارد که همه مردم در تمام اوقات، دسترسی فیزیکی، اقتصادی و اجتماعی به خدمات و مراقبت اولیه سلامت کافی بدون تبعیض را داشته باشند که بتوانند در شرایط و محیطی ایمن و سالم زندگی کنند.

امنیت انسان یکی از مهمترین مبانی حقوق و آزادی‌های بنیادین به‌شمار می‌رود. امنیت انسان، حق بر سلامت را یکی از ارزش‌های اساسی می‌داند که باید مورد حمایت قرار گیرد لذا سلامت هم از جهت ذاتی و هم از جهت مقدماتی و ابزاری برای مقوله امنیت مهم تلقی می‌شود. نگرانی‌ها در مورد تهدیدات ناشی از بیماری‌های مسری وجود دارد و امکان حملات تروریستی بیولوژیکی موجب شده است توجه بیشتری به رابطه دو حوزه سلامت و امنیت معطوف شود. مثلاً بیماری‌ها و نقصان در سلامت، می‌توانند اثر مستقیم بر امنیت نظامی داشته باشند، چون موجب کاهش کارایی نیروهای مسلح ملی می‌شوند. وقوع بیماری در سطح بالا در برخی جوامع، می‌تواند به کمبود پرسنل در نیروهای مسلح منجر گردد. به‌عنوان مثال به موازات اینکه سطح بیماری‌های ایدز افزایش پیدا می‌کند برخی دولت‌ها با مشکل تأمین جوانان سالم برای خدمت سربازی به میزان کافی، روبرو هستند. نظریه امنیت انسان، «فرد» را در «مرکز تحلیل» قرار می‌دهد و در نتیجه به امور وسیعی از شرایط که جان، زندگی و شأن انسان را تهدید می‌کند توجه کامل دارد و آستانه قابل تحمل حیات بشر را معرفی می‌کند.

از انواع محتمل تهدیدهای امنیت انسان، بیماری‌های عفونی کشنده، غذای ناسالم، سوء تغذیه، عدم دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت و بهداشت است. تهدیدهای مطرح در یک کشور یا منطقه مفروض می‌توانند به منطقه‌ای وسیع‌تر سرایت کنند و عوارض خارجی منفی برای امنیت منطقه‌ای و بین‌المللی داشته

باشند. در خصوص مفهوم امنیت آنچه مهم بوده، این است که به تدریج و با توسعه تمدن بشری تحول یافته است، به گونه‌ای که امنیت دیگر معادل تهدیدهای مرزی نیست بلکه ابعاد تازه‌ای به خود گرفته است.^۱ بدین معنی که اثرات بیماری ایدز و شیوع بیماری سندروم تنفسی (سارس) در سال ۲۰۰۳ و ترس‌های ناشی از شیوع آنفلوآنزا، منجر به اعمال توجه جدی به مسأله سلامت عمومی شد و به تدریج، تهدیدها معطوف به سلامت از مقولات سلامت عمومی صرف، خارج و در حوزه مسائل سیاسی و یا موضوعات امنیتی نیز قرار گرفت. اوج توسعه کیفی مفهوم تهدید صلح و امنیت بین‌المللی در سطح مقامات رسمی را باید در اولین اجلاس شورای امنیت سازمان ملل متحد در ژانویه ۱۹۹۲ در نظر گرفت. شورا در این اجلاس بیان داشت که نبود جنگ میان دولت‌ها به خودی خود صلح و امنیت بین‌المللی را تضمین نمی‌کند بلکه باید ریشه‌های بی‌ثباتی را در عوامل اقتصادی، اجتماعی و بشردوستانه نیز جستجو کرد.^۲

امنیت یک مفهوم چند وجهی است و به لحاظ گستردگی مفهومی، درباره معنای آن اختلاف نظر زیادی وجود دارد. بر همین اساس ارایه تعریف دقیق و بی‌طرفانه از آن به سهولت میسر نیست. و از طرفی در این زمینه بررسی‌های زیادی صورت گرفته است و این رساله در پی تعریف^۳ این مفهوم و تبیین جایگاه آن^۴ نیست.^۵ لذا با توجه به اینکه مقوله سلامت (اعم از حق بر سلامت و حمایت از بیماران) یکی از هفت مؤلفه آموزه امنیت انسان است، و با عنایت به بند «ب» ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد که «حل مسایل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی، سلامت و مسایل مربوط به آن‌ها و همکاری بین‌المللی، فرهنگی و آموزش برای سعادت، رفاه و تأمین روابط مسالمت‌آمیز و دوستانه بین‌الملل را ضروری اعلام و تحقق آن‌ها را برای اصل سعادت و رفاه، روابط مسالمت‌آمیز و امنیت همه مردم، مقرر در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، اساسی دانسته

۱. نویدنیا، م. (۱۳۸۸)، امنیت/اجتماعی، تهران: انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی، ص ۲۱.

۲. نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۹۱.؛ همچنین در این خصوص رجوع شود به: وکیل، ا.، (۱۳۸۸)، تعهد دولت‌ها به ترغیب و تضمین رعایت بنیادین بشر توسط دیگر دولت‌ها، رساله دکتری حقوق بین‌الملل عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

۳. در این خصوص رجوع شود به: آبی، م. (۱۳۹۰)، ارتقاء و تضمین حقوق بنیادین بشر در پرتو دکترین امنیت انسانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور، ص ۵۷.

۴. در این خصوص رجوع شود به: اشولتز، ر. و دیگران (۲۰۰۵)، رویکردهای جدید در مطالعات امنیتی (چاپ اول)، ترجمه: محمدعلی متقی‌نژاد (۱۳۸۶)، تهران: انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی، ص ۴۰.؛ عالی‌پور، ح. (۱۳۸۷)، توازن میان امنیت ملی و آزادی‌های فردی در مقابله با جرایم تروریستی، رساله دکتری حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، ص ۶۴.؛ آشوری، د.، (۱۳۸۶)، دانشنامه سیاسی، جلد ۱۴، تهران: انتشارات مروارید، ص ۳۸.؛ علی‌نقی، امیرحسین (۱۳۸۰)، نگاهی به مسائل امنیتی ایران (چاپ اول)، گفتگو با محمدرضا تاجیک، عباس عبدی، حسن ره پیک، علی مله کریمی، تهران: انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی، ص ۴۲.

۵. ربیعی، ع. (۱۳۸۴)، مطالعات امنیت ملی، مقدمه‌ای بر نظریه‌های مربوط به امنیت ملی در جهان سوم (چاپ سوم)، تهران: دفتر مطالعات سیاسی و بین‌المللی، مرکز چاپ و انتشارات وزارت خارجه، ص ۷-۸.

است»، و به همکاری کامل افراد و دولت‌ها در این خصوص اشاره دارد،^۱ در مبحث بعد به بررسی حق بر سلامت و آموزه امنیت انسان و موضوعات مرتبط پرداخته می‌شود.

مبحث ششم: حق بر سلامت و آموزه امنیت انسان

امنیت بنا به تعریف گزارش نهایی واحد امنیت انسان عبارت است از: «... حمایت از هسته حیاتی زندگی بشر، به گونه‌ای که آزادی‌ها و تأمین رفع نیازهای بشر را اساس قرار دهد. به بیان دیگر امنیت عبارت از حمایت از آزادی‌های اساسی و تأمین آن‌ها است. از این حیث، امنیت به معنی ایجاد نظام‌های سیاسی، اجتماعی، زیست‌محیطی، اقتصادی، نظامی و فرهنگی است که در مجموع موجبات زندگی، شأن و استمرار حیات و سلامت را فراهم می‌کنند». لذا توانمند کردن انسان در اینجا از اهمیت اساسی برخوردار است و توجه را معطوف به تهدیدها کرده است. بنابراین ویژگی‌های آن عبارت است از اینکه مردم - محور است، چند بخشی است، فراگیر است، ویژگی ترکیبی دارد و پیشگیرانه است.^۲

امنیت انسان یکی از مهمترین مبانی حقوق و آزادی‌های بنیادین به‌شمار می‌رود.^۳ این مفهوم بعد از سال ۱۹۸۰ بسیار رواج یافت و یکی از مفاهیمی که نظام حقوق بین‌الملل مدرن بر آن مبتنی است، امنیت است. مفهوم امنیت انسان در مقابل امنیت دولت مطرح می‌شود. برای چندین دهه، مفهوم امنیت صرفاً در مفهوم نظامی درک می‌شد. مفهوم امنیت انسان که از جمله در گزارش کمیسیون مستقل مسائل امنیتی خلع سلاح (کمیسیون پالمه)^۴ در ۱۹۸۲ به ریاست اولاف پالمه ارایه گردیده بود، ظهور یافت. این مفهوم مبتنی بر این ایده است که در یک عصر اتمی، دولت‌ها نمی‌توانند به بهای زیان یکدیگر، امنیت را به دست آورند چرا که در این صورت امکان دارد همدیگر را نابود کنند.^۵ هرکس از حقوق بشر سخن می‌گوید اساساً رابطه دوجانبه بین دولت و ساکنان؛ به‌ویژه شهروندان را در ذهن دارد. امنیت انسان، شرایط واقعی و عینی را که مطابق آن‌ها بهره‌مندی علمی از حقوق بشر امکان‌پذیر است، مشخص می‌کند و کارکرد ویژه‌ای را در عرصه حقوق بشر ایفا کرده است.^۶

^۱. باقیانی مقدم، م.، پیشین، ص ۵۳.

^۲. سازمان ملل متحد، دفتر هماهنگی امور بشردوستانه، واحد امنیت بشر (۲۰۱۳)، *امنیت بشر در نظریه و عمل*، اعمال مفهوم امنیت بشر و صندوق حمایت بشر سازمان ملل متحد، ترجمه: محمدعلی نوری (۱۳۹۲)، تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی الماس دانش، ص ۸-۹.

^۳. استخراج از سایت پژوهشگاه دفاع مقدس، قابل دسترس در:

dsrc.ir/view/article.aspx?id=4420

^۴. Palme Commission

^۵. Independent Commission on Disarmament and Security Issues (1982), *Common Security: A Program for Disarmament*, London: Pan Book, 6.

^۶. ابراهیمی، م. (۱۳۹۲)، *امنیت انسانی و حقوق بشر*، تهران: پژوهشگاه باقرالعلوم، ص ۲.

مفهوم امنیت انسان، در سال ۱۹۹۴ در گزارش توسعه بشری برنامه توسعه سازمان ملل متحد^۱ با طرح این پرسش که «امنیت انسان را از چه طریقی می‌توان تأمین کرد»، ایده ارائه شده در کمیسیون پالمه را مورد توجه جدی قرار داد. در این گزارش تأکید گردیده بود که فرد انسان باید در مرکز و بطن امور بین‌الملل قرار گیرد.^۲ با پایان جنگ سرد، در گزارش برنامه توسعه سعی شد بین این دو مفهوم سازش ایجاد و مفهوم امنیت انسان به منظور در برگرفتن همزمان رهایی از ترس و رهایی از فقر ابداع شد.^۳ برنامه توسعه در گزارش خود هفت مؤلفه؛ امنیت سلامت (حق بر سلامت و حمایت از بیماران)، امنیت اقتصادی (حق رهایی از فقر)، امنیت غذایی (حق بر غذا)، امنیت زیست محیطی^۴ (حق حمایت در برابر آلودگی‌ها)، امنیت شخصی^۵ (حق حمایت فیزیکی در برابر شکنجه، جنگ و حملات جنایی)، امنیت اجتماعی (حق بقای فرهنگ‌های سنتی)، امنیت سیاسی^۶ (حق آزادی و رهایی از سرکوب سیاسی) را برای امنیت انسان تعریف کرد. بعضی از دولت‌ها از جمله نروژ و کانادا از طرفداران سرسخت امنیت انسان بودند.^۷ از اینرو دولت کانادا، تعریف امنیت انسان در گزارش برنامه توسعه را بیش از حد گسترده و مبهم دانسته است.^۸

بر این اساس «امنیت انسان شرایطی را توصیف می‌کند که در آن نیازهای مادی و اساسی انسان تأمین شده و شخصیت انسان تحقق می‌یابد. بنابراین علاوه بر اینکه تأمین نیازهای اولیه مادی در بطن امنیت انسان نهفته است، این مفهوم بر ابعاد غیرمادی نیز تأکید دارد»^۹. همچنین در رابطه با ارزش امنیت انسان و

^۱ United Nations Development Program (UNDP)

^۲ Tickner, J.A. (1992), *Gender in International Relations: Feminist Perspectives on Achieving Global Security*, New York: Colombia University Press, 32.

^۳ مجیدی، م. و خامسان، ا. (۱۳۸۰)، *امنیت انسانی در غرب آسیا*، تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی، ص ۲۲.

^۴ در این خصوص رجوع شود به: شیهان، م. (۲۰۰۷)، *امنیت بین‌الملل*، ترجمه: جلال دهقانی فیروزآبادی (۱۳۸۸)، تهران: پژوهشکده مطالعات راهبردی، ص ۱۲۷.

^۵ در این خصوص رجوع شود به: پورسعید، ف. (۱۳۸۷)، *امنیت انسانی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران*، فصلنامه مطالعات راهبردی، سال یازدهم، شماره سوم، ص ۵۵۲؛ بهمنی قاجار، مح. (۱۳۸۷)، *مبانی و سیر تحول حق آزادی و امنیت شخصی*، ماهنامه اطلاعات سیاسی-اقتصادی، شماره ۲۵۲، ص ۱۸۴.

^۶ در این خصوص رجوع شود به: گل‌پذیر، ا. (۱۳۹۱)، *تأثیر دکترین امنیت انسانی بر تضمین و ارتقاء حقوق بشر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه گیلان، ص ۵۲.

^۷ کر، پ. (۲۰۰۸)، *امنیت انسانی*، ترجمه: سید جلال دهقانی فیروزآبادی (۱۳۸۷)، فصلنامه مطالعات راهبردی، سال یازدهم، شماره ۳، شماره مسلسل ۴۱، ص ۶۰۴.

^۸ Department of Foreign Affairs and International Trade (2000), *Freedom from Fear, Canada's Foreign Policy for Human Security*, Ottawa, p. 3, retrieved from www.dfait-maeci.gc.ca, Last visited (2.4.2016)

^۹ کارولین، ت. (۲۰۰۳)، *حکومت جهانی؛ توسعه و امنیت انسانی*، ترجمه: مجتبی بحرانی (۱۳۸۲)، تهران: پژوهشکده مطالعات راهبردی، ص ۲۵.

سیاست‌گذاری‌ها، دیدگاه‌های گوناگون وجود داشته است.^۱ مطابق گزارش توسعه انسانی ۱۹۹۴ سازمان ملل، حق بر سلامت یکی از هفت مؤلفه آموزه امنیت انسان و به عوامل اساسی منتهی به مرگ‌های قابل پیشگیری از جمله سل، بیماری‌های اسهالی، مرگ و میر مادرزادی و سرطان، به‌عنوان تهدیدات علیه امنیت انسان اشاره کرده است.^۲ امنیت انسان، حق بر سلامت را یکی از ارزش‌های اساسی می‌داند که باید مورد حمایت قرار گیرد. امنیت انسان، بیماری را فی‌نفسه یک مشکل می‌داند و آنرا یکی از علل اساسی ناتوانایی‌های زود هنگام و قابل پیشگیری و مرگ انسان‌ها قلمداد می‌نماید. از دیدگاه امنیت انسان، تهدیدات راجع به سلامت که بر امنیت تمامی افراد تأثیر می‌گذارند و نیز تهدیداتی که در حوزه یک دولت خاص و افراد حاضر در آن مؤثر هستند، هر دو از جمله اموری است که به یک اندازه مورد توجه قرار دارند.^۳ بحث در خصوص سلامت و امنیت مفصل است.^۴ در این فصل صرفاً به ارایه توضیحی از آن به دلیل اشاره بند «ب» ماده ۵۵ منشور

^۱. Paris, R. (2001), Human Security: Paradigm Shift or Hot Air?, *International Security*, 26 (2), 88.

^۲. UNDP (1994), Human Development Report, Oxford: Oxford University Press, 27-8.

^۳. فن تیگرشتروم، ب. (۱۳۸۹)، *امنیت انسانی و حقوق بین‌الملل*، ترجمه: اردشیر امیرارجمند، حمید قنبری (۱۳۸۹)، تهران: انتشارات مجد، ص ۲۳۵.

^۴. جهت کسب اطلاعات بیشتر در این خصوص رجوع شود به:

Feldbaum, H., Lee, K., & Patel, P. (2006), The National Security Implications of HIV/AIDS, *Plos Medicine*, 3 (6), e171, p. 0775. ; UNGA (2001), Special Session of the General Assembly on HIV/AIDS: Report of the Secretary General, UN Doc A/55/779 [Special Session Report], Paras. 26-38. ; UNSC (2000), The Impact of AIDS on Peace and Security in Africa, UN Doc S/PV., p. 4087. ; WHO (2007), World Health Day, Issues Paper: International Health Security: Invest in Health, Build a Safer Future, at 14. ; UNSC (2000), Res 1308, UN.Doc S/RES/1308 on HIV/AIDS Pandemic Worldwide, pp. 1-3. ; UN (2004), *A More Secure world: Our Shared Responsibility, Report of the Secretary-General's High-Level Panel on Threats, Challenges and Change*, New York: UN Department of Public Information, p. 23. ; Mills, E.J., Singh, S., eds. (2007), Health, Human Rights, and the Conduct of Clinical Research within Oppressed Populations, BioMed Central, pp. 10-11. ; David, M., Helmets, R., eds. (2001), The Certain Pitfalls of Marshaling Security Council Resources to Combat AIDS in Africa, *Human Rights Quarterly*, 23 (3), 573. ; UNSC (2001), Res 1341, UN, Doc S/RES/1341, on the Situation Concerning the Democratic Republic of the Congo, pp. 1-5. ; UNSC (2002), Res 1410, UN Doc S/RES/1410, on the Situation in East Timor, Para. 3 (a), p. 2. ; Commission on Human Security (2003), *Human Security Now: Final Report*, New York: CHS. ; Human Security Report Project (2005), *War and Peace in the 21st Century*, New York: Oxford University Press, p. 139. ; Human Security Network (2006), *Statement of Slovenia on Behalf of the Human Security Network at the International AIDS Conference*, Toronto, Canada. ; UNGA (2009), Global Health and Foreign Policy, Resolution 63.33, pp. 1-2. ; World Health Organization (2007), *The World Health Report 2007: A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century*, Geneva: WHO, p. x. ; Tadjbakhsh, Sh. (2007), Human Security in International Organizations: Blessing or Scourge?, *The Human Security Journal*, 4, p. 2. ; Rodier, G. (2007), New Rules on International Public Health Security, *Bulletin of the WHO* Volume 85, no. 6. ; Health Policy (Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand) (2007), Oslo Ministerial Declaration - Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time, *The Journal of Lancet*, 369 (9570), 1373-8 (1-6). ; Chan, M., Gahr Store, J., and Kouchner, B. (2008), Foreign Policy and Global Public Health: Working Together Towards Common Goals, *WHO Bulletin*, 86 (7), 498. ; Garret, L. (2005), *HIV and National Security Where Is the Link?*, New York: The Council on Foreign Relations, p. 23. ; Jensen L.B., S. (2004), *Fatal Years: How HIV/AIDS is Impacting National and International Security*, Geneva: UNAIDS Security and Humanitarian Response Unit. ; National Intelligence Council Report (2008), ICA, *Strategic Implications of Global Health*, p. 14.

سجادپور، م.، رفعتی آلاشتی، ز. (۱۳۹۰): سیاست خارجی، بهداشت و امنیت بین‌المللی: چارچوب‌های مفهومی و عملیاتی، فصلنامه روابط خارجی، سال سوم، شماره ۳، ص ۱۱۶-۱۱۵. ؛ دهشیری، م. (۱۳۸۸)، امنیت انسانی:

سازمان ملل متحد که «حل مسایل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی، سلامت و مسایل مربوط به آن‌ها و همکاری بین‌المللی، فرهنگی و آموزش برای سعادت، رفاه و تأمین روابط مسالمت‌آمیز و دوستانه بین‌الملل را ضروری اعلام و تحقق آن‌ها را برای اصل سعادت و رفاه، روابط مسالمت‌آمیز و امنیت همه مردم، مقرر در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، اساسی دانسته است، اشاره شد.

مبحث هفتم: مبانی هنجاری حقوق جهانی سلامت

در قسمت تعریف حقوق جهانی سلامت گفته شد از ویژگی‌های این حقوق، توزیع منصفانه منابع و منافع سلامت برای مردمانی با بیشترین فقر و کمترین سلامت در جهان (فقیرترین و کم سلامت‌ترین مردم جهان) است. بررسی مبانی هنجاری، ضرورت وجود عدالت یا جهات عمومی مربوط به اخلاق و نظارت بر تهدیدهای وارد بر سلامت جهانی، را نشان می‌دهد. عده‌ای از دانشمندان، توجه به مسایل هنجاری و نقش عدالت سلامت جهانی را در چاره‌جویی مسایل مرتبط، به‌ویژه در برقراری هنجارهای اخلاقی، قابل توجه و مهم می‌دانند.^۱

به‌نظر «راگر»، نظریه هنجاری حقوق جهانی سلامت، بر پایه نظریه «سلامت و عدالت اجتماعی» تنظیم شده است. وی، این نظریه را به ایفای نقش حقوق بین‌الملل در سلامت تسری می‌دهد. این نظریه، شکوفایی، رفاه و سعادت انسان را به‌مثابه هدف نهایی جامعه جهانی، و نیز از جمله اهدافی می‌داند که حقوق جهانی سلامت، از آن به‌عنوان «انصاف در سلامت»^۲ یاد می‌کند.^۳ مراد و هدف از مفهوم سلامت جهانی عدالت‌مند، «عبارت از نیل همه انسان‌ها به بالاترین معیار دست‌یافتنی سلامت جسمی و روحی و توزیع عادلانه آن است».

بی‌عدالتی در سلامت عبارت است از قایل شدن تبعیض و تفاوت در وضعیت سلامت افراد، که به‌هیچ وجه قابل توجیه نیست و هیچ فردی نباید از آن محروم شود.^۴ اکثر تلاش‌های راجع به سلامت جهانی، کامیابی خود را با شرایط و بهبود سلامت عمومی و بهبودهای حاصل در این زمینه از قبیل میزان مرگ و میر کودکان و مادران، زحمات و رنج بیماری و صدمه‌ها یا طول عمر، می‌سنجند. رعایت بهبود سلامت و این معیارها ضروری‌اند، و عدم رعایت آن‌ها نابرابری‌های بین کشورها یا بین دارا و ندار، روستایی و شهری و شمال و جنوب را منعکس می‌کند. اگر برای مثال منافع سلامت میان طبقات بالا و متوسط در نظر گرفته شود و طبقات کم درآمد

چارچوبی برای سیاست خارجی جمهوری اسلامی ایران در قبال آفریقا، فصلنامه مطالعات آفریقا، شماره ۲۰، ص ۳۶؛ احمدی، ک. (۱۳۸۱)، سیاست خارجی و امنیت سلامت بین‌المللی، فصلنامه سیاست خارجی، سال ۲۴، شماره ۱، ص ۲۷-۲۳؛

1. Gostin, L.O., op.cit., p. xiii.

2. Health Equity

3. Prah Ruger, J., op.cit., p. 425.

۴. در این خصوص همچنین رجوع شود به: عباسی، م.، درآمدی بر عدالت در سلامت، پیشین، ص ۲۸۴.

یا کارگران، مغفول بمانند، می‌توان گفت سلامت تا حدودی اعتلا و ارتقا یافته است اما نه به صورت عادلانه.^۱ این وظیفه اخلاقی، مستلزم ابزارهای حقوقی برای تحقق سلامت جهانی است و نیز می‌کوشد افراد، دولت‌ها و عامل‌های غیردولتی را وادار کند تا هنجارهای اخلاقی عمومی را در حمایت از اهداف سلامت جهانی نهادینه کنند.

نتیجه‌گیری

سلامت فردی یکی از مهمترین مؤلفه‌های کرامت انسان محسوب می‌شود. بی‌تردید حق بر سلامت، یکی از حقوق به رسمیت شناخته شده بشری است. اصطلاح حقوق بشر ماهیت این حقوق را نشان می‌دهد و به مجموعه امتیازات مادی یا غیر مادی اطلاق می‌شود که انسان به صرف انسان بودنش، از آن بهره‌مند است. به تعبیر دیگر حقوق مربوط به ذات انسان است و لذا قابل انتقال و سلب نبوده و جدا از طبیعت انسان و حیثیت و شرافت او نمی‌تواند باشد. و با توجه به جهان‌شمول بودن حقوق بشر، به مرزهای جغرافیایی، تابعیت، زمان و مکان و نژاد خاص محدود نمی‌باشد. حق بر سلامت، حق بهره‌مندی از بالاترین معیار سلامت است که ابتدا در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت انعکاس یافت. این اساسنامه، مهم‌ترین تعهد بین‌المللی مرتبط با سلامت است. میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز حق بهره‌مندی هر کس از بالاترین معیار قابل حصول سلامت جسمی و روحی را به رسمیت شناخته است. آن چیزی که سبب شده، حق بر سلامت، ضابطه‌ای الزامی برای پاسخگو دانستن و پاسخگو ساختن دولت‌ها، همانگونه که کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل توصیف کرده است، باشد، این است که به‌عنوان حقی الزام‌آور، مقبولیت جهانی یافته است. جهانی شدن موجب نگرانی تمامی دولت‌ها در مورد انتقال بیماری‌ها و تهدیدات امنیتی برخاسته از بیماری‌ها شده است. بنابراین زمینه‌هایی برای ضرورت همکاری‌های بین‌المللی ایجاد کرده است. دولت‌ها در این زمینه نیازمند هماهنگ عمل کردن هستند. لذا در نهایت آنچه باز مورد تأکید است، اینکه کشورها، برای حفظ صلح و ثبات و امنیت بین‌المللی که از اهداف اولیه تمامی دولت‌ها به شمار می‌آید، ناگزیر به تقویت زیرساخت‌های داخلی و ملی سلامت و گسترش همکاری‌های منطقه‌ای، بین‌المللی و جهانی و ایفای تعهدات خود در راستای نیل به سلامت جهانی و اعتلای حقوق جهانی سلامت هستند. لذا وظیفه تمام دولت‌هاست که در جهت ارتقای این حق چه در خصوص شهروندان و غیر شهروندان گام بردارند. حاصل این مباحث این است که امنیت سلامت یعنی اینکه همه مردم در سراسر جهان و در تمام اوقات، دسترسی فیزیکی، اقتصادی و اجتماعی به خدمات و مراقبت اولیه سلامت کافی بدون تبعیض را داشته باشند تا بتوانند در شرایط و محیطی ایمن و سالم زندگی کنند.

در این فصل به صراحت مشخص گردید حق بر سلامت یکی از حقوق به رسمیت شناخته شده بنیادین بشری در نظام بین‌المللی حقوق بشر است. علت این امر، توسعه همزمان در عرصه حقوق بشر سلامت عمومی و توسعه جهانی این حق است. این گرایش نوین در مورد حق بر سلامت منتسب به افزایش توجه به

^۱Gostin, L.O., op.cit., p. xiii.

حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از سوی جامعه بین‌المللی حقوق بشر است. حق بر سلامت در زمره نسل دوم حقوق بشر و مندرج در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. نسل دوم حقوق بشر، حقوقی را مطرح می‌سازد که قبول آن به‌مثابه حق طبیعی انسان، قدرت دولت را محدود می‌کند که حق بر سلامت یکی از این حقوق مطالبه‌ای است. مفهوم «مساوات» شالوده نسل دوم حقوق بشر است که طبیعت آن‌ها اساساً اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است.

حق بر سلامت، حقی مسلم در نظام بین‌المللی حقوق بشر است که همه کشورها در قبال تأمین آن متعهد هستند، لذا حقی نیست که تنها جنبه قراردادی و معاهده‌ای داشته باشد و تنها کشورهای عضو میثاق یا دیگر معاهداتی که این حق در آن‌ها شناسایی شده است، ملزم به تأمین آن باشند. حق بر درمان و مراقبت‌های سلامت از جمله حق - ادعاهای مثبتی است که لازمه آن مکلف بودن دولت در ارائه خدمات و امکانات مقتضی در قبال مطالبه و ادعای مزبور است. بررسی اسناد متعدد و مختلف حقوق بشری نیز، این حقوق را مطلق دانسته و کنار گذاشتن و تعطیلی آن‌ها را در هیچ شرایطی نپذیرفته‌اند. در بخش دوم به اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری در خصوص تعهداتی که دولت‌ها نسبت به حق بر سلامت دارند، پرداخته می‌شود. حقوق جهانی سلامت مانند هر رشته و شاخه حقوقی دیگر دارای منابع مفصل و مهمی است. مطالعه و بررسی این منابع به درک و شناخت بهتر حقوق جهانی سلامت کمک می‌کند. از اینرو در فصل بعد منابع حقوق جهانی سلامت بررسی می‌شوند.

فصل سوم

منابع حقوق جهانی سلامت

صرفنظر از شکل حقوق جهانی سلامت اعم از اینکه سخت یا نرم یا در چارچوب سازمان جهانی بهداشت یا خارج از آن باشد، ملاحظه و بررسی منابع، جهت اجرای کامل و همه جانبه این حقوق، حیاتی است. در راستای نیل به هدف سلامت جهانی با رویکرد عادلانه، دولت‌ها و اشخاص ذینقش نه تنها باید اراده سیاسی تصویب هنجارهای بین‌المللی را تقویت و هدایت کنند، بلکه باید ظرفیت اجرای آن‌ها را نیز فراهم کنند. ایفای تعهدات اساسی حقوق جهانی سلامت و چارچوب‌های نظارتی، مستلزم کار سخت‌انجام‌دهنده و توانایی‌ها و ظرفیت‌ها و - اراده سیاسی - برای تحقق حقوق مطرح و در حال اجرا است.^۱

حقوق جهانی سلامت شاخه‌ای شناخته شده از حقوق و در مسیر عمومی و فراگیر شدن است. شماری از تخصص‌های مربوط به سلامت، قبلاً محقق شده است. متصدیان امور سلامت به‌طور مشخص استادان و دانشکده‌های پزشکی را باید متقاعد کرد که سلامت نیز حوزه‌ای حقوقی است. این امر اینک بر حقوقدانان و دست‌اندرکاران سلامت مسلم شده و رابطه چند جانبه و چند وجهی بین دست‌اندرکاران سلامت و حقوقدانان، شدت و وسعت یافته است.^۲

اطلاع از مباحث پزشکی جذابیت فراوانی برای عامه مردم دارد. صرفنظر از علاقه‌مندی عموم به داشتن اطلاعاتی در امور مربوط به بهداشت و سلامت، برخی از گروه‌های خاص جامعه به دلیل داشتن شغل و فعالیت حرفه‌ای مرتبط، نیازمند کسب اطلاعات جامع‌تری در زمینه پزشکی می‌باشند. یکی از این گروه‌ها، جامعه حقوقدانان اعم از قضات، وکلا، کارشناسان، مشاوران حقوقی و دانشجویان حقوق قضایی و ... هستند که برای مطالعه و انجام خدمات تخصصی خویش در مواردی که با موضوع سلامت و بیماری موکلین و یا متهمین مواجه می‌شوند، به اطلاعات جامع‌تری در این زمینه‌ها نیازمند می‌باشند.^۳ البته سلامت، وظیفه خدمات رسانی بهداشت و مراقبت سلامت است. در این زمینه، رویکرد فنی یعنی پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی و ... پیش شرط هر رویکرد دیگری است. رویکرد حقوقی (حقوق سلامت) تنها نگرش متعاقب در این زمینه، نیست. رویکردهای دیگری از قبیل جنبه‌های اقتصادی سلامت،^۴ جامعه‌شناسی سلامت،^۵ فلسفه سلامت،^۶

^۱.Gostin, L.O., Global Health Law, op.cit., pp. 60-61.

^۲.Belanger, M., Global Health Law: an introduction, op.cit., pp. 13-15.

^۳.پالمر، .، واتریل، د. (۲۰۱۱)، پزشکی برای حقوقدانان، ترجمه و تألیف: محمود عباسی، لادن عباسیان، مهرزاد کیانی (۱۳۹۰)، تهران: انتشارات حقوقی: مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، ص ۱۷.

^۴.Health Economics

^۵.Health Sociology

^۶.Health Philosophy

اخلاق سلامت و انسان شناسی سلامت نیز وجود دارند. در این زمینه، مقررات حقوقی، چارچوب و ساختاری فراهم می‌کنند و بر نظام‌های سلامت حاکمند و به‌عنوان مرجع برای اقدام لازم جهت سلامت، خدمت می‌کنند. بنابراین، وجود این مقررات در هر جامعه‌ای لازم است. نگرش‌ها یا رویکردهای دیگر نیز مفیدند. آن‌ها برای مثال با فکر اخلاقی نسبت به واکسیناسیون به قانون‌گذار مدد می‌رسانند و تحلیل بهتر از قلمرو، منابع و ادبیات حقوقی را موجب می‌شوند.

ویژگی حقوق سلامت (در معنای اعم)، بسیار برجسته و چشمگیر است. رشته‌های همسایه و مجاور نیز، برای مثال حقوق کار (که حقوق اجتماعی نیز نامیده شده)، حقوق محیط زیست و حقوق مصرف‌کننده به سلامت مردم توجه کرده‌اند. اگر مرز بین این رشته‌ها را کنار گذاریم، به‌نظر می‌رسد ویژگی حقوق سلامت این است که مختلط است و از مقررات حقوق خصوصی و عمومی هر دو استفاده می‌کند. همین وضع، در مورد حقوق ملی سلامت و هم در مورد حقوق بین‌الملل سلامت هر دو حاکم است.^۱

در این فصل، منابع حقوق جهانی سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرند. لازم به توضیح این نکته است که مقررات بین‌المللی سلامت نیز جزء منابع مهم و قابل توجه حقوق جهانی سلامت است که طی فصل جداگانه‌ای توضیح داده می‌شود. با توجه به گسترده بودن مفهوم حقوق سلامت و تنوع منابع حقوق جهانی سلامت، و اهمیت حقوق بین‌الملل در این زمینه، ابتدا جایگاه حقوق جهانی سلامت در رشته حقوق بین‌الملل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

مبحث اول: جایگاه حقوق جهانی سلامت در رشته حقوق بین‌الملل

ماده ۲۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر مقرر می‌دارد: «هر کس حق دارد برقراری نظمی را بخواهد که از لحاظ اجتماعی و بین‌المللی، حقوق مذکور در این اعلامیه را تأمین کند». بنابراین می‌توان گفت شهروندان هر کشور حق دارند از نظم حقوقی بین‌المللی و از برقراری نظمی که موجب بهره‌مندی حق بر سلامت شود، برخوردار گردند.^۲

نخست اینکه حقوق جهانی سلامت در قلمرو حقوق بین‌الملل عمومی قرار می‌گیرد. موضوعات و منابع حقوق بین‌الملل از نظر سنتی تعریف مضیق شده‌اند تا اولویت را برای استقلال دولت فراهم کنند. حقوق بین‌الملل عمومی به‌طور عمده به تعامل دولت‌های مستقل توجه کامل دارد و به‌طور موسع می‌توان ویژگی‌های آنرا، قواعد و فرایندهایی دانست که بر روابط میان دولت‌ها از جمله حقوق و تعهدات آن‌ها حاکم است. دولت‌ها، تابعان اصلی حقوق بین‌الملل هستند. معذک، سازمان‌های بین‌المللی و - از رهگذر توسعه مقررات حقوق بشر- افراد نیز تابع حقوق بین‌الملل هستند. هر چند صف گسترده‌ای از منابع حقوقی وجود دارد، عمده منابع حقوق بین‌الملل امروز را می‌توان در معاهدات دوجانبه، منطقه‌ای و چندجانبه یافت. این

^۱ Belanger, M., *Global Health Law: an introduction*, op.cit., pp. 13-15.

^۲ در این خصوص رجوع شود به:

Gostin, L.O. (2008), *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*, 2nd ed., Berkeley: University of California Press.

نظام مبتنی بر معاهده، شباهت اندکی با قوانین و مقررات داخلی دارد. گستردگی منابع موجب شده سازمان‌های بین‌المللی و دولت‌ها تعامل روزافزون با بازیگران غیردولتی داشته باشند و آنان را وارد میزگردها و محفل‌های سلامت جهانی کنند.^۱

قوانین ملی سلامت^۲ نیز از نظر سنتی متضمن پایه حقوق سلامت است. البته بسته به هر کشوری این قوانین وضع می‌شوند هر چند زمان اعتبار آن‌ها کمابیش، کوتاه مدت و دراز مدت است اما اساسی و ماهوی هستند. عرصه اخلاق زیستی و حقوق قضابنیان (رای بنیان)^۳ هم مطرح هستند.

دایره نفوذ مقررات بین‌المللی سلامت^۴ رو به فزونی است. این مورد درباره آنچه معروف به مقررات سازمان جهانی بهداشت و به شکل مقررات اعلام شده سازمان بین‌دولتی^۵ مطابق ماده ۲۱^۶ اساسنامه سازمان است، نیز صادق می‌باشد. علاوه بر این باید کنوانسیون‌های تصویب شده راجع به این عرصه خاص را نام برد. تعدادی کنوانسیون بین‌المللی سلامت در دو سده اخیر تصویب شده‌اند و سازمان جهانی بهداشت نیز تدوین کنوانسیون‌هایی را در رابطه با موضوعات مشمول صلاحیت خود برنامه‌ریزی کرده است. (ماده ۱۹ اساسنامه).^۷ این امر در مورد کنوانسیون چارچوب سازمان جهانی بهداشت در مورد واپایش دخانیات^۸ ۲۰۰۳

1. Gostin, L.O., Global Health Law, op.cit., pp. 61-62.

2. National Health Legislations

3. Case Law

4. International Health Regulations

5. Inter-Governmental Organization

6. The Health Assembly shall have authority to adopt regulations concerning: (a) sanitary and quarantine requirements and other procedures designed to prevent the international spread of disease; (b) nomenclatures with respect to diseases, causes of death and public health practices; (c) standards with respect to diagnostic procedures for international use; (d) standards with respect to the safety, purity and potency of biological, pharmaceutical and similar products moving in international commerce; (e) advertising and labelling of biological, pharmaceutical and similar products moving in international commerce. (art. 21, Yale Law School, Lillian Goldman Law Library, Constitution of World Health Law, July 22, 1946)

مجمع جهانی سلامت اقتدار خواهد داشت که درباره موارد ذیل مقرراتی وضع کند: الف) اقدامات لازم بهداشتی و قرنطینه‌ای و سایر روش‌های طرح شده به منظور جلوگیری از اشاعه بین‌المللی بیماری، ب) تهیه فهرستی از بیماری‌ها، علل مرگ و شیوه‌های مرسوم سلامت عمومی، ج) معیارهایی درباره روش‌های تشخیص بیماری‌ها جهت استفاده بین‌المللی، د) معیارهایی درباره ایمنی، خلوص، ظرفیت و توان محصولات بیولوژیکی، دارویی و محصولات مشابه رایج در تجارت بین‌المللی، ه) تبلیغ و برجسب زدن محصولات بیولوژیکی، دارویی و محصولات مشابه رایج در تجارت بین‌المللی.

7. The Health Assembly shall have authority to adopt conventions or agreements with respect to any matter within the competence of the Organization. A two-thirds vote of the Health Assembly shall be required for the adoption of such conventions or agreements, which shall come into force for each Member when accepted by it in accordance with its constitutional processes. (art.19, Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006, retrieved from www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, Last visited (2.4.2016)

مجمع جهانی سلامت اقتدار خواهد داشت که در هر موضوعی که در صلاحیت سازمان است، مقاله‌نامه‌ها یا موافقت‌نامه‌هایی اتخاذ کند. برای قبول اینگونه مقاله‌نامه‌ها یا موافقت‌نامه‌ها، دو سوم آراء مجمع جهانی سلامت لازم است و برای هر عضو هنگامی لازم‌الاجرا خواهد گردید که آنرا بر طبق تشریفات پیش‌بینی شده در قانون اساسی خود پذیرفته باشد.

8. Framework Convention to Tobacco Control

(که در تاریخ ۲۷ فوریه سال ۲۰۰۵ قابل اجرا شده است) صادق است.^۱ افزون بر این مقررات بین‌المللی منطقه‌ای سلامت^۲ نظیر مقرراتی که جوامع اروپا از دهه ۱۹۵۰ تصویب کرده اند نیز وضع شده‌اند. معیارهای ملی و بین‌المللی سلامت در دهه گذشته به‌ویژه از نیمه دوم سده نوزدهم چندین برابر و موجب تصویب سازوکارهای حقوقی مرتبط با سلامت^۳ شده‌اند. قرنطینه^۴ نمونه قدیمی این روند است که ابتدا در مقررات شبه دولتی (با ذکر نام تدارک کنندگان سلامت از سوی ونیزی‌ها از سال ۱۳۴۸ میلادی به‌منظور مقابله با بیماری‌های منتقل شده به‌وسیله کشتی‌ها)، سپس در سطح دولتی (با چند برابر شدن بیمارستان‌های مربوط به بیماری‌های واگیردار یا ابتکارهای تصادفی یا حادثی دیگر ونیزی‌ها) پیش از نیل به سطح بین‌المللی (شورای قرنطینه و مقررات بین‌المللی بهداشت^۵ سال ۱۹۵۱ سازمان جهانی بهداشت) وجود داشت. نمونه دیگر که مربوط به دوران کنونی و حقوق داروسازی است، مقررات راجع به اجازه بازاریابی و فروش فرآورده‌های سلامت است و این سازوکاری است که سازمان جهانی بهداشت و اتحادیه اروپا از اساس آنرا نظام‌مند کرده‌اند. حقوق سلامت از مفهوم منصفانه بودن نیز در حقوق داخلی یا بین‌المللی و رویه قضایی بین‌المللی مایه گرفته است. پندار منتهی به اعمال کنوانسیون حفظ و ترویج تنوع بیان‌های فرهنگی ۲۰۰۷ که در فصل قبل توضیح داده شد، نیز در این زمینه مؤثر بوده است.^۶ حقوق جهانی سلامت در اساس مبتنی بر مطالعه منابع، ضرورت تحقق حقوق جهانی سلامت و تأمین پیش‌شرط‌های آن است. با توجه به اینکه در فصل‌های پیشین ضرورت، مبنا و پیش‌شرط‌های این شاخه نوین حقوق بیان شد، در مباحث و گفتارهای بعد، منابع حقوق جهانی سلامت را به‌طور مفصل بررسی می‌کنیم. با توجه به اینکه حقوق جهانی سلامت از شاخه‌های حقوق بین‌الملل عمومی است، لذا به‌منظور تنویر ذهن خواننده و شناخت و آشنایی وی با این رشته حقوقی، در مبحث بعد ابتدا منابع حقوق بین‌الملل عمومی بررسی می‌شود.

مبحث دوم: بررسی منابع حقوق بین‌الملل

چنانکه که گفته شد، حقوق جهانی سلامت در قلمرو حقوق بین‌الملل عمومی قرار دارد. در حقوق بین‌الملل، مانند حقوق داخلی، میان منابع ماهوی و منابع شکلی تفاوت وجود دارد. منابع ماهوی، عوامل واقعی شکل‌گیری قواعد حقوقی هستند که از نظام‌های اجتماعی، سیاسی، اقتصادی یا عقیدتی ناشی می‌شوند، اما منابع شکلی، عناصر ظاهری ایجاد یا تأیید قواعد حقوقی و لازم‌الاجرا هستند. امروزه بخش عمده و اصلی منابع حقوق بین‌الملل در ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری^۷ تجلی یافته است، بدون آنکه در این ماده ذکری از واژه «منابع» شده باشد. تجلی ماده ۳۸ به‌عنوان مقررهای که

^۱ دولت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۴ به این کنوانسیون ملحق شد.

^۲ Regional International Health Regulations

^۳ Legal Mechanisms Relevant to Health

^۴ Quarantine

^۵ International Sanitary Regulations

^۶ Belanger, M., Global Health Law: an introduction, op.cit., p. 22.

^۷ UN (1945), Charter of the United Nations, arts. 92-96 of Statute of the International Court of Justice., art. 38. However, decisions of the ICJ have no binding force except between the parties to the case.

در آن از منابع حقوق بین‌الملل نام برده شده، در واقع بیان یک قاعده عرفی بین‌المللی است، چرا که اساسنامه دیوان، به‌رغم آنکه جزء لاینفک منشور ملل متحد است، ولی همان‌طور که از نامش برمی‌آید، صرفاً یک اساسنامه است، نه معاهده عام موجد منابع حقوق بین‌الملل. عبارت آغازین بند ۱ ماده ۳۸ نیز مؤید آن است که این ماده صرفاً راهنمای دیوان و مبین قواعدی است که دیوان بر اساس آن‌ها، اختلافات ارجاعی را فیصله می‌دهد. طبق ماده یاد شده:

۱- دیوان که وظیفه دارد اختلافاتی را که به آن ارجاع می‌شود، طبق حقوق بین‌الملل حل و فصل کند، (موازین زیر را) به‌مورد اجرا می‌گذارد:

الف- عهدنامه‌های بین‌المللی، اعم از عام^۱ یا خاص^۲.

ب- عرف بین‌المللی به منزله دلیل رویه عام که همچون قاعده حقوقی پذیرفته شده است.

ج- اصول کلی حقوقی که از طرف ملل متمدن به رسمیت شناخته شده‌اند.

د- با توجه به مقررات ماده ۳۵۹ اساسنامه، تصمیمات قضایی و نظریه‌های برجسته‌ترین صاحب‌نظران حقوق بین‌الملل از ملت‌های مختلف، به منزله وسیله فرعی (کمکی) تعیین قواعد حقوقی.

۲- مقررات حاضر، خدشه‌ای به اختیار دیوان در صدور حکم مطابق «قاعده انصاف و خیر»^۴ وارد نمی‌آورد، مشروط به اینکه اصحاب دعوا با آن موافق باشند». بنابراین، طبق مقررات مذکور، منابع حقوق بین‌الملل عبارتند از: معاهدات، عرف و اصول کلی حقوقی. تصمیمات قضایی بین‌المللی و دکترین (نظریه‌ها) منحصراً راه‌های فرعی تعیین قواعد حقوقی هستند، نه در زمره منابع اصلی حقوق بین‌الملل. امروزه ماده ۳۸ اساسنامه دیوان، تصویر کاملی از منابع حقوق بین‌الملل را ترسیم نمی‌کند، بلکه اصل انصاف، اعمال حقوقی یک جانبه کشورها و سازمان‌های بین‌المللی و قواعد آمره نیز هر کدام در تنظیم حقوقی روابط بین‌الملل مؤثرند و می‌توانند به‌عنوان منبع حقوق بین‌الملل ایفای نقش کنند.

ذکر منابع به ترتیب مقرر در ماده ۳۸ اساسنامه دیوان، به هیچ‌وجه به این معنی نیست که بر اساس سلسله مراتب، هر قاعده اعتبار خود را از قاعده بالاتر اخذ کرده باشد، بلکه معاهدات، عرف و اصول کلی حقوقی از حیث اعتبار و آثار حقوقی در یک درجه از اهمیت قرار دارند. با وجود این، دیوان بین‌المللی دادگستری در استناد به موازین مذکور، ابتدا معاهدات - اعم از عام یا خاص - ناظر به فیصله اختلاف طرفین را مدنظر قرار می‌دهد و در صورت فقدان آن‌ها، به مقررات عرفی بین‌المللی - اعم از عام یا خاص - رجوع می‌کند و در نهایت، چنانچه نتواند حکم قضیه را با استناد به معاهدات و عرف بیابد، به اصول کلی حقوقی توسل

در این خصوص همچنین رجوع شود به:

Brownlie, I. (2008), *Principles of Public International Law*, 8th ed., Oxford: Oxford University Press, pp. 19-25.

^۱.General

^۲.Particular

^۳.ماده ۵۹: «آرای دیوان تنها نسبت به کشورهای طرف دعوا و در موردی که موضوع حکم بوده الزام‌آور است».

^۴.Ex aequo et bono

می‌جوید. ضمناً دیوان در عین توجه به منابع یاد شده، در استناد به تصمیمات قضایی گذشته خود از اختیار کامل برخوردار است.^۱

عده‌ای از حقوقدانان معتقدند به‌منظور اینکه راهبرد نظارت بر سلامت جهانی، کارآمد باشد، حقوق جهانی سلامت باید از محدوده‌های سنتی خود یعنی از حیث منابع حقوق بین‌الملل عمومی پا فراتر نهد. لذا منابع حقوق جهانی سلامت تحت عنوان منابع بین‌المللی، منابع ملی و سایر منابع حقوق جهانی سلامت در مباحث پیشرو مورد بررسی قرار می‌گیرند.

مبحث سوم: منابع بین‌المللی حقوق جهانی سلامت

در بحث‌های پیشین ملاحظه کردیم که در جهان بسیار متغیر و جهانی شده، ضرورت حمایت سلامت عمومی با بعد جهانی بسیار قوت گرفته است و ضرورت اساسی، احراز منابع حقوق جهانی سلامت است. حقوق جهانی سلامت مانند هر موضوع حقوقی دیگر، مبتنی بر شماری از معاهدات، عرف و اصول کلی حقوقی است که منبع دیرین و قدیمی این حوزه حقوق را تشکیل می‌دهد. در عمل ارزیابی نقش دقیق هر یک از این منابع به علت تحول مستمر آن‌ها، دشوار است.^۲ در گفتار اول ابتدا معاهدات بین‌المللی توضیح داده می‌شود.

گفتار اول: معاهدات بین‌المللی

از جمله منبع مهم حقوق بین‌الملل مندرج در ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری، معاهده می‌باشد. معاهده، توافق بین دولت‌هاست که تابع مقررات حقوق بین‌الملل است. معاهدات نخست حاکم بر رفتار دولت‌ها هستند. معذک اغلب اثر مهمی بر اشخاص حقوقی از قبیل شرکت‌ها (مثلاً حقوق تجارت) و حقیقی (مثل حقوق بشر) دارند. و یا معاهدات چند ملیتی که نظم را به روابط بین سازمان‌های بین‌حکومتی، دولت‌ها و افراد حاکم می‌کنند.^۳ مدت مدیدی، دولت‌ها، معاهدات (دو جانبه یا چند جانبه) امضا کرده‌اند تا روابط خود راجع به حمایت سلامت مردم خود را سازمان دهند. این معاهدات از نظر محتوا متفاوتند. موضوع آن‌ها می‌تواند دقیق و برای مثال راجع به کنترل و واپایش سلامت مرزها، یا عمومی و برای مثال راجع به کنترل بیماری واگیردار باشد.

از جمله ویژگی این معاهدات این است که توجه دقیق معاهدات از حمایت سلامت مردم معین (از قبیل نظامیان) در زمان درگیری‌های مسلحانه به حمایت سلامت کل مردم و در برابر بیماری‌های واگیردار تغییر یافته است. ظرافت حقوقی آن‌ها نیز تثبیت شده زیرا این مقررات، بسیار هنجاری شده و می‌شوند. و سرانجام،

^۱ضیائی بیگدلی، م. (۱۳۹۱)، *حقوق بین‌الملل عمومی* (چاپ چهل و سوم)، تهران: کتابخانه گنج دانش، ص ۹۴-۹۲.

^۲Belanger, M., *Global Health Law: an introduction*, op.cit., p. 23.

^۳در این خصوص رجوع شود به:

Jackson, J.H. (1997), *The World Trading System: Law and Policy of International Economic Relations*, 2nd ed., Cambridge: The MIT Press, pp. 24-34.

دیده می‌شود شماری از معاهدات سلامت به‌ویژه معاهدات دو جانبه مثلاً همکاری فرامرزی بهداشتی^۱ بین برزیل و اروگوئه در سال ۲۰۰۳ و آلمان و فرانسه در سال ۲۰۰۵، به سمت کنوانسیون سازمان‌های بین‌المللی شکل گرفته و سیر داشته‌اند. و نیز ایجاد سازمان سلامت آفریقای غربی،^۲ نمونه‌ای از کارگزاری تخصصی برای دولت‌های عضو جامعه اقتصادی آفریقای غربی است. با این تفاسیر می‌توان گفت حقوق بین‌الملل موضوعه سلامت «مجموعه قوانین و مقررات بین‌المللی سلامت است که نسبت به کشورها الزام‌آور است». معاهدات مصوب سلامت، کنوانسیون‌ها و نیز مقررات وضع شده توسط سازمان‌های بین‌المللی به‌ویژه سازمان جهانی بهداشت و نیز سایر سازمان‌های ذیصلاح در زمینه سلامت از این مقوله هستند.

گفتار دوم: عرف بین‌المللی

عرف در حقوق بین‌الملل جایگاهی متمایز از عرف در حقوق داخلی دارد. لذا تبیین، نقش و جایگاه عرف در توسعه و اعمال حقوق جهانی سلامت به‌ویژه مستلزم احتیاط است. هم باید از نظر محلی و هم از منظر بین‌المللی با موضوع برخورد نمود. عرف‌های محلی در حقوق سلامت کشورهایی که قوانین و مقررات جدید در مورد سلامت دارند و از عرف‌های سنتی سلامت استفاده می‌کنند، توسعه یافته‌اند، و وارد حقوق جهانی سلامت شده است، برای مثال کشورهای آفریقایی به‌ویژه در مورد طب سنتی، از این زمره‌اند. این پدیده با این وجود، در بین کشورهای با مقررات قدیمی‌تر سلامت مثلاً نمونه آلمانی یعنی پزشکیانی که طب سنتی را اعمال و تجویز می‌کنند،^۳ از میان نرفته است. عرف‌های راجع به حمایت سلامت، به‌طور وسیع در کشورهای جنوب رواج دارند و حتی می‌توانند در مواقعی که حقوق سلامت ملی، عرفی را از نظام حقوقی فراملی وام گرفته باشد به‌ویژه از نظام‌های غربی، به ضد عرف بدل شوند.

قواعد اخلاقی قابل اعمال بر کار متخصصان سلامت، برای مثال، در اعلامیه‌های انجمن پزشکی جهان از قبیل اصلاحیه سوگند ژنو^۴ ۱۹۴۸ اعلام شده‌اند و در اساس ماهیت عرفی دارند اما این موضوع در مورد قواعد اخلاقی قابل اعمال در امور سلامت، چنانکه برای مثال با عبارت اصل منع آزمایش پزشکی نسبت به انسان در پروتکل الحاقی اول ضمیمه کنوانسیون ژنو ۱۹۴۹، مواد ۱۱ و ۱۲^۵ آمده است، صادق نیست. ماهیت عرفی قوی مقررات حقوق بین‌الملل بشردوستانه،^۶ با توجه به اینکه، به‌صراحت حمایت سلامت را چاره‌جویی می‌کنند،^۷ لزوماً به اعتلای حقوق جهانی سلامت مدد رسانده است.

^۱.Cross-Border Sanitary Cooperation

^۲.West African Health Organization, retrieved from <http://www.waho.org>, Last visited (2.4.2016)

^۳.Heilpraktiker

^۴.Geneva Oath

^۵.راجرز، آ. پ. و. (۲۰۰۳)، قواعد کاربردی حقوق مخاصمات مسلحانه، ترجمه: کمیته ملی حقوق بشردوستانه (۱۳۸۲)،

تهران: امیر کبیر، ص ۳۹۱.

^۶.در این خصوص رجوع شود به:

Henckaerts, J-M., Doswald-Beck, L., eds. (2005), *Customary International Humanitarian Law*, Cambridge, Mass: Cambridge University Press, Volume 3, p. 4411.

^۷.Belanger, M., *Global Health Law: an introduction*, op.cit., pp. 25-26.

گفتار سوم: اصول کلی حقوقی

تدوین‌کنندگان ماده ۳۸ اساسنامه دیوان دایمی بین‌المللی دادگستری و دیوان بین‌المللی دادگستری، به‌منظور اینکه منابع بیشتری جهت حل اختلافات در اختیار قضات بین‌المللی بگذارند، اصول کلی حقوقی را مانند معاهدات و عرف در زمره منابع مستقل و مستقیم حقوق بین‌الملل قرار داده‌اند.^۱ اصول کلی حقوقی مطابق با اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری یکی از منابع شکلی حقوق بین‌الملل را تشکیل می‌دهد. گاهی از این منبع تحت عنوان اصول کلی حقوقی و گاه تحت نام اصول حقوق بین‌الملل نام برده می‌شود.^۲ عام بودن این اصول، به قضات این امکان را می‌دهد که در شرایطی متفاوت، این اصول را به‌کار گیرند. این اصول دارای قابلیت انعطاف بوده و می‌توانند در موارد مختلف به‌کار گرفته شوند و حتی خلاً مقررات حقوقی را پر نمایند.^۳ برای اینکه قاعده‌ای، اصل کلی باشد باید در اکثر نظام‌های حقوقی جهان یعنی در حقوق عرفی، حقوق مدنی، حقوق مذهبی برای مثال در شریعت یا حقوق اسلامی و فرهنگ‌های حقوقی ایدئولوژیک برای مثال حقوق سوسیالیستی شناخته شده باشد.^۴

بنا به عقیده رایج، منظور از اصول کلی حقوقی مذکور در ماده ۳۸، اصولی آنچنان به هم بافته و پیوسته به پندار حقوقی است که عملاً در تمام نظام‌های بزرگ حقوقی دنیا یافت شود، و بنا به ضرورت در حقوق بین‌الملل که مورد قبول دولت‌ها است، مورد عمل قرار گیرد. در واقع مقصود از این اصول، همان اصول کلی حقوق داخلی «در حال اجرا» است. بنابراین، اقتدار اعطایی به دیوان، عبارت است از صلاحیت احراز اصول برقرار شده، که از گذشته در حقوق داخلی کشورها موجود بوده است.^۵

اصول کلی حقوقی نقش مهمی در توسعه حقوق سلامت ایفا کرده‌اند. این اصول به‌گونه‌ای واضح مورد استفاده حقوق موضوعه اعم از ملی و بین‌المللی بوده است. وجود اصول کلی حقوقی در حقوق جهانی سلامت که تعدادی از آن‌ها اصول اساسی حقوق محسوب می‌شوند واضح است در این میان دو مقوله اصول کلی حقوقی به توسعه سلامت کمک می‌کنند. اولین مقوله، بین سایر شاخه‌های حقوق مشترک و حاکم است و حقوق جهانی سلامت آنرا به سادگی می‌پذیرد. دومین مقوله اصول کلی حقوقی، آن‌هایی است که ویژه حقوق جهانی سلامت هستند.

^۱. ضیائی بیگدلی، م.، پیشین، ص ۱۷۸.

^۲. امین‌زاده، ا.، علیزاده، م. (۱۳۹۲)، اصول کلی حقوقی و حاکمیت دولت‌ها: مشارکت منبع فراموش شده در ساخت حقوق بین‌الملل، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۳، شماره ۱، صص ۷۲-۱۷۱.

^۳. ویرالی، م.، (۱۹۸۵)، تفکری بر تئوری حقوق فراملی، ترجمه: ناصر صبح خیز (۱۳۶۴)، مجله حقوقی، دفتر خدمات حقوقی بین‌المللی، شماره ۳، ص ۱۰۲.

^۴. Steiner H.J., et al. (2008), *International Human Rights in Context: Law, Politics, Moral* (3rd ed.), Oxford: Oxford University Press, pp. 85-96.

^۵. ضیائی بیگدلی، م.، پیشین، ص ۱۸۰.

اول اینکه برخی اصول کلی حقوقی که حقوق جهانی سلامت از آنها استفاده و بهره‌برداری می‌کند در سایر قلمروهای حقوقی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند. حقوق جهانی سلامت از آن اصول کلی حقوقی استفاده می‌کند که می‌توان آنها را اصول بنیادین و نیز اصول اساسی حقوق نامید و مدت‌های مدید در حقوق ملی و بین‌المللی استفاده شده‌اند.

در میان اصول بنیادین در سطح ملی، باید اصل آزادی^۱ یعنی اصل انتخاب آزاد متخصص سلامت توسط بیمار، یا در سطح بین‌المللی اصل گردش آزاد متخصصان سلامت، بیماران و فراورده‌های سلامت و همچنین اصل عدم تبعیض^۲ که تبعیض راجع به دسترسی به خدمات سلامت و پیشگیری را رد می‌کند را به‌خاطر داشته و به آن توجه ویژه نشان داد. این اصول به این دلیل که بخشی از ابزار حقوقی داخلی هستند توسط شماری از نظام‌های ملی، مورد پذیرش واقع شده است و اینک در فرایند بین‌المللی شدن قرار دارند که این امر موجب گردیده نه تنها نظام‌های ملی بر آن باشند که آنها را تثبیت کنند، بلکه می‌کوشند موجب توسعه آنها نیز شوند.

در مورد اصل کرامت^۳ که اینک نقش مهمی در این میان ایفا می‌کند و مثال آن رویه قضایی دادگاه حقوق بشر اروپا است، نیز همین وضع مطرح است و همچنین اصل تناسب^۴ که کاربردهای معینی در حقوق جهانی سلامت دارد و در مقررات نورنبرگ مطرح و بیان شد.

اعلامیه جهانی راجع به اخلاق زیستی و حقوق بشر،^۵ مصوب ۱۹ اکتبر سال ۲۰۰۵ یونسکو، مثال دیگری از این مقررات و متن‌های بین‌المللی جدید است که اصولی از این دست؛ هم اصول کلاسیک و قدیمی مانند اصل برابری، در ماده ۱۰، اصول بدیع‌تر مانند اصل همبستگی، در ماده ۱۳، که منافع حاصل از پژوهش علمی در اخلاق زیستی را بین کشورهای صنعتی و کشورهای در حال توسعه به مشارکت می‌گذارد و نیز اصول نوظهور دیگر، نظیر اصل احترام برای تنوع فرهنگی^۶، در ماده ۱۲ را پذیرفته‌اند.

این امر که اصول بنیادین حقوق، گرایش به تکثیر و گسترش دارند، دلیلی بر تجدید مقوله اصول کلی حقوقی معروف به اصول قدیمی از قبیل اصل برابری^۷ که نسبت به حقوق جهانی سلامت به شیوه‌ای نوین و در عرصه ویژگی‌ها و خصایص ژنتیکی اجرا می‌شود یا اصل حمایت که همراه با اصل احتیاط به‌کار می‌رود،^۸ است.

همچنین باید از اتحادی نام برد که بین اصل مسئولیت و اصل حمایت شکل می‌گیرد و بر آن است تا اصل مسئولیت را برای حمایت بپذیرد. اصول کلی حقوق جهانی سلامت، انکارناپذیرند. تفکیک این اصول ویژه از قبیل اصل حقوق بشری برخورداری از تمامیت جسمی،^۹ اصل نظم سلامت عمومی^۱ یا اصل استقلال

1. Freedom Principle

2. Principle of Non-Discrimination

3. Principle of Dignity

4. Principle of Proportionality

5. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights

6. The Principle of Respect for Cultural Diversity

7. Principle of Equality

8. Principle of Precaution

9. Principle of Human Right to Physical Integrity

پزشکان^۲ دشوار است. زیرا این اصول عام و جهان‌شمول هستند. معذک این اصول محدودیت‌هایی نیز دارند. بدین صورت که معنی حقوقی و اعتبار اصول کلی حقوقی، متنوع است. به‌علاوه، همانند سایر شاخه‌های حقوق، اصول کلی حقوقی بر دولت‌ها تنها به‌صورت نسبی اعمال می‌شوند.

معذک باید بپذیریم که امروزه بیش از پیش، توسعه حقوق جهانی سلامت به سمت ظهور اصول کلی به‌مثابه اصول کلی مشترک بین نظم حقوقی دولت‌های معین مانند حقوق سلامت جامعه اروپا در رابطه با اصل اقامت آزاد^۳ متخصصان سلامت در قلمرو جامعه اروپا، یا دولت‌ها به‌طور کل؛ نظیر اصل برابری سلامت در سازمان جهانی بهداشت که برابری سلامت را، از برابری از نظر دسترسی خدمات سلامت متمایز کرده و این تمایز اساسی بین برابری نسبت به خدمات سلامت، منتهی به برابری از نظر خدمات مراقبت سلامت شده، گراییده است.^۴

آنگونه که گفته شد حق بر سلامت، یکی از مبانی حقوق جهانی سلامت است و این حق باید در سطح ملی به رسمیت شناخته شده و تثبیت شود. حق بهره‌مندی از بالاترین معیارهای قابل دسترسی سلامت، مانند سایر حقوق مربوط به نسل دوم، در قانون اساسی اکثر کشورها قید شده است و مراجع ملی، تصمیمات گوناگونی برای حمایت از این حقوق به‌مثابه حق اساسی افراد اتخاذ کرده‌اند. در مبحث بعد به بررسی منابع حقوق جهانی در سطح ملی که به سهم خود می‌تواند موجب اعتلای حقوق اخیر گردد، پرداخته می‌شود.

مبحث چهارم: منابع ملی حقوق جهانی سلامت

در سطح ملی، استفاده از متن‌های هنجاری سلامت، اعمال صلاحیت دولت در این عرصه را بازتاب می‌دهد. دولت‌ها همواره عناصر فراملی از قبیل اعلام وضع بیماری‌های واگیردار را لحاظ می‌کنند که آن‌ها را وادار به انعقاد معاهدات بین‌المللی مانند کنوانسیون‌های بین‌المللی سلامت سده‌های ۱۹ و ۲۰ می‌نماید. همچنین دولت‌ها عضو سازمان‌های بین‌المللی می‌شوند که متن‌های هنجاری را به نفع آن‌ها وضع و برقرار می‌کنند. متن‌های منابع ملی حقوق سلامت به‌نحو روز افزون، علایم ارتباط با حقوق جهانی سلامت را با خود دارند. با وجود این، متن‌ها و مقررات ملی حقوق سلامت، ویژگی خود را به علت ویژگی‌های وضعیت‌های بهداشتی^۵ و جنبه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی کشورهای مختلف حفظ می‌کنند. منابع داخلی را می‌توان در قانون اساسی، قانون عادی و رویه قضایی ملاحظه کرد. در گفتارهای بعد این موارد بررسی می‌شوند.

^۱. Principle of Public Health Order

^۲. Principle of Physicians' Independence

^۳. Principle of Free-Settlement

^۴. در این خصوص رجوع شود به:

WHO (1995), *World Health Report, Bridging the Gaps, Report of the Director-General*, Geneva: WHO, in chapter 3, charting the future, p. 82.

^۵. Sanitary

گفتار اول: قانون اساسی

معدودی از قانون‌های اساسی به‌صراحت به حقوق سلامت اشاره می‌کنند. معذک، شماری از قانون‌های اساسی کشورهای صنعتی چنین صراحتی ندارند. برای مثال قانون اساسی سال ۱۹۵۸ فرانسه، اشاره مستقیم به حقوق سلامت نکرده، و قانون اساسی جمهوری فدرال آلمان از اصطلاح سلامت استفاده نمی‌کند. اما قانون اساسی جمهوری فدرال آلمان معذک بند ۲ ماده ۲ مقرر می‌کند که «هر کس از حق زندگی و تمامیت جسمی برخوردار است». از سوی دیگر، بسیاری از قانون‌های اساسی کشورهای جنوب به‌صراحت از سلامت نام می‌برند.

از میان قانون‌های اساسی که از سلامت نام می‌برند، دو گروه را می‌توان معرفی کرد. اولی مرکب از قانون‌های اساسی ای است که صرفاً حق بر سلامت را ذکر می‌کنند، از قبیل ماده ۲۷ قانون اساسی آفریقای جنوبی، ماده ۳۱ قانون اساسی عربستان سعودی و بند ۲ ماده ۲۵ قانون اساسی ژاپن ۱۹۴۷. گروه دیگر مرکب از قانون‌های اساسی است که درباره اجرای حق بر سلامت وارد تفصیل شده‌اند. برزیل، سنگال و ... از این زمره‌اند. همچنین باید به مقدمه قانون‌های اساسی اشاره کرد. مقدمه قانون اساسی فرانسه اعلام می‌کند که «حکومت برای همه و به‌ویژه برای کودکان، مادران و کارگران مسن، حمایت از سلامت آن‌ها را تضمین می‌کند».

قانون اساسی ایران^۱ در بند ۱۲ اصل ۳ «پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه» را از وظایف دولت قلمداد کرده است. و یا در بند ۴ اصل بیست و یکم، با رعایت موازین

^۱ در حقوق ایران یک رشته مقررات کلی به موضوع حق بر سلامت پرداخته‌اند و در آن‌ها جنبه‌هایی از حقوق راجع به سلامت مطرح و مقرر شده است. جهت کسب اطلاعات بیشتر در این خصوص رجوع شود: پورسعید، ف.، پیشین، ص ۵۵۳-۵۵۲؛ حاجتی اشرفی، غ. (۱۳۷۹)، مجموعه قوانین اساسی و ملنی، تهران: گنج دانش، ص ۲۰-۱۸؛ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (۱۳۸۲)، تهران: معاونت تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات ریاست جمهوری، ص ۱.؛ طالع خرسند، ه. (۱۳۸۴)، قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، تهران: انتشارات جمال‌الحق، ص ۸۸-۹۴؛ مجموعه قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۳)، تهران: معاونت پژوهش، تدوین و تنقیح قوانین و مقررات، زمستان، صص ۱۱۴-۱۱۲؛ تصویب‌نامه هیأت وزیران، (تصویب‌نامه شماره ۲۳۷۲/ت ۳۰۳۰۷ مورخ ۱۳۸۳/۳/۱۰، روزنامه رسمی، به نقل از شماره ۱۷۵۰۸-۱/۲۲/۱۳۸۴).؛ مجموعه برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۹)، تهران: معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس‌جمهور، صص ۶۴-۵۸.؛ جعفرزاده، ع. (۱۳۷۵)، قانون کار و تأمین اجتماعی با آخرین اصلاحات، (تهران: شرکت چاپ و نشر بازگانی، صص ۴۲-۴۰.؛ محمدنوری، ع. (۱۳۸۴)، مجموعه قوانین و مقررات اداری و استخدامی، تهران: شرکت تعاونی سازمان معین ادارات، ص ۳۵۰؛ کین، ب. (۱۳۸۴)، جنبه‌های حقوقی فناوری ژن، ترجمه: محمدعلی نوری و رضا نخجوانی (۲۰۰۵)، تهران: انتشارات گنج دانش، ص ۶۳؛ منشور حقوق شهروندی (۱۳۹۲)، (گام اول: اصول کلی، برنامه و خط‌مشی دولت)، تهران: معاونت حقوقی ریاست جمهوری با همکاری مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری، صص ۲-۳، عباسی، م. و دیگران، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران، پیشین، صص ۱۹۶-۱۸۷.

اسلامی، تضمین حقوق زن را در تمام جهات از قبیل؛ «بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست» را از وظایف دولت می‌داند. و در اصل بیست و نهم مقرر شده است: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی». دستیابی کامل به حقوق جهانی سلامت، مستلزم به رسمیت شناختن جهانی حق بر سلامت در قوانین اساسی و داخلی کشورها است. لذا قانون عادی نقش مهمی در اعتلای حقوق جهانی سلامت دارند.

گفتار دوم: قانون عادی

کشورها، دارای قوانین متنوع و متفرق هستند. این وضع در بیشتر مجموعه‌های قوانین کشورها مانند قانون سلامت، قانون دارویی و ... قابل ملاحظه است. از اینرو در کشورهای شمال، مقررات موضوعه از این دست دارند. در این خصوص می‌توان قانون سلامت عمومی مصوب ۱۹۵۳ فرانسه را نام برد.

مقررات مربوط به سلامت در کشورهای جنوب از ویژگی خاص برخوردارند، در حالی که مقررات راجع به اخلاق زیستی در کشورهای شمال جامع‌ترند. این دوگانگی متن‌های قانونی اینک کمتر شده و گرایش به سوی عمومی شدن قوانین و آیین‌نامه‌های سلامت؛ هم از رهگذر اقتباس و هم به لحاظ فشار حقوقی بین‌المللی اعمال شده به موجب اقدام‌های هنجاری سازمان‌های بین‌المللی، قوت گرفته است. با توجه به اهمیت حق بر سلامت، دولت‌ها به هنگام وضع قانون اعم از اساسی یا عادی همیشه مقوله سلامت را در نظر گرفته و بنا به موضوع قانون به آن توجه می‌کنند. در ایران با تصویب قوانین بودجه سالیانه و همچنین طرح تحول نظام سلامت به امر سلامت پرداخته شده است. در این خصوص در گفتار قبل توضیح داده شد.

گفتار سوم: رویه قضایی ملی

رویه قضایی، در تفسیر و اعمال قانون نقش دارد. این امر بر همه مقولات رویه قضایی حاکم است خواه اداری یا حقوقی یا مربوط به قانون اساسی باشند. در آمریکا و فرانسه، رویه قضایی برای اجرای حقوق جهانی سلامت اهمیت فراوان دارد. در فرانسه شورای اداری قانون اساسی، وجود حقوق سلامت را در سال ۱۹۷۸ پذیرفته است.^۱ در آمریکا اغلب دعوی حقوقی علیه متخصصان امر سلامت مطرح و خسارت مطالبه می‌شود. برای برقراری نظام جامع و صحیح رویه قضایی در سطح ملی، تضمین اساسی حمایت حقوق بیماران لازم است. در ایران نیز آرای در مورد مسئولیت پزشکی یا سلامت صادر شده است از جمله آرای راجع به بیماران هموفیلی در راستای حقوق جهانی سلامت، نوعی رویه قضایی ایجاد کرده است.

مبحث پنجم: سایر منابع حقوق جهانی سلامت

علاوه بر منابعی تا کنون در خصوص حقوق جهانی سلامت گفته شد، این حقوق به دلیل گستردگی

^۱ در این خصوص رجوع شود به:

Duguet, A-M. (2001), *Jurisprudence Professionnelle Medicaux*, Paris: Berger-Levrault, p. 361.

جهانی خود از عوامل فرعی و کمکی دیگر مقرر در قسمت اخیر بند ۱ ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری برای تحقق اهداف و رسالت خود بهره می‌گیرد. در حقیقت این عوامل به شناخت بیشتر این حقوق کمک می‌کنند. در مطالب بعدی به رویه قضایی بین‌المللی، دکترین و اصل انصاف پرداخته می‌شود.

گفتار اول: رویه قضایی بین‌المللی سلامت

منظور از رویه قضایی بین‌المللی، آرای دادگاه‌های بین‌المللی است.^۱ تصمیمات یا رویه قضایی بین‌المللی می‌تواند سابقه، رویه و راهنمای اطراف دعوا بوده و برای تعیین مفهوم و حدود قلمرو حقوق جهانی سلامت تأثیر به‌سزایی دارند. لذا رویه قضایی در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی، جایگاه مهم کسب کرده است، و به اعتلای حقوق جهانی سلامت کمک می‌کنند. مقررات بین‌المللی سلامت، امکان رجوع به دیوان بین‌المللی دادگستری را فراهم می‌کند تا اختلافات بین‌المللی در خصوص حق بر سلامت حل و فصل شوند. کاربرد اولیه ماده ۹۳ اصلاح مقررات بین‌المللی بهداشت^۲ مصوب سال ۱۹۵۱ در سال ۱۹۷۰ صورت گرفت تا اختلاف بین ترکیه از یک‌طرف و رومانی و بلغارستان از سوی دیگر حل و فصل شود. این اختلاف راجع به اعمال مقررات درباره وبا بود. در نهایت موضوع با حصول توافق بین کشورهای ذیربط خاتمه یافت و دیوان در این خصوص رأی صادر نکرد.^۳ در روش حل اختلاف مقرر از سوی سازمان تجارت جهانی، مقرراتی وجود دارند که می‌توان آنرا در مواردی که اختلاف نسبت به حمایت سلامت مطرح است به‌کار بست مثلاً در مورد گوشت حاوی هورمون، مسأله اصلاح ژنتیکی ارگانسیم‌ها قابل استفاده بوده است.

با توجه به نقش رویه قضایی بین‌المللی سلامت، کیفری تلقی کردن آسیب‌های سلامت افراد و جرم انگاشتن آسیب‌رسانی به اشخاص که منجر به ایجاد رویه قضایی گردد نیز، در سطح بین‌المللی با اقبال رو به رو بوده است. تصمیم مربوط به پرونده آکاییسو^۴ در سال ۱۹۹۸ در دادگاه بین‌المللی کیفری رواندا مؤید این گرایش است. در این پرونده، دادگاه بین‌المللی کیفری رواندا به دلیل اعمال جنایت ضد بشری و انجام دیگر اعمال غیر انسانی ناقض قواعد بنیادین حقوق بین‌الملل که به‌طور عمده، منجر به «درد و رنج زیاد یا صدمه جدی به جسم یا سلامت روحی و جسمی» جمع‌زیدی از قربانیان اقدام تروریستی گشت را مطابق ماده ۷

^۱ ضیائی بیگدلی، م.، پیشین، ص ۱۸۶.

^۲ نام این سند در سال ۱۹۵۱ «مقررات بین‌المللی بهداشت» بود که پس از تجدیدنظر در سال ۱۹۶۹، واژه «سلامت» جایگزین واژه بهداشت شد. در این خصوص در بخش بعد توضیح داده می‌شود. ماده ۹۳ مقرر می‌دارد: «با توجه به اهداف این مقررات، دوره کمون تب راجعه، هشت روز است».

^۳ به تعدادی از آراء صادر شده دیوان در این زمینه در فصل بعد اشاره می‌شود.

^۴ University of Minnesota, Human Rights Library (1998), Prosecutor v Jean-Paul Akayesu, Case No.: ICTR-96-4-T, Judgment, T. Ch. I., p. 580.

اساسنامه خود، جنایت ضد بشری اعلام و محکوم کرد.^۱ علاوه بر سطح بین‌المللی، رویه قضایی در سطح منطقه‌ای نیز، جایگاه مهم دارد. در گفتار بعد به توضیح آن پرداخته می‌شود.

گفتار دوم: رویه قضایی منطقه‌ای سلامت

جنبش بین‌المللی کردن صلاحیت امور سلامت از سوی دولت‌ها یا سازمان‌های بین دولتی از قبیل کمیسیون بین‌آمریکایی حقوق بشر برای سازمان دولت‌های آمریکایی یا دادگاه حقوق بشر اروپا برای شورای اروپا قابل استفاده و رجوع افراد از حیث موارد نقض حق بر سلامت بیماران ایدز، معلولان ذهنی یا جسمی و ... هستند. از سوی دیگر دیوان دادگستری اتحادیه اروپا، ارزش رویه قضایی در حقوق اروپا را نشان داده است. این دیوان به‌طور نظام‌مند، موارد نقض حقوق سلامت اتحادیه اروپا به‌طور مثال در مواقعی که آیین‌نامه یا رهنمودهای سلامت، اجرا نمی‌شوند را محکوم می‌کند.

گفتار سوم: دکترین

منظور از دکترین، عقاید جمعی دسته‌ای از علمای حقوق و نه عقاید و نظرات فردی آنان است. دکترین هرچند منبع واقعی و مستقل حقوق بین‌الملل نیست اما نقش بسزایی در تحول و تکامل حقوق بین‌الملل دارد.^۲ در خصوص حق بر سلامت و حقوق جهانی سلامت، حقوق‌دانان نظرات ارزشمندی را ارائه کرده‌اند که در ادامه مطلب به توضیح آن‌ها پرداخته می‌شود. برخی حقوق‌دانان و علمای روابط بین‌الملل،^۳ منافع ملی و امنیت، توسعه داخلی و جهانی اقتصاد و حقوق بین‌الملل بشر را به‌عنوان سه ضابطه یا مبنا برای همیاری در سلامت جهانی و اعتلای حقوق جهانی سلامت پیشنهاد کرده‌اند. تحقق ضابطه‌های مزبور جزء اهداف تلقی شده و تلاش‌های بسیاری صرف اجرا و تحقق آن‌ها شده است. اگر «خلاً اخلاقی»^۴ نیز وجود داشته، رویکردها و راهبردهای حقوق بشر آنرا پر کرده و اثری معتدل داشته‌اند. نمونه مربوط در این زمینه، اقدام سازمان جهانی بهداشت در مهار و درمان ایدز بوده است.^۵ این حقوق‌دانان معتقدند، حقوق بین‌الملل سلامت،

^۱ در این خصوص رجوع شود به: نمایان، پ. (۱۳۹۰)، صلاحیت قضایی دیوان کیفری بین‌المللی در رسیدگی به تروریسم، فصلنامه مطالعات راهبردی، سال چهاردهم، شماره اول، ص ۵۹-۸۴.

^۲ ضیائی بیگدلی، م.، پیشین، ص ۱۸۶.

^۳ در این خصوص رجوع شود به:

Kickbusch, I. , Global Health Governance: Some Theoretical Considerations on the New Political Space, in health impacts of globalization: towards global governance, at 192 (chapter Kelley Lee Abbott, eds.) ; Fidler, D.P., op.cit., pp. 842-49. ; Walt, G., Buse, K., & Harmer, A. (2012), Global Cooperation in International Public Health, in International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies 667, 674-78 (chapter 17, chapter Micheal H. Merson, et al.), retrieved from www.jonesandbartlett.com ; www.ilonakickbusch.com, Last visited (1.4.2016)

^۴ Moral Gap

^۵ در این خصوص رجوع شود به:

Farmer, P. (2003 -4), *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, California Series in Public Anthropology, pp. 18-19, 74-77, 194-95. ; Annas, G.J. (2003), *The Right to Health and the Nevirapine Case in South Africa*, U.S. National Library of Medicine, *New England Journal Medicine*, 348 (8), 750, 754.

ابزار، مواد و منابع حقوق جهانی سلامت است.^۱ در این میان، نظریه قرارداد اجتماعی راجع به سلامت اهمیت فراوان دارد. قراردادگرایی، مکتب فلسفی و سیاسی است که دولت‌ها را به‌مثابه قراردادهای اجتماعی می‌بیند. بدین معنی که به موجب آن شهروندان هر کشور موافقت می‌کنند از مقام یا مرجع ناظر و حاکم که کمک‌ها و اعانه‌های مربوط به تأمین منافع همه، برای مثال، منافع دفاع از کشور، پلیس، زیرساخت‌های جمعی، حمایت اجتماعی و آموزش، تأمین سلامت را جلب می‌کند، حمایت کنند. قرارداد اجتماعی مستلزم آن است که روش تحصیل توافق برای مرجع نظارتی باشد تا «رضایت افراد تحت نظارت» را جلب و تحصیل کند.

«رالز» فیلسوف معاصر و نظریه‌پرداز قراردادگرایی می‌گوید: «نمایندگان گروه‌های جامعه مدنی تحت «حجاب جهل» (جاهل از اینکه چه گروهی را نمایندگی می‌کنند) در صدد هستند که قرارداد اجتماعی را تدوین و تنظیم کنند. چنین قراردادی متضمن احترام به آزادی‌های اساسی و سطح حداقلی از «عدالت توزیعی» است. رالز در طرح نظریه خود از عدالت، فرض می‌کند که همه به توزیع درآمد رضایت می‌دهند به‌گونه‌ای که فرصت‌های برابر برای همه تضمین شود و آنرا شرط جامعه پایدار می‌داند. برخی از وارثان روشن‌فکر رالز، استدلال او را به سطح جهانی، تسری و گسترش داده‌اند. جامعه جهانی به‌نظر آن‌ها مستلزم آزادی‌های اساسی و حداقلی از عدالت توزیعی در سراسر جهان است.^۲

«سلامت بین‌المللی» نیز در خطوط قراردادگرایی عمل می‌کند. بر خلاف نظام‌های همبسته درون حکومت‌ها مانند حمایت اجتماعی یا بیمه سلامت که تحت حمایت دولت قرار دارند و هدف آن‌ها دایمی است، همه کمک می‌کنند و همه، منافع را همواره دریافت می‌کنند.^۳

گاستین معتقد است مساعدت بین دولت‌ها، امری موقت است. بنابراین، قلمرو مساعدت مالی بین‌المللی در امر سلامت، به کشوری مفروض، بر حسب ظرفیت مورد انتظار آن کشور به تولید منابع مالی اضافی برای سلامت بستگی دارد. در هر کشور (خاص) باید قرارداد اجتماعی درباره همکاری مردم در امر اعتلای سلامت خود وجود داشته باشد. از نظر سلامت جهانی، کمک بین‌المللی در امر سلامت را باید نوعی اعتلا و ارتقای

^۱. Woodward, D., Smith, R.D., eds. (2003), *Global Public Goods and Health: Concepts and Issues*, in *Global Public Goods for Health: Health, Economic, and Public Health Perspectives*, p. 3 (chapter Richard D. Smith et al., eds.), retrieved from: www.who.com, Last visited (1.4.2016); Jamison, D., Frenk, J., & Knaul, F. (1998), *International Collective Action in Health: Objectives, Functions, and Rationale*, *The Lancet*, 351 (9101), p. 514.

^۲. عدالت یکی از ضروری‌ترین مفاهیم حوزه‌های مختلف علوم و به‌عنوان یک ارزش در تاریخ بشر مورد توجه اکثر مکاتب و جوامع بشری بوده است. بر اساس عدالت هر فرد انسانی حق دارد که در تمام طول عمر خود از امکانات بهداشتی و درمانی برای رسیدن به حد اعلاای سلامت برخوردار گردد و به‌عنوان موجودی الهی لایق بهترین، کارآمدترین و ایمن‌ترین خدمات سلامت است. لذا نابرابری در سلامت را می‌توان از معیارهای بی‌عدالتی اجتماعی به حساب آورد و اخلاق پزشکی، عدالت توزیعی را یکی از تعهدات و الزامات ناشی از عدالت می‌داند. در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م. و دیگران (۱۳۸۸)، عدالت در سلامت و جایگاه آن در اخلاق پزشکی، فصلنامه اخلاق پزشکی سال سوم، شماره دهم، ص ۱۱ و ۲۴.

^۳. Prah Ruger, J., op.cit., pp. 428- 29.

منافع مردم کشورهای غنی نیز دانست. عده‌ای معتقدند سلامت جهانی در ابتدا وابسته به کمک خارجی است. زیرا دولت‌های ضعیف و فقیر، ظرفیت ارابه این خدمات را نداشته‌اند و از طرف دیگر، کشورهای ثروتمند و غنی، اراده عرضه این خدمات را نداشته‌اند. این تصور بسیار ساده‌انگارانه است، زیرا پیشرفت‌های اصیل در زمینه سلامت، مستلزم «همبستگی جهانی»^۱ است و همه کشورها و ذینقش‌ها باید مسؤولیت متقابلی نسبت به امر سلامت، عهده‌دار شوند. وظیفه اصلی دولت، تأمین سلامت شهروندان خود همراه با تعهد جامعه بین‌المللی به توسعه این ظرفیت است.

وظیفه اول دولت مستلزم آن است که مالکیت و منبع کافی برنامه‌های سلامت را در اختیار بگیرد و اما تعهد دوم، مستلزم ارابه نظریه نوینی از کمک بین‌المللی است. «کمک سلامت» فرض را بر رابطه خیرخواهانه خیریه و نیاز دریافت کننده می‌نهد. پس سلامت تعهدی مشترک و برابر است. همبستگی جهانی، مشارکت برابر همه عامل‌ها اعم از اینکه داخلی یا بین‌المللی باشند را طلب می‌نماید و لازم است سهم منصفانه خود را ایفاء و شرایط مردم را برای سالم و ایمن بودن در همه جا، فراهم کنند.^۲

اگر جهان به سبک رالز تصور شود که هر انسان می‌خواهد در جهانی زندگی کند که از غذای مقوی، آب آشامیدنی سالم، بهداشت و سلامت، جاده‌های امن برخوردار و فارغ از عامل‌های مضر و مزاحم باشد، باید دسترسی کامل به خدمات سلامت و درمان بیماری داشته باشد. اینگونه به نظر می‌رسد که رالز به دنبال حداکثر نمودن حداقل‌ها است، حداقل‌هایی که می‌توانند تضمین کننده عدالت اجتماعی باشند. هر کس مایل است در محیطی مقیم باشد که شرایط زندگی سالم (راهبرد سلامت عمومی پیشگیری کننده) داشته باشد تا پس از بیماری، دسترسی به خدمات سلامت و درمان میسر باشد. از نظر نگارنده در عصر حاضر با توجه به آگاهی جامعه جهانی از تأثیر متقابل فقر در کشورهای کمتر توسعه یافته نسبت به کشورهای پیشرفته، نظریه عدالت رالز می‌تواند راه‌گشای چالش‌های پیش‌روی مقوله سلامت و حقوق مرتبط باشد. بدین ترتیب جامعه بین‌المللی با اتخاذ این نظر می‌تواند دیدگاه طرفین موضوع را با نگاهی بی‌طرفانه بررسی نموده و در جستجوی راه‌حلی منصفانه و متناسب با زمان حاضر باشد. در گفتار بعد این موضوع در قالب اصل انصاف توضیح داده می‌شود.

گفتار چهارم: اصل انصاف

با توجه به ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری، اصل انصاف نیز در تنظیم حقوقی روابط بین‌الملل مؤثر بوده و می‌تواند به‌عنوان منبع حقوق بین‌الملل ایفای نقش کند. بند ۲ ماده ۳۸ اساسنامه دیوان مزبور مقرر داشته است: «مقررات حاضر، خدشه‌ای به اختیار دیوان در صدور حکم مطابق قاعده «صلاح و صوابدید»^۳ وارد

1. Global Solidarity

2. Gostin, L.O., op.cit., p. xiii.

3. Ex aequo et bono

نمی‌آورد، مشروط به اینکه اصحاب دعوا با آن موافق باشند.^۱ آنچه ماده ۳۸ از آن یاد می‌کند، اصل «صلاح و صوابدید» است و نه به‌طور دقیق «اصل انصاف». در مورد دامنه شمول اصل صلاح و صوابدید و اصل انصاف اختلاف نظر وجود دارد. و این تفسیر وجود دارد که در رجوع به قاضی باید اصل صلاح و صوابدید و در رجوع به داور، اصل انصاف را در نظر گرفت. در مجموع، چنین به نظر می‌رسد که اصل انصاف دارای معنی و مفهومی گسترده‌تر از اصل صلاح و صوابدید است. به همین جهت، موضوع با عنوان «اصل انصاف» مورد بررسی قرار می‌گیرد.^۲

حقوق سلامت از مفهوم منصفانه بودن در حقوق داخلی یا بین‌المللی و رویه قضایی بین‌المللی مایه گرفته است. در مبحث مبانی گفته شد، به نظر «راگر»، نظریه هنجاری حقوق جهانی سلامت، بر پایه نظریه «سلامت و عدالت اجتماعی» تنظیم شده است. وی، این نظریه را به ایفای نقش حقوق بین‌الملل در سلامت تسری می‌دهد. این نظریه، شکوفایی، رفاه و سعادت انسان را به مثابه هدف نهایی جامعه جهانی، و نیز از جمله اهدافی می‌داند که حقوق جهانی سلامت، از آن به عنوان «انصاف در سلامت» یاد می‌کند.^۳ مراد و هدف از مفهوم سلامت جهانی عدالتمند، «عبارت از نیل همه انسان‌ها به بالاترین معیار دست یافتنی سلامت جسمی و روحی و توزیع عادلانه آن است».

توزیع منصفانه منابع و منافع سلامت برای مردمانی با بیشترین فقر و کمترین سلامت در جهان (فقیرترین و کم سلامت‌ترین مردم جهان) و همچنین دسترسی منصفانه و به‌موقع به خدمات اساسی، مبنای اخلاقی حقوق جهانی سلامت است و کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آنرا از جمله «عامل‌های تعیین‌کننده و اساسی سلامت و درمان» بیان کرده است. تنظیم اولویت یکی از چالش‌های بزرگ برای سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت است، زیرا تقاضا برای خدمات سلامت خیلی بیشتر از منابع موجود می‌باشد و اولویت‌های سلامت بایستی طوری تنظیم شوند که استفاده صحیح از منابع برای برآورده کردن نیازهای سلامت جامعه را تضمین کنند. لذا علم اخلاق و رویکردهای اخلاقی نیز بر منصفانه بودن در تخصیص منابع برای برآورده کردن نیازهای سلامت متمرکز است.

گفته شد «کمک سلامت» فرض را بر رابطه خیرخواهانه خیریه و نیاز دریافت کننده می‌نهد. پس سلامت تعهدی مشترک و برابر است. همبستگی جهانی، مشارکت برابر همه عامل‌ها اعم از اینکه داخلی یا بین‌المللی باشند را طلب می‌نماید و لازم است سهم منصفانه خود را ایفاء و شرایط مردم را برای سالم و ایمن بودن در همه جا، فراهم کنند.^۴

^۱ضیایی بیگدلی، م.، حقوق بین‌الملل عمومی، پیشین، ص ۸۸.

^۲همان، ص ۱۷۲-۱۷۱.

^۳Prah Ruger, J., op.cit., p. 425.

^۴Gostin, L.O., op.cit., p. xiii.

راهبرد سازمان جهانی بهداشت، چند خط‌مشی بنیادی را به‌عنوان مبنای خود شناسایی می‌کند که در میان آن‌ها «توزیع منصفانه منابع سلامت میان و درون کشورها»، «هماهنگ کردن توسعه سلامت با توسعه اقتصادی» و «استفاده کامل‌تر و بهتر از منابع جهان برای ارتقای سلامت و توسعه»، اهمیت خاص و ویژه دارد.^۱ پس مراقبت‌های سلامت درمانی باید به‌صورت منصفانه برای تمامی مردم فراهم آید و نه اینکه بیشترین خدمات برای درصد کمی از مردم تأمین، و در مقابل، گروه زیادی، از حداقل مراقبت‌های سلامت درمانی، محروم شوند. در مباحث بعدی به بررسی و توضیح معاهدات و مقررات وضع شده در خصوص حقوق جهانی سلامت پرداخته می‌شود.

مبحث ششم: معاهدات و مقررات موضوعه حقوق جهانی سلامت

رویه عمومی بین‌المللی، موجودیت و اعتبار دسته‌ای از اعمال حقوقی را به آن جهت که تجلی اراده یک تابع حقوق بین‌الملل است، به رسمیت شناخته است. با توجه به اهمیت حق بر سلامت در سطح ملی و بین‌المللی، همه سازمان‌های بین‌المللی، سازمان‌های غیردولتی، سازمان‌های خیریه و مردم نهاد و به‌طور کلی همه سازمان‌های دست‌اندرکار امر سلامت، به ایفای تعهدات خود در قبال حق بر سلامت اهمیت داده و به صورت یکجانبه و در راستای جهانی شدن حق بر سلامت به وضع معاهدات و مقررات مختلفی در این خصوص می‌پردازند. از اینرو در گفتارهای بعد به توضیح معاهدات و مقررات موضوعه سازمان‌های شاخص به‌ویژه سازمان جهانی بهداشت در این خصوص پرداخته و توضیح مفصل در این زمینه و بررسی تعهدات دولت‌ها در خصوص اصول بنیادین حقوق بشری حق بر سلامت را به بخش دوم واگذار می‌کنیم.

گفتار اول: معاهدات و مقررات موضوعه سازمان جهانی بهداشت

مبنا و چارچوب آنچه مقررات سازمان جهانی بهداشت نامیده شده از متن‌های حقوق موضوعه تشکیل شده است. مجمع جهانی سلامت که هیأت ریسه عالی سازمان جهانی بهداشت است و همه کشورهای عضو در آن مشارکت دارند، می‌تواند مطابق ماده ۲۱ به وضع مقررات پرداخته و مطابق ماده ۱۹ کنوانسیون‌هایی را نیز تدوین کند.

معذک باید تأکید کنیم که قلمرو کنوانسیون سازمان جهانی بهداشت مطابق ماده ۱۹ و کلیه موضوع‌ها، مشمول صلاحیت سازمان است، اما قلمرو مقررات و آیین‌نامه‌ها نیز که مهم هستند، تابع ضابطه‌ها و چارچوب تعریف شده در ماده ۲۱ است، که مقرر می‌کند: «مجمع جهانی سلامت اقتدار خواهد داشت که درباره موارد ذیل مقرراتی وضع کند:

الف) اقدامات لازم بهداشتی و قرنطیه‌ای و سایر روش‌های طرح شده به‌منظور جلوگیری از اشاعه بین‌المللی بیماری،

¹. World Health Organization (1987) Eighth General Programs of Work, Global Medium-Term Program, Program 3.4, Health Legislation, pp. 2 & 5.

ب) تهیه فهرستی از بیماری‌ها (نومن کلاتور؛ احصای نام‌های خاص بیماری‌ها به منظور وضع و تجدیدنظر در نام و مشخصات بیماری‌ها، علت‌های مرگ، رویه‌های سلامت عمومی و روش‌های تشخیص معیار است)،^۱ علل مرگ و شیوه‌های مرسوم سلامت عمومی،

ج) معیارهایی درباره روش‌های تشخیص بیماری‌ها جهت استفاده بین‌المللی،

د) معیارهایی درباره ایمنی، خلوص و ظرفیت و توان محصولات بیولوژیکی، دارویی و محصولات مشابه رایج در تجارت بین‌المللی،

ه) تبلیغ و برجسب زدن محصولات بیولوژیکی، دارویی و محصولات مشابه رایج در تجارت بین‌المللی. این ضابطه قانونی برای حقوق موضوعه بالقوه سازمان جهانی بهداشت بسیار گسترده است. در واقع، اجرای صلاحیت تنظیم مقررات از سوی سازمان جهانی بهداشت با محدودیت‌هایی همراه است. لذا می‌توان از صلاحیت شبه مقرراتی سخن گفت زیرا دولت‌های طرف مقررات سازمان جهانی بهداشت می‌توانند حق شرط (تحفظ) قایل شوند. این صلاحیت و اختیار سنتی دولت‌ها بر اساس اصل استقلال دولت است، حتی اگر استفاده از حق شرط از نظر تاریخی به‌گونه‌ای منطقی و محدود باشد، معذک سازمان جهانی بهداشت از اختیار قانون‌گذاری و وضع مقررات خود در سه موقعیت خاص استفاده کرده است:

اولین مورد؛ اصلاح مقررات بین‌المللی سلامت پس از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، صدمات و علت‌های مرگ در سال ۱۹۴۸ که اولین رشته مقررات سازمان جهانی بهداشت بود. دوم؛ معیارمند کردن فرآورده‌های دارویی و زیستی. و سوم؛ و به موجب ماده ۱۹ اساسنامه، موافقت‌نامه مبنای واپایش دخانیات که ضمیمه قطعنامه مجمع جهانی سلامت به شماره ۵۶.۱ ماه مه سال ۲۰۰۳ است.

معذک صلاحیت سازمان جهانی بهداشت در حقوق نهادی بین‌المللی، امری استثنایی است. صندوق بین‌المللی پول، سازمان هواپیمایی کشوری بین‌المللی و سازمان هواشناسی جهانی نیز از این قبیل هستند. البته از این صلاحیت‌ها می‌توان در همه مواقع استفاده کرد. علاوه بر سازمان جهانی بهداشت که دارای صلاحیت وضع مقررات موضوعه است، برخی سازمان‌های بین‌المللی نیز از چنین اختیاری برخوردارند، در گفتار بعد مقررات وضع شده در خصوص حق بر سلامت توسط این سازمان‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

گفتار دوم: معاهدات و مقررات موضوعه سایر سازمان‌های بین‌المللی

برخی سازمان‌های بین‌المللی مانند سازمان تجارت جهانی^۲ نسبت به سلامت تا حدودی صلاحیت اقدام دارند اما شمار کمی از آن‌ها، صلاحیت خود را صرف امور سلامت کرده‌اند. بنابراین سازمان جهانی بهداشت برای صلاحیت در سطح جهان، نمونه و الگوی عمل برای سازمان‌های بین‌المللی محسوب می‌شود.

^۱.Nomenclatures

^۲.در فصل اول بخش دوم و در مباحث مرتبط آتی، این موافقت‌نامه‌ها بررسی شده‌اند.

نمونه سازمان‌های بین‌المللی، که در خصوص این موضوع اقدام کرده است، اتحادیه اروپا^۱ است. اتحادیه اروپا، صلاحیت وضع مقررات و آیین‌نامه و اتخاذ تصمیم دارد. حقوق سلامت اتحادیه اروپا به برکت آیین‌نامه‌های فراوان به‌ویژه در زمینه حقوق دارویی و اجرای اصول گردش آزاد متخصصان سلامت از سال ۱۹۷۵ توسعه یافت. بسیاری از کنوانسیون‌ها، متضمن اقدام‌های راجع به سلامت نیز به اهتمام سازمان‌های بین‌دولتی تدوین و تصویب شده است. مثلاً کنوانسیون سال ۱۹۸۴ علیه شکنجه و سایر رفتار دور از شأن غیر انسانی و بی‌رحمانه یا مجازات و یا کنوانسیون سال ۱۹۸۹ حقوق کودک یا سازمان‌های منطقه‌ای مانند کنوانسیون سال ۱۹۹۷ حمایت از حقوق بشر و شأن (کرامت) انسان راجع به اعمال پزشکی و زیستی که به اهتمام شورای اروپا صورت گرفت.^۲

در کنار اسناد حقوقی الزام‌آور بین‌المللی، کنفرانس‌های بین‌المللی، اعلامیه‌ها و قطعنامه‌های توصیه‌ای زیادی نیز وجود دارند که حاکی از وفاق عمومی جهانیان بر پذیرش هنجارهای مرتبط با حق بر سلامت است. این اسناد امروزه تحت عنوان حقوق نرم مطرح بوده و در مبحث بعد مورد بررسی قرار می‌گیرد.

مبحث هفتم: حقوق جهانی سلامت و اسناد حقوقی نرم

در یک تقسیم‌بندی، اسناد بین‌المللی به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند. اسناد با محتوای حقوقی سخت و اسناد با محتوای حقوقی نرم. اسناد حقوقی سخت، مشتمل بر کنوانسیون‌ها، معاهدات و پروتکل‌های الحاقی لازم‌الاجرا برای دولت‌های متعاقد به آن‌ها است. اسناد حقوقی نرم شامل بیانیه‌ها و اعلامیه‌های اصولی اجلاس جهانی، اعلامیه‌های مجمع عمومی سازمان ملل متحد و امثال آن می‌شود. بدیهی است حقوق ناشی از اعلامیه‌ها (که به آن‌ها حقوق نرم نیز گفته می‌شود) از متون غیر الزام‌آور بین‌المللی که مخاطب آن دولت‌ها هستند حاصل شده و نقش مهمی در توسعه حقوق جهانی سلامت ایفا می‌کنند. حقوق بشر به اقتضای ماهیت ویژه خود، افزون بر اسناد الزام‌آور بین‌المللی، تعداد زیادی اسناد غیر الزام‌آور نیز دارد که مهم‌ترین این اسناد، آن‌هایی است که به‌صورت اعلامیه صادر شده است. تعداد قابل توجهی از اسناد الزام‌آور حقوق بشری، ابتدا به‌صورت غیر الزام‌آور و تحت عنوان اعلامیه شکل گرفته و پس از آن به تدریج منجر به تدوین سند الزام‌آور

^۱. روابط میان اتحادیه اروپا و باقی جهان به وسیله شورای «امور عمومی و روابط خارجی» اداره می‌شود. این شورا مسئولیت گسترده‌ای در مسائل سیاست عمومی خود دارد. در مجموع نه ترکیب از این شورا وجود دارد: ... اشتغال، سیاست اجتماعی، بهداشت و مصرف کنندگان. در این خصوص رجوع شود به: علیزاده، م. (۱۳۸۷)، آشنایی با تشکیلات و نهادهای حقوقی اتحادیه اروپا، فصلنامه اطلاع‌رسانی حقوقی، دوره جدید، سال ۶، شماره ۱۵ و ۱۶، ص ۱۴۵.

^۲. این کنوانسیون‌ها در فصل دوم بخش اول و فصل اول بخش دوم مورد بررسی قرار گرفته است.

شده است. از جمله مهمترین این اسناد، خود اعلامیه جهانی حقوق بشر است که به عنوان محوری ترین و مهمترین سند بین المللی حقوق بشر مطرح است.^۱

اعلامیه جهانی حقوق بشر به رغم محوریت آن، به دلیل اعلامیه بودن به عنوان سندی غیر الزام آور تلقی می شود. البته اعلامیه جهانی حقوق بشر، پس از مدت کوتاهی دو سند الزام آور بین المللی یعنی میثاق بین المللی حقوق مدنی و سیاسی و میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را به دنبال داشت. افزون بر انعکاس هنجارهای مذکور در اعلامیه در دو سند فوق، اکثر هنجارهای این سند به عرف بین المللی و حتی قواعد آمره تبدیل شده اند. در این خصوص، قطعنامه های سازمان های بین المللی، به ویژه، قطعنامه های مجمع عمومی سازمان ملل متحد نیز، قابل توجه است. این مجمع تاکنون قطعنامه های متعددی در حوزه های متفاوت حقوق بشر صادر نموده است. قاعده عمومی این است که کشورها ملزم به پیروی از دستورات و هنجارهای مقرر شده در قطعنامه های مجمع عمومی سازمان ملل متحد نیستند، البته این نکته را باید در نظر داشت که قطعنامه های مجمع عمومی می توانند نشانه روشن و غیر قابل انکاری بر وجود عرف بین المللی باشند. به ویژه در مواردی که قطعنامه ای به اتفاق آراء و یا با اکثریت قابل توجهی در قلمرو موضوعات حقوق بشری به تصویب می رسد. بی تردید می تواند نشان از اهمیت و حتی در موارد اتفاق آراء، عرفی بودن آن هنجار از نظر بین المللی باشد. وجود این اسناد حاکی از وفاق عمومی جهانیان بر پذیرش هنجارهای مرتبط با حقوق بشر از قبیل «حق بر سلامت» است.^۲

حقوق نرم به مثابه یکی از فرایندهای جدید قاعده سازی در زمره منابع حقوق بین الملل قرار می گیرد. حقوق نرم اصولاً اسناد غیر الزامی هستند که از قدرت اجرایی و توان الزام آور بودن حقوق سخت برخوردار نمی باشند، اما در طول زمان چنان متحول می شوند که یا از حیثیت عرف بین الملل برخوردار شده یا دولت ها محتوای آن ها را از راه وارد کردن به معاهدات بین المللی به عنوان قواعد الزام آور می پذیرند. حقوق بین الملل عمومی و روابط میان دولت ها اولین خاستگاه بروز و استفاده از این اصطلاح بوده است.^۳ در حقوق جهانی سلامت نیز این وضع وجود دارد و حقوق در متن های مصوب سازمان های بین المللی و سازمان های غیردولتی دیده می شوند.

^۱. بعضی حقوقدانان معتقدند اعلامیه جهانی حقوق بشر یکی از مهم ترین اسناد غیر الزام آور و حقوق نرم است، اما خود الهام بخش تصویب ده ها سند الزام آور حقوق بین المللی و داخلی کشورها درباره حراست از کرامت بشری شده است. در این خصوص رجوع شود به: هداوند، مهدی، سیف اللهی، آ. (۱۳۸۸)، جایگاه حقوق نرم در توسعه حقوق بین الملل، فصلنامه راهبرد، سال هجدهم، شماره ۵۰، ص ۱۳۱.

^۲. رزمخواه، ن.، پیشین، صص ۸۹-۸۸.

^۳. در این خصوص رجوع شود به: حبیب زاده، ت.، عطار، م. (۱۳۹۱)، ارزیابی مفهوم حقوق نرم در نظام منابع حقوق بین الملل، فصلنامه پژوهش های حقوق تطبیقی، دوره ۱۶، شماره ۲، ص ۱.؛ شیروی، ع.، و کیلی مقدم، م. (۱۳۹۱)، حقوق نرم، مطالعات حقوق تطبیقی، دوره ۶، شماره ۱، ص ۲۵۱-۲۷۶.؛ هداوند، م. پیشین، صص ۱۴۷-۱۳۱.

در سال ۱۹۸۱ سازمان جهانی بهداشت، آیین‌نامه انضباطی بازاریابی جایگزین‌های شیر مادر^۱ را تصویب کرد. حقوق سازمان جهانی بهداشت فی‌نفسه به برکت قطعنامه‌های مصوب سالانه مجمع جهانی سلامت، مقرراتی راجع به حقوق سلامت و حقوق جهانی سلامت اعلام کرده است در این رابطه می‌توان گفت سازمان جهانی بهداشت، سیاست سلامت جهان را تنظیم می‌کند.^۲

دو وظیفه سازمان عبارت از: همیاری فنی بین کشورها، و رهبری و هماهنگ‌سازی اقدام‌های بین‌المللی و جهانی سلامت است.^۳ بر اختیار اخلاقی سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان سازمان سلامت عام (جهانی) و نیز بر کیفیت کار علمی (مفهومی و حقوقی) ناشی از تولید هنجاری نیز، باید تأکید ورزید. هیأت‌ها و کمیته‌های کارشناسان و متن‌های قطعنامه‌های مجمع جهانی سلامت می‌کوشند بین منافع کشورهای عضو، وحدت و آشتی برقرار کنند. تولیدهای هنجاری اتحادیه اروپا نیز مثال مهمی از حقوق بین‌الملل اعلامی سلامت و انگیزه و شاهرهی برای توسعه حقوق سلامت جامعه اروپا است. موضوع حمایت سلامت زنان که در قطعنامه مورخ ۱۵ مه سال ۱۹۹۰ و نیز مسأله چاقی که در قطعنامه اول فوریه سال ۲۰۰۷ آمده‌اند، نمونه‌ای از این مقررات هستند.

از جمله متن‌های حقوق اعلامی، توصیه‌نامه‌های کمیسیون اروپا در مورد بیماری‌ها یا قطعنامه پارلمان اروپا در مورد اخلاق زیستی از این زمره است. قطعنامه پارلمان اروپا مورخ ۱۹ ژانویه سال ۱۹۸۴ یا قطعنامه شورای اتحادیه اروپا مورخ ۲۰ دسامبر سال ۱۹۹۵ نیز دارای این ویژگی هستند. مثال کمیته صلیب سرخ نشان می‌دهد که از سال ۱۸۶۳، یک سازمان مردم‌نهاد، قادر به کمک به دولت‌ها برای توسعه فعالیت هنجاری راجع به حمایت سلامت که راجع به حقوق بین‌الملل بشردوستانه که حقوق ژنو نیز نامیده می‌شود، بود. این فعالیت هنجاری، در ابتدا در مورد مجروحان جنگی در درگیری مسلحانه بود و متعاقباً شامل غیر نظامیان نیز شد (کنوانسیون چهارم ژنو ۱۹۴۹)، و سپس توسعه یافته و شامل درگیری مسلحانه بین‌المللی و غیر بین‌المللی شده است (پروتکل الحاقی دوم - ۱۹۷۷). سایر سازمان‌های مردم‌نهاد، اینک فعالیت هنجاری خود را در زمینه سلامت آغاز کرده‌اند. سازمان مردم‌نهاد پزشکی بدون مرز از این دسته است. در این خصوص، سازمان پزشکان بدون مرز، منشور اقدام بشردوستانه را در کراکوف در سال ۱۹۹۰ تصویب کرد. سازمان بین‌المللی استاندارد نیز با سازمان جهانی بهداشت همراه است و به اصل سلامت استناد می‌کند و در بخش وسایل پزشکی مشارکت داشته و اظهار نظر می‌کند.^۴

^۱.International Code of Marketing of Beast-Milk Substitutes

^۲.WHO, Bridging the Gap, op.cit., p. 82.

^۳.WHO (1994), Ninth General Program of Work Covering the Period 1996-2001, health for all, serie no, 11, Geneva: WHO, p. 22.

^۴.ISO Central Secretariat (2005), The ISO Strategic Plan 2005-2010, Geneva: Switzerland, Standards for a sustainable world, 2005-2010. 5: (promoting the use of voluntary standards as an alternative or as a support to technical regulations, Actions A: Develop: more systematic and proactive relations with intergovernmental organizations (igos) involved in the harmonization of regulations), p. 5, retrieved from: <http://www.iso.org>, Last visited (2.4.2016)

نتیجه گیری

ماهیت دولت محور حقوق بین الملل، موجب بروز مسائل سلامت جهانی دیگری نیز شده است. اصل استقلال و حاکمیت دولت‌ها سبب شده نظام بین المللی به سوی نوعی «حقوق» سیر کند که اساساً اختیاری است. در امضا و تثبیت معاهدات، که منابع اصلی حقوق جهانی سلامت هستند، دولت‌ها قواعد حقوق بین المللی را ضمن قبول، وضع می‌کنند و تحکیم می‌بخشند.

بنابراین الزام تابعان حقوق بین الملل به اجرای معاهدات و رعایت آن‌ها موجب نیل مردم به عالیترین سطح ممکن سلامت روحی و جسمی خواهد شد و بی شک در غیاب مقررات مزبور، نقش عرف، اصول کلی حقوقی و رویه قضایی و سایر منابع پیش گفته (با توجه به ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین المللی دادگستری) باید مورد توجه جدی و اساسی قرار گیرند. آنچه مهم و قابل تأکید است تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت در سطح ملی و داخلی است. تثبیت حق بر سلامت در سطح ملی، موجب تثبیت و گسترش حقوق جهانی سلامت می‌شود.

حقوق جهانی سلامت هم به مثابه رشته تخصصی و هم به مثابه موضوع، پیوندهایی با سایر رشته‌ها و موضوع‌های حقوقی دارد. پس بحث، پیرامون قلمرو و ارتباط آن با سایر رشته‌ها، امری ضروری است. شناسایی و معرفی مرزهای حقوق جهانی سلامت با توجه به حمایت حقوقی، نوعی نگرانی مشترک چندین رشته حقوقی در سطح‌های ملی و بین المللی است. مثلاً حقوق سلامت اتحادیه اروپا، سلامت را جزئی از سیاست‌های اتحادیه اروپا می‌داند. به یقین، تعامل‌ها و ویژگی‌هایی نیز وجود دارند. در فصل بعد به قلمرو این شاخه از حقوق و ارتباط آن با شاخه‌های دیگر رشته حقوق پرداخته می‌شود. بررسی قلمرو و حوزه‌های ارتباطی با حقوق جهانی سلامت بیانگر فراگیری و جهانی شده مقوله سلامت است.

فصل چهارم

قلمرو حقوق جهانی سلامت

حقوق جهانی سلامت، امروزه شاخه‌ای از حقوق، و از اصالت برخوردار است. از اینرو، دو مجموعه از حقوق سلامت را می‌توان معرفی کرد که در تعامل با حقوق جهانی سلامت می‌باشند. مجموعه قدیمی که از طریق حقوق پزشکی معرفی می‌شود و مجموعه‌ای دیگر که رشته‌های نوظهور را با هم جمع می‌کند. حقوق پزشکی شعبه‌ای قدیمی از حقوق سلامت است. اگر نگوییم از نظر محتوا دست کم از حیث مفهوم، بسیار تکامل یافته است.^۱ سایر شاخه‌های حقوق سلامت متعاقباً پدید آمده یا در حال پیدایش هستند. آن‌ها را می‌توان در دو مقوله: شاخه‌های موضوعی^۲ و شاخه‌های همبر^۳ (عرضی) طبقه‌بندی کرد.

در حقوق سلامت عمومی شماری از شاخه‌های موضوعی وجود دارند که وزن و اعتباری یافته‌اند. مهم‌ترین این شاخه‌ها، حقوق دارویی^۴ است^۵ که راجع به مقررات حاکم بر فرآورده‌های سلامت و حرفه داروسازی است. از حقوق دامپرووری^۶ (دام)، حقوق پرستاری^۷ یا حقوق بیماری‌های دندان^۸ نیز می‌توان یاد کرد. شاخه‌های موضوعی دیگر می‌تواند مثل حقوق زیبایی یا حقوق جراحی پلاستیک مورد توجه قرار گیرد. همچنین شاخه‌های همبر مثل حقوق بیمارستان^۹ و حقوق تأمین اجتماعی (دست‌کم با توجه به مقررات برای بازپرداخت هزینه‌های بهداشت و درمان) نیز وجود دارند.^{۱۰}

امروزه موضوع‌های سلامت در شش شاخه حقوقی دیگر که مرتبط با حقوق سلامت هستند و در راستای حمایت از سلامت مردم تنظیم شده‌اند، بررسی می‌شوند. یعنی حقوق کار (که امروزه حقوق اجتماعی نامیده و شناخته شده)، حقوق بشردوستانه، حقوق کیفری، حقوق مصرف‌کننده، حقوق اقتصادی و حقوق محیط زیست. این رشته‌ها با حقوق جهانی سلامت هم در ارتباط بوده و با این شاخه از حقوق تعامل و ارتباطات

^۱ در این خصوص رجوع شود به:

Belanger, M. (2008), *Droit Medical Europeen*, 4th ed., Paris, LexisNexis.

^۲.Thematic Branches

^۳.Transversal Branches

^۴.Pharmaceutical law

^۵ در این خصوص رجوع شود به:

Leca, A. (2010), *Droit Pharmaceutique*, 5th ed., Aix-en-Provence. PUAM, p. 468.

^۶.Veterinary Law

^۷ در این خصوص رجوع شود به:

Devers, G. (1995), *Droit Infimier*, Paris: ESKA, p. 248.

^۸.Odontological Law

^۹.Hospital Law

^{۱۰}.Belanger, M., *Global Health Law: an introduction*, op.cit., p. 15.

تنگاتنگی دارند. در مباحث و گفتارهای بعد قلمروهای مرتبط با حقوق جهانی سلامت به ترتیب و به تفصیل بررسی می‌شود.

مبحث اول: حقوق جهانی سلامت، حقوق اجتماعی و حقوق بین‌الملل اجتماعی

حقوق اجتماعی و اقتصادی دربردارنده حقوق برخورداری از معیارهای زندگی مناسب، اشتغال، مراقبت‌های سلامت و بهداشت، آموزش و پرورش و تغذیه و سلامت است. بی‌گمان، حق بر سلامت به‌عنوان حقی دارای بعد اجتماعی است و می‌توان آنرا به‌عنوان اصلی‌ترین نیاز انسان در جامعه دانست.^۱ عبارت حقوق اجتماعی اینک جانشین عبارت حقوق کار شده است. باید بین رویکرد مربوط به شرایط فنی کار و رویکرد عام با دورنمای اجتماعی فرق قایل شویم. هر دو با حقوق جهانی سلامت ارتباط دارند. در گفتارهای بعد این موضوع‌ها بررسی می‌شوند.

گفتار اول: حمایت سلامت و ایمنی کار

وضع مقررات حقوقی طراحی شده برای حمایت سلامت و ایمنی کار در محیط کار، مرتبط با یکی از قلمروهای خاص حقوق کار است.

مقررات ایمنی و بهداشت تا حدود زیادی از اهداف اقتصادی در نظر گرفته شده‌اند. این مقررات در سده ۱۹ و از حیث بهداشت^۲ اعمال شده‌اند. زیرا در زمان اولین کنفرانس بین‌المللی بهداشت در سال ۱۸۵۲ در بروکسل این وضعیت حکمفرما بود و مقررات حاصل، توسعه پزشکی فوق تخصصی یا حرفه‌ای را در پی داشت. به‌مرور این مقررات تعمیم یافت و حقوق بین‌الملل کار پدید آمد و سپس تحت عنوان حقوق بین‌الملل اجتماعی^۳ رواج یافت و به برکت اقدام سازمان بین‌المللی کار، بسیاری از این قواعد، نظام‌مند شده‌اند. بنابراین، در سطح جهانی، مجموعه‌ای از قوانین موضوعه بین‌المللی درباره ایمنی و سلامت شغلی وجود دارد که از کنوانسیون‌های سازمان بین‌الملل کار تشکیل شده‌اند. کنوانسیون سال ۱۹۸۱ درباره سلامت و ایمنی کار که پروتکل‌های ۲۰۰۶ آنرا تکمیل کرده‌اند و کنوانسیون سال ۲۰۰۶ درباره اعتلای چارچوب سلامت و ایمنی کار و نیز اصلاح کنوانسیون راجع به کار مادران پیش و بعد از زایمان در سال ۲۰۰۲ که به‌عنوان کنوانسیون حمایت مادرانه شناخته شده است، از این قبیل کنوانسیون‌ها هستند. این روش به‌وسیله سازمان بین‌المللی کار از طریق تنظیم توصیه‌نامه‌هایی تکمیل شد. برای مثال توصیه‌نامه سال ۱۹۴۴ درباره

^۱ رضایی قلعه، ح.، میلانی بناب، ع. (۱۳۸۵)، استحقاق حق خدمات بهداشتی سلامت و آموزش در کشورهای در حال توسعه، راهبرد، شماره ۴۲، ص ۱۲۷-۱۲۶.

^۲ در این خصوص رجوع شود به:

Bourdelaï, P. (2001), *Les Hygienistes: Enjeux, Modeles et Pratiques, XVIIIe- XXe siecles*, Paris: Belin, p. 543.

^۳ در این خصوص رجوع شود به:

Lacoste-Mary, V. (2006), *Droit Social International*, Paris: Ellipses, p. 126.

مراقبت پزشکی، که نگرش در خصوص حق بر مراقبت پزشکی را که قبلاً سازمان جهانی بهداشت آنرا مطرح کرده بود، جهانی کرد.

سازمان جهانی بهداشت نیز چندین متن را در این باره تصویب کرده است برای مثال قطعنامه شماره ۱۲.۴۹ مورخ ۱۹۹۶ تحت عنوان «راهبرد جهانی راجع به سلامت کار برای همه»^۱ و قطعنامه شماره ۶۰.۲۶ مورخ ۲۰۰۷ مجمع جهانی سلامت که «طرح جهانی سلامت شغلی»^۲ را برای سال‌های ۲۰۱۷-۲۰۰۸ تصویب کرد، و مقرر می‌کند: «کشورها باید چارچوب سیاست ملی را ضابطه‌مند کنند و مجموعه اصولی از معیارها که دربردارنده شرایط حداقلی برای حمایت از ایمنی و سلامت شغلی شامل معیارهایی برای سازمان‌دهی خدمات سلامت شغلی است را، تنظیم کنند».

فعالیت قابل توجه اتحادیه اروپا در مورد هنجارهای حمایت از ایمنی و سلامت شغلی نیز به‌صراحت مؤید مجاورت امور سلامت اجتماعی و اقتصادی است. بیماری‌های شغلی، اولین بیماری‌هایی بودند که جامعه اقتصادی اروپا، آن‌ها را در سال ۱۹۶۲ طی فهرستی اعلام و شرایط جبران خسارت قربانیان را برقرار کرد. حقوق ایمنی و سلامت شغلی متشکل از یک رشته مقررات مشترک حقوق کار و حقوق سلامت است. فعالیت هنجاری در این محدوده، وسیع و بر آن است تا مبتنی بر رویکرد جهانی باشد. راهبرد اتحادیه اروپا از سال ۲۰۰۲ و راهبرد سازمان بین‌المللی کار از سال ۲۰۰۳ چنین بوده است. به‌طور مثال کار شبانه زنان مستلزم حمایت سلامت بود و سازمان بین‌المللی کار، در سال ۱۹۸۸، کار شبانه زنان را ممنوع کرد.^۳

گفتار دوم: جنبه اجتماعی حقوق سلامت و حقوق جهانی سلامت

کاربرد خطی‌مشی‌ها و سیاست‌های اجتماعی از سوی دولت‌ها و سایر سازمان‌های اجتماعی، تأثیر ویژه‌ای بر سلامت دارد. از جمله عمده‌ترین خدماتی که در سیاست اجتماعی مطرح می‌شود، سلامت و رفاه اجتماعی است.^۴ حقوق سلامت به‌طور قطع فقط متشکل از مقررات حقوقی ناظر به فنون پزشکی و نیز آنچه معروف به فنون بهداشت^۵ است، نخواهد بود. معذک پیشرفت زندگی و علوم سلامت را در نظر می‌گیرد. بنابراین، حقوق سلامت یکی از شاخه‌های حقوق است که در آن فن‌ها اثر زیادی دارند (به‌ویژه در مورد بیوتکنولوژی و فناوری‌های زیستی). اصلاحات و تعدیل‌های پیشرفت فنی یکی از ویژگی‌های حقوق سلامت غربی است. عده‌ای معتقدند فناوری‌های نوین که در حوزه تحلیل بیان ژن به‌سرعت در حال ظهور می‌باشند بسیار جالب و امیدوار کننده هستند. این تکنولوژی‌ها، تشخیص زود هنگام و دقیق‌تر بیماری‌ها و مشخصات ژنتیک فردی

1. WHO Global Strategy Concerning Occupational Health for All

2. World Plan for Occupational Health

3. European Agency for Safety and Health at Work, EU Strategy on Safety and Health at Work, The European Community Strategy for Health and Safety at Work (2007-2012) aims at cutting by a quarter work related accidents across the EU, the resolution of the European Union Council of 25th June 2007 relative to A New Community Strategy for Occupational Safety and Health, (2007-2012), retrieved from: <http://osha.europa.eu/en/eustrategy>, Last visited (2.4.2016)

۴. بابایی، ن. (۱۳۸۲)، سیاست اجتماعی و سلامت، مجله رفاه اجتماعی، شماره ۱۰، ص ۲۰۲.

5. Sanitary Technology

را که می‌توانند تفاوت‌های موجود در واکنش‌های افراد به درمان‌های مختلف را پیش‌بینی کنند، نوید می‌دهند.^۱

جنبش دیگری که نقش اساسی ایفا می‌کند، حقوق سلامت را بخشی از حقوق اجتماعی می‌داند. میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ در سطح جهانی چنین رویکردی به حقوق سلامت داشته است. اولین محور از نظر تاریخی، مرکب از «مساعدت و کمک پزشکی»^۲ است، که موضوع ساخت‌های حقوقی در سطح‌های ملی و بین‌المللی بوده است (برای مثال، کنوانسیون اروپایی مساعدت و کمک پزشکی و اجتماعی^۳ مصوب سال ۱۹۵۳ شورای اروپا).

محور دوم با تأمین اجتماعی ارایه می‌شود. کنوانسیون سازمان بین‌المللی کار مصوب ۱۹۵۲ در مورد حداقل معیار تأمین اجتماعی، و کنوانسیون سال ۱۹۸۲ راجع به برقراری نظام بین‌المللی حفظ حقوق در تأمین اجتماعی است،^۴ لذا بیشترین سازوکار عملیاتی، برقراری بیمه پزشکی است.^۵ به‌طور نمونه ویژگی اجتماعی حقوق سلامت نیز در آنچه که بلایای اجتماعی نامیده می‌شود و در حقوق جهانی سلامت هم وجود دارند سه مورد عمده آن از قبیل؛ مواد مخدر، مصرف دخانیات و مصرف افراطی نوشیدنی‌های الکلی، بی‌شک در ارتباط با سلامت است.^۶ سرانجام رشته پیوند حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل اجتماعی تقویت و مستحکم شده است و وضعیت سلامت مردم به‌صورت گسترده از نظر حقوقی و اجتماعی مورد حمایت قرار می‌گیرد. در مورد کودکان، زنان، افراد مسن و معلولان وضع چنین است و کوشیده می‌شود تا هم‌گرایی مردم در جامعه، محقق شود.

حقوق بشردوستانه یکی از شاخه‌های حقوق بین‌الملل عمومی است. هدف این حقوق، حفظ حیات، تأمین سلامت و شأن و کرامت انسان‌ها در زمان وقوع درگیری‌های مسلحانه است. لذا در مبحث بعد به بحث حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل بشردوستانه پرداخته می‌شود.

مبحث دوم: حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل بشردوستانه

احترام به حقوق افراد در زمان جنگ نسبت به زمان صلح از پیشینه بیشتری برخوردار است زیرا جنگ از مواردی است که خارج از اختیار افراد اتفاق می‌افتد و زندگی آنان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. حقوق و

^۱. زرکش، م.، عباسی، م. (۱۳۹۳)، ملاحظات اخلاقی در فن‌آوری‌های اندازه‌گیری بیان ژن، فصلنامه اخلاق زیستی، سال چهارم، شماره سیزدهم، ص ۱۸۴.

^۲. Medical Assistance

^۳. European Convention of Social and Medical Assistance

^۴. ILO (2001), *Social Security: A New Consensus*, Geneva: ILO, p. 136.

^۵. در این خصوص رجوع شود به:

Rault-Doumax, Ph. (2008), *L'assurance-mamadie au risqué de la mondialisation: la crise structurelle du système de santé*, Paris: L'Harmattan, p. 276.

^۶. Caballero, F., Bisiou, Y., eds., (2000), *Droit de la Drogue*, Paris: Dalloz, coll. "Precis", 2nd ed., p. 827.

تعهدات دولت‌ها در خصوص رعایت حق بر سلامت مجروحان، بیماران، کشتی شکسته‌گان و نیز اسرا و افراد غیرنظامی، بارها مورد تأکید قرار گرفته و در رویه دولت‌ها مورد احترام واقع گردیده است.^۱ حقوق بین‌الملل بشردوستانه با مقررات حقوق بشر مشترکات بسیاری دارد. زیرا هر دو مشتمل بر قواعد ناظر بر حمایت از افراد هستند. لذا رابطه درونی بین حق بر سلامت به مثابه حق بشری، حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل بشردوستانه بسیار روشن است. این دو شاخه حقوق، بنیادهای مشترک (از قبیل حق بر زندگی و تعهد کمک به یکدیگر) دارند.

ترکیب حمایت سلامت / پزشکی و مساعدت بشردوستانه (معروف به طب پزشکی بشردوستانه)^۲ به‌ویژه در حقوق ژنو و اینک در سند مرتبط آن یعنی حقوق بین‌الملل بشردوستانه برقرار شده است.^۳ امروزه بیش از پیش حقوق بین‌الملل سلامت و حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل بشردوستانه، همزیستی دارند و علت آن در وهله اول مشارکت نهادهای هم‌عرض و در وهله دوم به علت رویکردهای هنجاری هم‌گرا است. در حقیقت از سال‌ها پیش، حمایت از انسان و حقوق انسانی او به‌عنوان یکی از اصول حیات نوین بین‌المللی، موجب شد تا تحولی محسوس در حقوق بین‌الملل بشردوستانه به وجود آید.^۴ از جمله این نهادهای هم‌عرض کمیته بین‌المللی صلیب سرخ است. کمیته مزبور به‌عنوان سازمان عهده‌دار تنظیم حقوق ژنو، مجاز است در عرصه سلامت مداخله کند. (این اختیار به بخش پزشکی عمومی^۵ واگذار شده است). کنفرانس‌های بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر به مسایل سلامت می‌پردازند. برای مثال اعلامیه بیست و هشتمین کنفرانس بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر مورخ ۲۶ دسامبر سال ۲۰۰۳، تحت عنوان «حمایت از کرامت انسان» در مورد درگیری‌های مسلحانه، بلایا و بیماری‌ها است. قابل ذکر است که امروزه، نهادهای جهانی مسؤول وضع مقررات حقوق جهانی سلامت، خود در تنظیم حقوق بین‌الملل بشردوستانه مشارکت می‌کنند این امر در مورد سازمان جهانی بهداشت و مجمع جهانی سلامت صادق است.

گفتار اول: اقدامات سازمان جهانی بهداشت در خصوص حقوق بین‌الملل بشردوستانه

حق بر سلامت از حقوق مسلم افراد در مخاصمات مسلحانه بین‌المللی و غیر بین‌المللی است که به کرات از دولت‌ها مطالبه شده و در حقوق بین‌الملل بشردوستانه به رسمیت شناخته شده است. اقدام بشردوستانه صلاحیتی نیست که به‌صراحت به سازمان جهانی بهداشت (در اساسنامه‌اش) تفویض شده باشد. در واقع

^۱ نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۱۲۷.

^۲ در این خصوص رجوع شود به:

Lebas, J. (1994), *Medecine Humanitaire*, Paris: Flammarion, p. 369.

^۳ در این خصوص رجوع شود به:

Belanger, M. (2007), *Droit International Humanitaire General*, 2nd ed., Paris: Gualino, p. 156.

^۴ ممتاز، ج.، رنجبریان، الف. (۱۳۸۶)، حقوق بین‌الملل عمومی بشردوستانه مخاصمات مسلحانه داخلی، کمیته ملی

حقوق بشردوستانه، تهران: میزان، ص ۳۶.

^۵ General Medicine Division

سازمان جهانی بهداشت ویژه امور بشردوستانه وجود ندارد. با وجود این، از زمان مطرح شدن حقوق نیویورک، سازمان جهانی بهداشت در تنظیم حقوق بین‌الملل بشردوستانه مشارکت کرده است. سازمان جهانی بهداشت در سه محدوده هنجاری مداخله کرده است:

۱- خدمات بهداشتی و پزشکی در زمان درگیری‌های مسلحانه (قطعنامه ۴۶.۳۹ ماه مه ۱۹۹۳)،^۱

۲- حمایت از مأموریت‌های پزشکی در جریان درگیری‌های مسلحانه (قطعنامه ۵۵.۱۳ مه ۲۰۰۲)^۲ و به صورت کلی‌تر،

۳- نجات اورژانسی (فوریتی) و عملیات انجام کمک‌های بشردوستانه (قطعنامه ۴۴.۴۱ مه ۱۹۹۱، قطعنامه ۴۶.۶ مه ۱۹۹۳، قطعنامه ۴۸.۲ مه ۱۹۹۵).^۳ از جمله اقدامات دیگر، فعالیت‌های انجمن پزشکی جهان است که به اخلاق پزشکی و وظیفه‌شناسی می‌پردازد. بنابراین این عجیب نیست که آن‌ها نیز باید به حقوق بشردوستانه بپردازند. موضوع اصلی در اینجا، موضع پزشکان این انجمن در برابر شکنجه است. اعلامیه توکیو سال ۱۹۷۵، رهنمودهای پزشکان در مورد شکنجه و سایر رفتار دور از شأن انسان و بی‌رحمانه یا مجازات در رابطه با بازداشت و زندان، اعلامیه هامبورگ مورخ نوامبر ۱۹۹۷ راجع به حمایت از پزشکان خودداری کننده از مشارکت در شکنجه یا سایر اشکال رفتار دور از شأن انسان و بی‌رحمانه، قطعنامه هلسینکی سال ۲۰۰۳ با اصلاحات کپنهاگ در سال ۲۰۰۷ در مورد مسئولیت پزشکان در مستند سازی و محکومیت اعمال شکنجه یا بی‌رحمانه، از اقدامات انجمن پزشکی جهان است.^۴ حق بر سلامت و حقوق جهانی سلامت به یقین جزء اساسی حقوق بین‌الملل بشردوستانه هستند و برعکس نیز عمل بشردوستانه جزء بنیادی حق بر سلامت و حقوق جهانی سلامت است. عرصه‌های هنجاری پزشکی، حمایت سلامت و حمایت بشردوستانه مهمترین بخش هستند. در گفتار بعدی این عرصه‌ها تحت عنوان فعالیت‌های مشترک بررسی می‌شوند.

گفتار دوم: اقدامات مشترک حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل بشردوستانه

حقوق بین‌الملل مصوب و قراردادی به صراحت نشان می‌دهد که امور بشردوستانه و سلامت بسیار درهم تنیده‌اند. بدین ترتیب، کنوانسیون‌های بین‌الملل بشردوستانه، اهمیت قابل توجهی برای حمایت سلامت قایل می‌شوند. کنوانسیون‌های ژنو ۱۹۴۹ به ویژه فصل سوم در خصوص «واحد‌ها و تأسیسات پزشکی»، فصل دوم کنوانسیون اول در خصوص «مجروحان، بیماران و کشتی شکستگان»، فصل سوم «کشتی‌های بیمارستانی»، و فصل پنجم «حمل و نقل پزشکی»،

ماده ۲ از بخش سوم کنوانسیون دوم ژنو ۱۹۴۹ در خصوص «بهداشت و توجه پزشکی»،

1. World Health Assembly (1993), Resolution WHA 46.39, Sanitary and Medical Services in Times of Armed Conflict.

2. World Health Assembly (2002), Resolution WHA 55.13, Medical Missions During Armed Conflicts.

3. World Health Assembly (1991), Resolution WHA 44.41 on Emergency Rescue and Humanitarian Aid Operations. ; World Health Assembly (1993), Resolution 46.6 on Emergency and Humanitarian Relief Operation, pp. 1-4. ; World Health Assembly (1995), Resolution 48.2, on Emergency and Humanitarian Action.

4. World Medical Association, retrieved from <http://www.wma.net>, Last visited (3.4.2016)

قسمت سوم فصل چهارم در بخش چهارم کنوانسیون سوم ژنو ۱۹۴۹، در خصوص «بهداشت و توجه پزشکی»، به حمایت سلامت و تأمین حق بر سلامت پرداخته‌اند.

همچنین، بسیاری از معاهدات سلامت، اعم از دو جانبه (موافقت‌نامه واشنگتن مورخ ۱۹۸۱ بین آمریکا و نیجریه راجع به سلامت، و به منظور اجرای برنامه گسترده سازمان جهانی بهداشت درباره مصون سازی) یا چند جانبه (از قبیل معاهده ۲۵ اکتبر ۱۹۷۸ در مورد ایجاد جامعه سلامت آفریقای غربی) اهداف بشردوستانه را مطرح کرده‌اند. لذا حقوق بشردوستانه به طور مستقیم و صریح در تنظیم حقوق سلامت مشارکت دارد. انجام این فعالیت‌های مشترک موجب ایجاد مفاهیم مشترک و مشابه بین این دو شده است. در این میان باید برای دو مفهوم جایگاه خاص قایل شد. این مفاهیم عبارت از مفهوم فوریت و مفهوم مداخله هستند. این دو پندار پایه ضروری فعالیت‌های عملیاتی و حقوقی در زمینه سلامت و اقدام بشردوستانه هستند.

مفهوم فوریت سلامت/پزشکی^۱ که در حقوق سلامت، مورد استفاده است از جهاتی به حقوق بشردوستانه با مفهوم فوریت بشردوستانه وارد شده است. در این زمینه، حقوق بین‌الملل بشردوستانه جدید، عناصر جالبی را ارائه کرد که در واقع پیش از ایجاد رسمی حقوق نیویورک (به‌ویژه قطعنامه ۳۳۱۸ (۲۹) مجمع عمومی سازمان ملل سال ۱۹۷۴^۲، از جمله ضمیمه اعلامیه حمایت از حقوق زنان و کودکان در فوریت‌های درگیری‌های مسلحانه) وجود داشته‌اند. قطعنامه ۴۳.۱۲۹ مورخ ۲۲ نوامبر سال ۱۹۸۸ مجمع عمومی سازمان ملل^۳ اساس متن حقوق نیویورک است که (برای اولین بار) بر اهمیت اقدام بشردوستانه سازمان‌های مردم نهاد در زمان بلایای طبیعی، تأکید می‌ورزد. قاعده حقوقی (مشترک بین فوریت‌های پزشکی/ سلامت بشردوستانه) و نبود تمایز، بدین معنی است که انجام فوریت‌های پزشکی/ سلامت بشردوستانه بین ذینفعان اقدام بین‌الملل بشردوستانه باید بر اساس اولویت‌بندی مردم (کودکان، زنان باردار، مادران شیرده و ...) معین باشد و نباید بر معیار ملیت، قوم، دین، وضعیت اجتماعی یا عقیده سیاسی مبتنی باشد.

مفهوم دیگری که نیز مشترک بین حقوق بین‌الملل بشردوستانه و حقوق بین‌الملل سلامت و حقوق جهانی سلامت است، پندار مداخله است. حقوق بین‌الملل عمومی از نظر سنتی آنچه را که «مداخله در امور دیگر کشورهاست» (به‌ویژه به موجب ماده ۲ بند ۷ منشور سازمان ملل) منع می‌کند. معذک حقوق بین‌الملل بشردوستانه جدید باید «پندار مداخله بشردوستانه» را بر اساس حمایت از حق بر زندگی و حق بر سلامت اعمال می‌کرد. فرض اساسی حقوق بشر - که هر شخصی دارای حقوق اساسی است که حکومت‌ها نمی‌توانند آنرا سلب کنند و یا نادیده بگیرند - ایده اقتدار حاکمیت ملی را رد می‌کند. مقررات حقوق بشر، به‌صراحت، حقوقی را به افراد متبوع هر کشور اعطا می‌کنند و چنانچه دولت‌ها از مسؤولیت خود در حمایت از مردم در برابر نسل‌کشی، جرایم جنگی، جرایم علیه بشریت، یا پاکسازی قومی عدول کنند، هنجار و اصل «مسؤولیت

1. Notion of medical/health emergency, Belanger, M., Global Health Law: an introduction, op.cit., p. 43.

2. UN Human Rights (1974), Office of the High Commissioner for Human Rights, Resolution 3318 on Declaration on the Protection of Women and Children in Emergency and Armed Conflict [XXIX].

3. UN General Assembly (1988), Resolution 43.129 New International Humanitarian Order, p. 1.

حمایت^۱ نیاز به اقدام بین‌المللی را طلب می‌کند.^۲ گفتنی است اصطلاح «حمایت»^۳ از نظر سنتی در حقوق سلامت استفاده می‌شود و توجه را به «پندار تأمین و ایمنی سلامت»^۴ جلب می‌کند لذا باید در معنی «دفاعی»^۵ و اقدام منفی یا پیش‌گیرنده در نظر گرفته شود.

مقوله مسئولیت حمایت از حقوق بشر رویکردی است که نه تنها از زاویه مقابله با نقض حقوق بشر از طریق اعمال تحریم‌های اقتصادی قابل توجه می‌باشد، بلکه باید رعایت ملاحظات انسان‌دوستانه در اعمال تحریم‌های اقتصادی را نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مسئولیت حمایت، مدنظر قرار دهد. ملاحظات انسان‌دوستانه مبتنی بر اصول و قواعد حقوق بشر می‌باشد و نه حاکمیت کشور یا اصل عدم مداخله. زیرا حمایت از حقوق بشر به‌عنوان یک هدف اساسی از سوی جامعه بین‌المللی پذیرفته شده است.^۶

اصل «مسئولیت حمایت» در رابطه با پندار ایمنی بشر،^۷ به‌نظر می‌رسد کوششی برای دفع انتقاد از نظریه مداخله بین‌المللی بشردوستانه باشد. در سطح بین‌الملل، معذک باید نسبت به مداخله جامعه بین‌المللی در این زمینه تأمل نمود. با در نظر داشتن ماده ۲ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت،^۸ از نظر آن سازمان به‌ویژه مداخله سلامت از نقطه نظر قانونی، میسر نیست مگر اینکه دولت‌ها چنین درخواستی داشته باشند یا در مورد وضعیت اضطراری سلامت عمومی که موجب بروز نگرانی بین‌المللی مندرج در مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ گردد.^۹ این سازمان گه‌گاه پیشنهاد کمک فوریتی مثل مورد کنگو کینشازا (کینشاسا) ۱۹۶۰ در خصوص بیماری ابولا نیز داده است. همچنین می‌توان پندار مداخله درمانی^{۱۰} (برای مثال قطعنامه ۱۳۰۸ سال ۲۰۰۰ شورای امنیت سازمان ملل درباره «مسئولیت شورای امنیت بر حفظ صلح و امنیت بین‌المللی: ایدز و عملیات بین‌المللی صلح‌بانی») که در سطح بین‌الملل قابل اعمال است را پیشنهاد داد. وجود امور مشترک بین حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل بشردوستانه، موجب تنظیم معیارهای حقوقی و فعالیت‌های هنجاری مشابه است.

1. Responsibility to Protect

2. UNGA (2005), Resolution A/RES/60/1.2005 World Summit Outcome, sixtieth session, paras.138 &139, p. 30, retrieved from www.ifrc.org/docs/idrl ; www.un.org, Last visited (2.4.2016)

3. Protection

4. Notion of Health Safety

5. Defensive

۶. نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۷۳-۷۲.

7. Cooper, R., Voinov Kohler, J., eds. (2009), *Responsibility to Protect: the Global Moral Compact for the 21st Century*, New York: Pelgrave Macmillan, p. 271.

۸. وظائف سازمان در راه نیل به مقاصد آن عبارت خواهند بود از: ... پ) کمک به دولت‌ها در تقویت خدمات سلامت به درخواست آن‌ها، ت) تهیه کمک‌های فنی مقتضی و در موارد اضطراری، کمک‌های لازم به درخواست یا قبول دولت‌ها، ث) تدارک یا کمک به تدارک خدمات بهداشت و تسهیلات برای گروه‌های ویژه، مانند مردم سرزمین‌های تحت قیمومت، به درخواست ملل متحد. و ...

۹. در این خصوص در فصل دوم بخش دوم به‌طور مفصل توضیح داده شده است.

10. Notion of Therapeutic Intervention

کوشش جهت تنظیم معیارهای حقوقی در مورد حمایت از زندگی و سلامت مردم به طور قطع امر مشترک بین حقوق جهانی سلامت و حقوق بین الملل بشردوستانه است. در حقوق بین الملل این امر در مورد حمایت از کارکنان سلامت روشن است و در متن حقوق ژنو (کنوانسیون‌ها) آمده است. ماده ۲۴ کنوانسیون ژنو ۱۹۴۹ و نیز در ماده ۲۵ همان کنوانسیون، «حقوق پرسنل پزشکی یا سلامت در کمک به اسیران جنگی» مقرر شده است و حمایت از حقوق کارکنان غیر نظامی نیز در ماده ۱۵ پروتکل یکم ۱۹۷۷ آمده است.

در حقوق بین الملل، حمایت سلامت عموم مردم تابع ساخت‌های حقوقی بسیار توسعه یافته است. حمایت از پرسنل نظامی مجروح، امری جهانی است و ماده ۱۹ کنوانسیون اول ژنو ۱۹۴۹، به خدمات سلامت پرداخته است. طبق مواد ۲۲، ۳۵ و ۳۶ همان کنوانسیون، حمایت از حمل و نقل نظامی و کشتی‌های بیمارستانی که امدادسانی کرده و به مجروحان و زخمیان ناشی از درگیریها کمک می‌کنند، اصل منع شکنجه و منع آزمایش‌های زیستی در ماده ۱۲، حمایت بهداشتی جمعیت غیر نظامی در کنوانسیون چهارم ژنو و ماده ۲۳ این کنوانسیون و بند ۱ ماده ۱۱ پروتکل الحاقی اول ۱۹۷۷ نیز در خصوص ضابطه‌های پزشکی، مقرراتی را اعلام کرده‌اند. حمایت سلامت از پناهندگان و آوارگان در قطعنامه شماره ۳۴.۳۵ مورخ ۱۹۸۱ آن مجمع^۱، اولویت را برای کمک به پناهندگان آفریقایی قایل شده است. با توجه به توضیحات مندرج در این گفتار، ارتقاء حق بر سلامت می‌تواند موجب تسهیل، شناسایی و تشخیص ضرورت اقدام بشردوستانه شود.

در انتهای این مبحث می‌توان گفت حقوق بین الملل بشردوستانه در خصوص حق بر سلامت، تعهداتی را برای همه اطراف درگیر در مخاصمه، در نظر گرفته است. کلیه اعمالی که می‌تواند دسترسی به کمک‌های بهداشتی و دارویی را برای افراد دشوار سازد، ممنوع تلقی شده است، به نحوی که دولت نمی‌تواند به بهانه کنترل مرز، از ورود کمک‌های پزشکی و دارویی ممانعت به عمل آورد. این وضعیت در خصوص مخاصمات مسلحانه داخلی نیز صادق است و در آن مخاصمات نیز قواعد حقوق بین الملل بشردوستانه صادق است.^۲

از منظر حقوق کیفری، هرگونه رفتاری که موجب آسیب و صدمه به جسم و روان فرد شده و به عنوان یک عامل خطر نسبت به سلامت او محسوب و حق بر سلامت و حق بر حیات وی را تهدید کند،^۳ به دلیل حفظ شأن و کرامت انسان، دارای ضمانت اجرای کیفری و جزایی بوده و برای آن مجازات و کیفر در نظر گرفته می‌شود. در مبحث بعد به توضیح و ارتباط این دو شاخه از حقوق پرداخته می‌شود.

مبحث سوم: حقوق جهانی سلامت، حقوق کیفری و حقوق بین الملل کیفری

برای مدتی نظریه‌ها، علاقه چندانی به بعد کیفری حقوق سلامت نشان نمی‌داد. معذک، در حقوق کیفری محیط زیست، آیین نامه CE / ۹۹ / ۲۰۰۸ پارلمان اروپا و شورای ۱۹ نوامبر ۲۰۰۸ راجع به حمایت از محیط

^۱. UNGA (1981), Resolution WHA 34.35 on High Priority Ranking Assistance to Refugees in Africa.

^۲. نامی پارسا، ن. پیشین، ص ۱۳۸.

^۳. در این خصوص رجوع شود به: روحی، ع. (۹۰-۱۳۸۹)، حق سلامت جنین از منظر اخلاق، فقه و حقوق پزشکی، فصلنامه فقه پزشکی، سال دوم و سوم، شماره ۵ و ۶، ص ۸۷-۱۱۹.

زیست از طریق حقوق کیفری اروپا،^۱ چند مورد خطر مرگ را یادآور می‌شود. هر چند مقررات کیفری در زمینه تخلف از مقررات سلامت اندک است ولی جنبش طرفداران جرم انگاری برخی اقدامات و مجازات موارد نقض حقوق بین‌الملل سلامت و حقوق جهانی سلامت، قوت گرفته است. در این خصوص حقوق جهانی سلامت و حقوق کیفری از دو جنبه روش و محتوا با یکدیگر ارتباط دارند که در گفتارهای بعد توضیح داده می‌شود.

گفتار اول: رابطه بین حقوق جهانی سلامت و حقوق کیفری: از حیث روش

نگرانی در مورد حمایت از سلامت مردم، از جمله نگرانی‌های حقوق کیفری است. این حمایت اولیه‌ای است که موجب می‌شود اصل احتیاط را به مسئولیت کیفری سرایت دهد و بدین ترتیب نسخه‌ای از آنرا وارد مسئولیت مدنی و مسئولیت اداری کند. در این عرصه نیز شماری از تخلفات و جرایم، مستوجب مجازات (برای مثال ایراد صدمه عمدی یا تخلف متخصصان سلامت از اسرار حرفه‌ای در مورد سلامت مردم) و دارای ضمانت اجرای کیفری هستند.

گفتار دوم: رابطه بین حقوق جهانی سلامت و حقوق کیفری: از حیث محتوا

حقوق کیفری سلامت،^۲ شاخه‌ای جدید از حقوق و مشترک بین حقوق جهانی سلامت و حقوق کیفری است. در حقوق داخلی، دامنه مسئولیت پزشکی، وسعت یافته است. شناسایی رابطه علی بسیار با احتیاط صورت می‌گیرد مثلاً واکسیناسیون هپاتیت B و بیماری ام اس، که تعیین میزان خسارت وارده و تعریف آن دشوار است. همچنین مجموعه‌ای از مقررات حقوق بین‌الملل کیفری سلامت وجود دارد.^۳ مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، هشت اصل را مورد تأکید قرار داده است که دولت‌ها مسؤول هستند جهت حفظ سلامت مردم و تأمین حق بر سلامت آنان انجام دهند. گرچه برای تخلف در این زمینه مجازات پیش‌بینی نشده است. ولی در همه کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو، به ترتیب در مواد ۵۰، ۵۱، ۱۳۰، ۱۴۷ تخلف از اینگونه اصول که موجب جرایم جنگی و جرایم علیه بشریت گردند را مستوجب اعمال مقررات حقوق بین‌الملل کیفری سلامت دانسته است.

¹.EUR-Lex, Directive 2008/99/CE, European Parliament and Council (2008), Relative to the Environment by Criminal Law, Official Journal of the European Union, L 328, Volume 51, art. 3, pp. 28-37. (EUR-Lex is a service providing legal texts of the European Union on its official website europa.eu. Replacing the earlier service CELEX (identifier for European legal texts in EUR-Lex database), EUR-Lex provides direct free access to European Union law. The system makes it possible to consult the Official Journal of the European Union and includes inter alia the treaties, legislation, case-law and legislative proposals. It offers extensive search facilities), retrieved from eur-lex.europa.eu/collection/eu-law/legislation/recent.html ; <http://en.wikipedia.org>

².Belanger, M., Global Health Law: an introduction, op.cit., p. 46.

^۳.در این خصوص رجوع شود به:

Moreillon, L., et al., eds. (2009), *Droit Penal Humanitaire*, Basel: Helbing and Lichtenhahn, 2nd ed., p. 502.

حقوق بین‌الملل کیفری اخلاق زیستی نیز به‌عنوان شاخه‌ای از حقوق بین‌الملل کیفری است که در ارتباط و تعامل با حقوق بین‌الملل سلامت و حقوق جهانی سلامت است. ماده ۲۳ و ماده ۲۵ کنوانسیون حمایت از حقوق بشر و کرامت انسان در رابطه با کاربرد زیست‌شناسی و پزشکی مصوب شورای اروپا ۱۹۹۷ که از سال ۱۹۹۹ لازم‌الاجرا شده است، در این زمینه مطرح می‌باشند. هرچند این کنوانسیون یک سند منطقه‌ای است اما به‌دلیل حمایت از حقوق بشر و کرامت انسان موجب تقویت مقوله چهارم حقوق بشر با مبنای کرامت انسان گردید.

از رشته‌های دیگر و مهم در قلمرو و در کنش با حقوق جهانی سلامت، حقوق محیط زیست است. هرگاه آلودگی و تخریب، محیط زیست را فراگیرد، زمینه برای ابتلا به انواع بیماری و افزایش مرگ و میر فراهم می‌شود. حق بر محیط زیست یک حق مسلم بشری و جهانی است و در میان حقوق بشر بیشترین ارتباط را با حق بر سلامت و حق بر حیات دارد. به‌دلیل ارتباط تنگاتنگ و تعاملات فراوان حقوق سلامت با حقوق محیط زیست، در مبحث بعد به توضیح آن پرداخته می‌شود.

مبحث چهارم: حقوق جهانی سلامت، حقوق محیط زیست و حقوق بین‌الملل محیط زیست

بند پنجم پیشگفتار اعلامیه استکهلم، انسان را به‌عنوان ارزشمندترین موجود تلقی نموده و حق بر محیط زیست سالم (اعم از طبیعی و مصنوعی) را متعلق به انسان محسوب می‌کند.^۱ حق بر محیط زیست سالم، منعکس‌کننده ارزش‌های متعالی و پایه‌ای همانند حق بر حیات، حق بر سلامت، حق بر زندگی معیارمند است. حق بر محیط زیست سالم به‌عنوان یک حق اساسی و بنیادین جای خود را به خوبی در مجموعه حقوق بشر باز کرده و به‌طور عمده در درون نسل اول حقوق بشر توسعه یافته است.^۲

سلامت محیط از سال ۱۹۸۵ مورد توجه گسترده جامعه جهانی قرار گرفت. حق بر محیط زیست سالم دو جنبه فردی و جمعی دارد. در جنبه فردی، هیچ شهروندی حق آسیب زدن و تخریب محیط زیست را به هیچ نحوی ندارد و در بعد جمعی دولت‌ها موظف به همکاری با یکدیگر در حل مشکلات زیست محیطی جهان هستند. از اینرو حق بر محیط زیست بیشترین ارتباط را با حق بر حیات و حق بر سلامت و بهداشت دارد.^۳ نقطه عطف ارتباط حق بر محیط زیست با حقوق بشر به‌ویژه حق بر سلامت را در پرونده «لوپز استرا اسپاین»، در خصوص آلودگی فیوم، بو و سروصدای ناشی از فعالیت یک واحد تصفیه خانه فاضلاب دانست

۱. مشهدی، ع.، کشاورز، الف. (۱۳۹۱)، تأملی بر مبنای فلسفی حق بر محیط زیست سالم، دو فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهشنامه حقوق اسلامی، سال سیزدهم، شماره دوم (پیاپی ۳۶)، ص ۵۵.

۲. مولایی، ی. (۱۳۸۶)، نسل سوم حقوق بشر و حق بر محیط زیست سالم، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۳۷، شماره ۴، ص ۲۹۳.

۳. میرزاده، ن.، سپهری‌فر، س. (۱۳۹۲)، تعامل حق بر محیط زیست سالم و حق بر بهداشت، فصلنامه مطالعات حقوق بشر اسلامی، ص ۳۸.

که در ۹ دسامبر ۱۹۹۴ در دادگاه اروپایی حقوق بشر در استراسبورگ مطرح و مورد رسیدگی واقع شد. نظر دادگاه این بود که «طبیعتاً، آلودگی‌های شدید محیط زیست، بر رفاه افراد اثرگذار است و مانع بهره‌مندی آن‌ها از زیستگاهشان می‌شود، به طوری که بر زندگی شخصی و خانوادگی آن‌ها نیز تأثیر دارد، حتی اگر به طور جدی سلامت آن‌ها به خطر نیفتد» و با توجه به بند ۸ کنوانسیون اروپایی حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی سال ۱۹۵۱، مبنی بر اینکه «هرکس حق دارد زندگی شخصی، خانوادگی و محل زندگی‌اش مورد احترام قرار گرفته و رعایت شود»، اینگونه رأی داد که این بند نقض شده است.^۱

امروزه تخریب محیط زیست، حقوق بشر و اجرای آنرا با تهدید روبرو کرده است.^۲ پدیده جهانی شدن مفاهیم حقوقی را می‌توان از حقوق محیط زیست احراز نمود. هرچند هیچ یک از سازمان‌های بین‌المللی، وظیفه‌دار اختیار تنظیم مقررات در این زمینه نیست. چنین پندار مفهومی بسیار نزدیک به پندار مفهومی مربوط به حقوق سلامت است. حفظ محیط زیست و حمایت سلامت، اساساً به هم مرتبط هستند. ساخت‌های هنجاری به طور روز افزون رابطه بین دو مجموعه مقررات حقوقی را آشکار می‌کند. برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد به موجب قطعنامه شماره ۲۹۹۷ مجمع عمومی سازمان ملل ۱۹۷۲^۳ صلاحیت ویژه در مورد سلامت دارد.

اعلامیه ۱۶ ژوئن سال ۱۹۷۲ استکهلم (درباره محیط زیست، که نخستین گام جامعه جهانی در اعطای وصف حقوق بشری به حفاظت محیط زیست است)^۴ سلامت را به معنی موسع در سه حالت در نظر گرفته است: «... حالت سوم ... ما در پیرامون خود ... نقایص و کاستی‌های بزرگی می‌بینیم که برای سلامت جسمی و روحی انسان، مضر هستند».

اعلامیه ۱۴ ژوئن ۱۹۹۲ کنفرانس سازمان ملل درباره محیط زیست و توسعه برگزار شده در ریو، تأکید می‌ورزد که دولت‌ها باید به نحو مؤثر در تشویق یا پیشگیری استفاده دولت از فعالیت‌های مخرب محیط زیست و سلامت انسان، همیاری کنند. همچنین اصل ۵ اعلامیه مالمو^۵ ۲۰۰۰ که با شرکت وزیران و مسؤولان

^۱ مصفا، ن.، مخدوم، م.، الماسی، ض. (۱۳۹۰)، رهیافت برنامه‌ریزی محیط زیست، مبتنی بر حقوق بشر، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۱، شماره ۴، ص ۳۱۴.

^۲ بصیری، م.، نجفی، د. (۱۳۸۹)، حقوق بشر و اخلاق زیست محیطی، حقوق بشر، جلد ۵، شماره ۱، ص ۶۹.

^۳ UNGA (1972), Resolution 2997 (XXVIII) on Institutional and Financial Arrangement for International Environmental Cooperation, pp. 1-3.

^۴ حبیبی، م. (۱۳۸۲)، حق برخورداری از محیط زیست سالم به‌عنوان حق بشریت، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۱، شماره ۶۰، ص ۱۴۷.

^۵ United Nations Environment Program, Malmö Ministerial Declaration, 2000, 5: (Environmental threats resulting from the accelerating trends of urbanization and the development of megacities, the tremendous risk of climate change, the freshwater crisis and its consequences for food security and the environment, the unsustainable exploitation and depletion of biological resources, drought and desertification, and uncontrolled deforestation, increasing environmental emergencies, the risk to human health and the environment from hazardous chemicals, and land-based sources of pollution, are all issues that need to be addressed), retrieved from www.unep.org/malmo_ministerial.htm, Last visited (2.4.2016)

عضو برنامه محیط زیست سازمان ملل برگزار شد به خطر موجود نسبت به سلامت انسان و محیط زیست از ناحیه مواد شیمیایی خطرناک و منابع زمینی آلودگی اشاره می‌کند.

در واقع، پیوند کارکردی کلی بین محیط زیست و سلامت وجود دارد. قطعنامه شماره ۲۶.۵۸ ماه می ۱۹۷۲ مجمع جهانی سلامت در مورد شناسایی سریع خطرات سلامت از ناحیه محیط زیست و پیشگیری آثار آن،^۱ سبب شد سازمان جهانی بهداشت، برنامه‌ای را در سال ۱۹۷۴ برای نظارت بر سالم نگه داشتن محیط زیست^۲ تنظیم کند. لذا امروزه التزام به جبران خسارات زیست محیطی بر اساس قواعد مسئولیت بین‌المللی، به‌عنوان اصل مبنایی در جهت حمایت و حفاظت از محیط زیست مورد شناسایی واقع شده است.^۳

در سطح منطقه‌ای بین‌المللی، منشور اروپایی محیط زیست و سلامت در سال ۱۹۸۹^۴ در فرانکفورت در اولین کنفرانس اروپا تصویب شد که به اهتمام دولت‌های عضو سازمان جهانی بهداشت منطقه اروپا، صورت گرفت.

در تدوین حقوق جهانی سلامت، ضمن تأکید بر حفظ محیط زیست و رعایت جنبه‌های سلامت، فعالیت هنجارمند مشترک لحاظ می‌شود و عناصر مشترک مفهومی در این زمینه وجود دارد.^۵ در گفتارهای بعد به این مباحث پرداخته می‌شود.

گفتار اول: اقدامات مشترک حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل محیط زیست

فهرست اقدامات و فعالیت‌های هنجاری مشترک حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل محیط زیست، به‌مرور افزایش یافته و مجموعه حقوقی قابل توجهی را پدید آورده است. بدیهی است مسایل سلامت، مبنا و دغدغه اصلی محیط زیست است. به‌طور مثال کنوانسیون بازل در مورد کنترل انتقالات برون مرزی مواد زاید زیان‌بخش و دفع آن‌ها مورخ ۱۹۸۹^۶ که در سال ۱۹۹۲ لازم‌الاجرا شده است، در مقدمه مقرر کرده است: «دولت‌ها به‌منظور حفظ سلامت انسان و محیط زیست، زباله‌ها را با اتخاذ تدابیر مناسب دفع کنند». همچنین بندهای پ، ت، ث تعهد ۲ و تعهد ۱۳ ماده ۴ در مبحث تعهدات عمومی، ماده ۱۳ و بند ت ماده مزبور،

^۱.WHA (1973), Resolution 26.58, relative to the early identification of health risks from the environment and to the preventing of their consequences.

^۲.WHO (1974), National Academy of Sciences, The International Biological Program (IBP), the Surveillance of Environmental Salubrity (1964-1974), retrieved from www.nasonline.org/about-nas/history, Last visited (2.4.2016)

^۳.موسوی، ف.، قیاسیان، ف. (۱۳۹۰)، جبران خسارات زیست محیطی در حقوق بین‌الملل، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۱، شماره ۱، ص ۳۲۸.

^۴.World Health Organization (1989), European Charter on Environment and Health, pp. 1-6.

^۵.WHO (1989), Regional Office for Europe Copenhagen, Environment and Health, the European Charter and Commentary, coll. Regional Publications European Series, no. 35 (First European Conference on Environment and Health, Frankfurt).

^۶.UNEP (1989), Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Waste and their Disposal.

این کنوانسیون بعضاً به عنوان «کنوانسیون باسل» هم ترجمه شده است.

شماره ۴ ماده ۱۳ و بند الف شماره ۵ ماده ۱۵ همگی در راستای از بین بردن زیالها به منظور حفظ و تأمین سلامت انسان هستند.

فعالیت دیگر، کنوانسیون مبنای ریو درباره تنوع زیستی است که در سال ۱۹۹۳^۱ لازم الاجرا شده است. از جمله اهداف کنوانسیون مزبور، حفاظت از اکوسیستم‌ها و خدمات حیاتی (ضروری) آن‌ها است که مقرر شد: «تا پایان سال ۲۰۲۰، اکوسیستم‌هایی که خدمات ضروری ارابه می‌کنند از جمله خدمات مرتبط با آب، خدماتی که در سلامت، معاش و رفاه نقش دارند، ضمن در نظر گرفتن نیازهای زنان، جوامع محلی و بومی و قشر فقیر و آسیب پذیر، احیا و حفاظت گردند».

کنوانسیون روتردام^۲ ۱۹۹۸ در خصوص منع مواد شیمیایی خطرناک، نمونه دیگر از این فعالیت‌های هنجاری مشترک حقوق جهانی سلامت و حقوق بین‌الملل محیط زیست است که هدف کنوانسیون را «همکاری میان کشورهای عضو در تجارت بین‌المللی مواد شیمیایی خطرناک و ایجاد یک حاکمیت جامع بر حمل و نقل و از بین بردن پسماندهای خطرناک و سایر انواع پسماندها به منظور حفظ سلامت بشر و محیط زیست از پتانسیل خطرناک این مواد و تشریک مساعی در استفاده صحیح زیست محیطی از مواد شیمیایی خطرناک و تبادل اطلاعات مربوط به آن‌ها» اعلام داشته است.

کنوانسیون استکهلم^۳ ۲۰۰۱ درباره از بین بردن آلاینده‌های ارگانیک مقاوم^۳ که در سال ۲۰۰۴ لازم الاجرا شده است. در ماده (۱)، هدف این کنوانسیون اینگونه مقرر شده است: «با توجه به نگرش محتاطانه‌ای که در اصل (۱۵) بیانیه ریو در خصوص محیط زیست و توسعه بیان شده، هدف این کنوانسیون حفاظت سلامت انسان و محیط زیست در مقابل آلاینده‌های آلی پایدار (ارگانیک مقاوم) است». در بند الف شماره ۳ ماده ۳ با عنوان «تدابیر لازم برای کاهش یا حذف انتشار از تولید و استفاده عمدی مواد شیمیایی» به حفاظت از سلامت انسان و محیط زیست از طریق اتخاذ تدابیر لازم برای کاهش یا حذف انتشار، اشاره دارد. این فعالیت‌های مشترک، مفاهیم مشابهی بین این دو ایجاد کرده است. مفهوم سنتی مشترک بین این دو رشته، حمایت است. پندار حمایت محیط زیست در معنی موسع فهمیده می‌شود و به منظور حمایت بهداشتی است. به طور مثال ماده ۵۵ بند ۱ پروتکل الحاقی ژنو ۱۹۷۷ تأکید می‌ورزد که در جنگ دقت لازم باید معمول شود تا از محیط زیست طبیعی در برابر خسارت‌ها و آسیب‌ها حمایت و حفاظت شود.^۴

^۱.Joint UN & WHO (1992), Rio Framework Convention on Biodiversity.

^۲.Joint UN, WHO & UNEP (1998), Rotterdam Convention on Prohibition of Hazardous Chemicals.

^۳.Joint UN & WHO (2001), Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants.

این کنوانسیون به «کنوانسیون استکهلم در خصوص آلاینده‌های آلی پایدار» نیز موسوم است. آلاینده‌های آلی پایدار، طبقه‌ای از مواد شیمیایی هستند که دارای ۴ خصوصیت ذاتی سمی، تجمع پذیری، پایداری و توانایی انتقال به مسافت‌های دور می‌باشند. در این خصوص رجوع شود به: احمدی‌آسور، الف، موسی‌زاده، ش. (۱۳۸۷)، کنوانسیون استکهلم و آلاینده‌های آلی پایدار، محل انتشار: اولین کنفرانس بین‌المللی جایگاه ایمنی، بهداشت و محیط زیست در

سازمان‌ها، ص ۱. قابل دسترسی در www.civila.com

^۴.در این خصوص رجوع شود به:

از منظر اتحادیه اروپا، ۵ حق بنیادین مصرف‌کننده عبارت از: «حق بر سلامت و حمایت از بهداشت، حق حمایت از منافع مالی، حق حمایت از منافع حقوقی، حق حمایت از نمایندگی در مشارکت و حق اطلاعات و آموزش» است. با توجه به ارتباط تنگاتنگ این دو شاخه از حقوق؛ حق بر سلامت و حق بر محیط زیست سالم، جهانی شدن این دو شاخه مسلم شده است. لذا به‌منظور برخورداری از محیط زیست سالم، دولت‌ها باید از تخریب محیط زیست به بهانه انجام آزمایش‌های زیست‌محیطی و سایر اقدامات مخرب خودداری ورزند.

قوانین حمایت از مصرف‌کننده، حقوقی را برای مصرف‌کننده به رسمیت شناخته و نهادهای نظارتی را نیز برای اجرای این حقوق به وجود آورده است. حق بر سلامت و صحت کالا، و ارایه ضمانت پس از فروش جهت تضمین سلامت کالا، از جمله حقوق مهم مصرف‌کننده هستند. در مباحث بعد به ارتباط حقوق جهانی سلامت و حقوق مصرف‌کننده پرداخته می‌شود.

مبحث پنجم: حقوق جهانی سلامت و حقوق مصرف‌کننده

حقوق جهانی سلامت و حقوق مصرف‌کننده، فعالیت‌های هنجاری مشترک دارند که مربوط به حمایت سلامت مصرف‌کنندگان است. کوشش جهانی سازی که در سطح ملی و بین‌المللی جریان دارد بر ایمنی و سلامت مردم تأکید می‌ورزد. شاید بتوان گفت حقوق مصرف‌کننده کمتر از حقوق سلامت، حقوق مفهومی است. در واقع، حقوق مصرف‌کننده از نظر ماهیت قویاً عملیاتی است و متضمن مجموعه‌ای از معیارهای فنی و حقوقی است.

از جمله حقوق مصرف‌کننده، حق بر سلامت^۱ و حق دسترسی به داروهای اساسی و حیات بخش است. این حق به‌عنوان یکی از حقوق بنیادینی به‌شمار می‌رود که در نظام بین‌المللی حقوق بشر برای تحقق حق بهره‌مندی از سلامت جسمی، روحی و اجتماعی مطلوب ضرورت دارد.

حمایت از مصرف‌کننده دارو در سطح داخلی توسط دولت‌ها انجام می‌شود. به‌عنوان مثال اتحادیه اروپا، استراتژی جدید خود برای سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۷ را مبتنی بر سلامت عمومی و حمایت از مصرف‌کنندگان قرار داده بود که می‌توانست گام مهمی در راستای این حمایت باشد.^۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۲ ماده ۱۲ خود در میان اقداماتی که از دولت‌های عضو می‌خواهد تا برای تحقق حق بر سلامت اتخاذ کنند، به تعهد دول عضو جهت «پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های فراگیر، بومی و

Von Schirring, Y., Mulholland, R.C. (2002), *Health and Sustainable Development: Key Health Trends*, Geneva: WHO/HDE/HID/02.2, pp. 1-20.

^۱عباسی، م.، کاظمی، ع. (۱۳۸۷)، مواد غذایی تراریخته و حقوق مصرف‌کننده، فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، سال سوم، شماره‌های ۳ و ۴، ص ۵۱.

^۲در این خصوص رجوع شود به: حسینی، م. (۱۳۸۷)، پیوند حقوق بشر و حقوق مصرف‌کننده در حمایت از سلامت بیماران مبتلا به ایدز، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دوم، شماره ۵، ص ۵۹-۶۰.

حرفه‌ای و پیکار علیه این بیماری‌ها» اشاره کرده است. هر چند در ماده ۱۲ میثاق اشاره صریحی به مسأله دسترسی به دارو نشده است، ولی تعهد مندرج در قسمت ج بند ۲ ماده ۱۲، موضوع دسترسی به دارو به‌عنوان ابزاری برای مبارزه با بیماری‌ها را محور توجه خود قرار داده است. از اینرو، وجود دارو و دسترسی به آن، به‌عنوان عنصری حیاتی و لایتجزا در فرایند پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها به حساب می‌آید.

افزایش تأثیر مقوله جهانی شدن در گزارش توسعه انسانی برنامه سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۹ با عنوان «جهانی شدن با چهره انسانی» مورد تأیید قرار گرفته است. بنابراین مقوله جهانی شدن، اهمیت اقتصادی اختراعات دارویی را برای کشورهای پیشرفته و اهمیت حقوق بشر را برای کشورهای در حال توسعه و فقیر افزایش داده است. لذا حق دسترسی به دارو یکی از حقوق بشری مصرف‌کننده است و حتی می‌توان گفت دسترسی به دارو به‌عنوان استثنایی در تحریم‌های اقتصادی است.^۱ حمایت از سلامت مصرف‌کننده در حقوق مصرف‌کننده و حقوق جهانی سلامت، بسیار مورد توجه است. حقوق جهانی سلامت و حقوق مصرف‌کننده از جوانب مختلفی با هم در ارتباط هستند در این میان آنچه بر سلامت مردم اثرگذارتر است، سلامت غذا و سلامت ایمنی فراورده‌های غذایی می‌باشد. در گفتارهای بعد این موضوعات بررسی می‌شوند.

گفتار اول: رابطه حقوق جهانی سلامت و حقوق مصرف‌کننده از حیث سلامت و ایمنی غذای جهان^۲

ایده برخورداری مردم از غذا، متضمن پذیرش اصل حق مسلم غذا^۳ است.^۴ حق بهره‌مند شدن از غذا در وهله نخست حق برخورداری از غذای کافی است. امنیت غذا برای پیشگیری از سوء تغذیه و هدف آن، تضمین این است که مردم باید دسترسی کامل به غذا داشته باشند. شماری از سازمان‌های بین‌المللی، از جمله سازمان خواروبار و کشاورزی، ساخت‌های هنجاری برای امنیت غذایی^۵ تنظیم کرده‌اند.^۶ سازمان خواروبار و کشاورزی بر حمایت از سلامت مردم تأکید دارد (برای مثال میثاق امنیت غذای جهان مصوب ۱۹۸۵)^۷ و برنامه غذای جهان،^۸ قانون بین‌المللی عرضه جایگزین‌های شیر مادر (مصوب ۱۹۸۱)، تجدید نظر شده ۲۰۰۲ و

۱. نامی پارسا، ن.، پیشین، صص ۱۴-۱۳؛ همچنین در خصوص تحریم اقتصادی و اثرات آن در دسترسی به داروها رجوع شود به: فرخ سیری، م. (۱۳۸۸)، مناسبات متقابل میان تحریم اقتصادی و حقوق بین‌الملل بشر، رساله دکترای حقوق بین‌الملل عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

۲. World Food Safety

۳. Principle of Food Sovereignty

۴. در این خصوص رجوع شود به:

Charlier, S., & Warnotte, G., eds. (2007), *La Souverainete Alimentaire: Regards Croises*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, p. 327.

۵. Food Security

۶. Shaw, J.D. (2007), *World Food Security: a History Since 1945*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, p. 510.

۷. World Food Security Compact 1985

۸. UN World Food Program, *World Hunger Series 2007: Hunger and Health (especially part 1, entitled: The global hunger and health situation in the world, which states that "There is consensus on the human*

(...) به اهتمام سازمان جهانی بهداشت و سازمان یونسف، که همه امور سلامت را با توجه به بعد بهداشتی^۱ امنیت غذایی برای مصرف کنندگان مقرر نموده، تصویب کرده‌اند. که این موضوع شامل انسان‌ها و حیوانات هر دو می‌شود.^۲ ساخت‌های حقوقی جداگانه برای مثال برای مبارزه با آفات، تنظیم شده و سازمان خواروبار و کشاورزی در سال ۲۰۰۲ مقررات جدیدی را به جای مقررات ۱۹۸۵ برقرار کرده است. ساخت هنجاری تعیین ضابطه و نوع رفتار مأمورین، در خصوص غذا، شامل؛ معیارها، معیارهای ترکیبی، برچسب‌گذاری و معیار کیفیت در سال ۱۹۶۳ در برنامه‌های مشترک سازمان جهانی بهداشت/ سازمان خواروبار و کشاورزی مقرر و تثبیت شده‌اند. موافقت‌نامه‌های سازمان تجارت جهانی نیز مقررات راجع به غذا را لحاظ کرده‌اند و اتحادیه اروپا (در تصمیم مورخ ۱۷ نوامبر سال ۲۰۰۳) عضو تمام وقت کمیسیون مقررات غذا^۳ شده است. کنفرانس بین‌المللی تغذیه در سال ۱۹۹۲ به بحث امنیت غذایی توجه بسیاری کرده است. در این کنفرانس، برنامه اقدام تغذیه با هدف اطمینان از دسترسی تمام مردم به غذای کافی، سالم و مغذی، حفظ ارتقاء سلامت، تغذیه تمام مردم، رسیدن به محیط زیست سالم و توسعه پایدار در راستای کمک به بهبود تغذیه، سلامت، حذف قحطی و مرگ و میر ناشی از آن تدوین شد.^۴ در این راستا اقدامات متعدد داخلی،^۵ منطقه‌ای و بین‌المللی نیز در دست اقدام است.^۶

right to adequate food, nutrition and health for all"), p. 13, WFP, retrieved from <http://www.wfp.org>, Last visited (2.4.2016)

^۱.Sanitary

^۲.International Committee of the IOE (2008), Resolution no. XXVIII on Food Security and Animal Health, p. 1.

^۳.The Codex System: FAO, WHO and the Commission of the Codex Alimentarius (2006), Understanding the Codex Alimentarius, Geneva: WHO, 3rd ed., p. 41, retrieved from www.fao.org/docrep.htm, Last visited (2.4.2016)

The Codex Alimentarius or "Food Code" was established by FAO and the World Health Organization in 1963 to develop harmonised international food standards, which protect consumer health and promote fair practices in food trade. Codex Alimentarius is about safe, good food for everyone - everywhere, retrieved from www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/en/; <http://en.wikipedia.org>

^۴.فروغ‌نیا، ح. و همکاران (۱۳۹۳)، ماهیت تعهدات دولتها در خصوص حق بر غذا از منظر حقوق بین‌الملل بشر و حقوق بشردوستانه، دو فصلنامه مطالعات حقوق بشر اسلامی، سال سوم، شماره هفتم، ص ۱۴۰.

^۵.به‌عنوان مثال در جمهوری اسلامی ایران به موجب یکی از مواد الحاقی لایحه تنظیم برخی از احکام برنامه توسعه کشور (ماده ۷۴)، «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» مقرر است که تشکیل گردد که این موضوع به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده است و پس از تأیید شورای نگهبان از لازمیت اجرا برخوردار خواهد بود.

^۶.Belanger, M. (1989), International Health and Consumer Autonomy, Journal of Consumer Policy Volume XII, pp. 333-342.

گفتار دوم: رابطه حقوق جهانی سلامت و حقوق مصرف کننده از حیث ایمنی عمومی فراورده

امروزه دیگر فقط سیر کردن شکم افراد و رهایی از گرسنگی مدنظر نیست، بلکه در تأمین حق بر غذا، باید به سالم و ایمن بودن محصولات و فراورده غذایی نیز توجه نمود.^۱ حقوق مصرف کننده دستاوردهایی را در ارتباط با مسایل سلامت به دست آورده است. و این بیانگر تعدیل معیارهای جهانی در این زمینه است. اصل مسؤلیت تولید کننده^۲ و تلاش‌های جهانی سازی از سال ۱۹۹۰، پندار ایمنی عمومی فراورده^۳ را پذیرفته است.^۴ و این امر موجب شده حقوق مصرف کننده اتحادیه اروپا^۵ شکل گیرد. با توضیحات گفته شده، حقوق جهانی سلامت و حقوق مصرف کننده نیز با هم پیوندهای زیادی دارند و رعایت، احترام و تأمین حقوق مصرف کننده به ویژه در بعد سلامت، موجب رعایت و تضمین حق بر سلامت وی می‌شود. برخی از کارشناسان^۶ بر این باورند که تجارت از ویژگی‌های ذاتی طبیعت بشر است و زمانی که دولت از انجام تجارت بین‌المللی ممانعت به عمل می‌آورد، به طور مستقیم مانع حق کار (چون تجارت نقش اصلی در ایجاد مشاغل دارد) و سایر حقوق اساسی از قبیل حق بر سلامت، حق بر خورداری از آموزش و پرورش، و همچنین افزایش کار و کمک به سرمایه‌گذاری و غیره می‌شود. در مباحث‌های بعد نیز این موضوع بررسی می‌شود.

مبحث ششم: حقوق جهانی سلامت، حقوق اقتصادی و حقوق بین‌الملل اقتصادی

حقوق بین‌الملل اقتصادی که حاکم بر هرگونه رابطه اقتصادی میان تابعان حقوق بین‌الملل می‌باشد، با شاخه‌های متعدد حقوقی مانند حقوق مالکیت معنوی پیوند می‌خورد. این ارتباط به واسطه اعمال حق انحصاری اختراع ناشی از موافقت‌نامه تریپس است که خود یکی از موافقت‌نامه‌های سازمان تجارت جهانی (در خصوص حق بر سلامت) می‌باشد و به همین دلیل ارتباط وسیعی میان این دو حوزه به وجود آمده است. در این میان بحث‌های زیادی وجود دارد و این بحث‌ها و چالش‌ها صرفاً به مسائل توسعه اقتصادی محدود نمی‌شود و زمانی که موضوعات این حقوق از جمله حق اختراع و انحصارات ناشی از آن با مباحث انسانی مانند حق بر سلامت مرتبط می‌شود، چالش‌ها رنگ و بوی حقوق بشری به خود می‌گیرد.^۷

^۱عباسی، م.، حیدری، ب.، رزمخواه، ن. (۱۳۹۳)، محصولات غذایی تراریخته و چالش‌های پیشرو از منظر اخلاق زیستی و حق بر غذا، فصلنامه اخلاق زیستی، دوره ۴، شماره ۱۲، ص ۱۳۳.

^۲European Agency for Safety and Health at Work (1985), Directive 85/374/CEE on Manufacture Responsibility Principle, Liability For Detective Products.

^۳General Product Safety

^۴International Center For Quality Certification (2001), General Product Safety Directive 2001/95/CE.

^۵Weatherill, S. (2005), *EU Consumer Law and Policy*, Cheltenham: Elgar, p. 253.

^۶در این خصوص رجوع شود به:

Soraya, F. (2011), Protecting Access to Markets, COPLA, p. 2, retrieved from www.cop-la.net/en/523, Last visited (2.4.2016)

^۷صادقی، م. حمایت از اختراعات دارویی و چالش‌های حقوق بشری آن، پیشین، ص ۱۹۴.

بی‌گمان حقوق جهانی سلامت، همواره بعد اقتصادی (برای مثال جهت حمایت کارگران به‌طور اخص) داشته است. بنابراین وابستگی درونی حقوق سلامت و حقوق اقتصادی واضح است. سازمان جهانی تجارت، همچنین با عنوان «استثنائات عمومی»^۱ که برای مثال اعمال اصل گردش آزاد خدمات سلامت را محدود می‌کند، در موافقت‌نامه‌های خود، به حق حفظ سلامت عمومی اشاره دارد.

ماده ۱۴ موافقت‌نامه عمومی راجع به تجارت خدمات (که شامل نص ماده ۲۰ موافقت‌نامه عمومی راجع به تعرفه و تجارت ۱۹۴۷ است) چنین مقرر می‌کند: «با رعایت مقرراتی که نباید به شکلی اعمال شوند که تبعیض دلخواه و ناموجه بین کشورهای دارای شرایط برابر یا محدودیتی بر تجارت قایل شوند، موافقت‌نامه به‌نحوی تفسیر خواهد شد که اقدامات حمایت از سلامت انسان، حیوان یا سلامت یا حیات نبات را بتواند صورت دهد». موافقت‌نامه راجع به جنبه‌های تجارتي حقوق مالکیت فکری نیز، حمایت از سلامت عمومی متضمن انگیزه مبارزه با انحصاری شدن پروانه اختراع در این خصوص است^۲ (ماده ۲۷ - ۲).

در عصری که بیماری‌های فراگیر مثل ایدز، حیات و سلامت انسان‌ها را تهدید می‌نماید حق دسترسی به دارو، حق انحصاری اختراعات دارویی را تعدیل ساخته است.^۳ صنعت داروسازی یکی از پرسودترین صنایع جهان است. به‌عنوان مثال در سال ۲۰۰۵ سود شرکت‌های داروسازی، ۶۰۲ میلیون دلار تخمین زده شده است.^۴ حقوق مالکیت فکری (و صنعتی) که مورد نظر شرکت‌های تولیدکننده دارو است نیز، در مورد پروانه اختراع راجع به فرآورده‌های سلامت دارو (به‌طور اخص) ارتباط قوی با حقوق سلامت دارد.^۵ در نظام مالکیت صنعتی، حق ثبت اختراع به عنوان ابزاری حیاتی در توسعه صنعت فرآورده‌هایی دارویی شناخته شده و وجود آن موجب دستیابی بهتر به نظام‌های بهداشتی و درمانی مناسب و توسعه یافته و نیز به افزایش سلامت، رفاه و بهداشت عمومی شده است.^۶

اهمیت فرآورده‌های دارویی، موجب مطرح شدن سیستم دیگری شد که علاوه بر اعطای مجوز اجباری یا مصادره حق اختراع وجود دارد و در خصوص داروهای خاصی است و در ماده ۸ موافقت‌نامه تریپس هم آمده، بدین صورت است که در بعضی موارد، تعدادی از کشورها اجازه دارند که داروهای ثبت شده را قبل از انقضای

^۱ موارد استثنا بیشتر مربوط به عفت عمومی، بهداشت و زندگی انسان، حیوانات و گیاهان، منابع طبیعی و محیط زیست یا شرایط امنیتی و فورس‌ماژور است. در این خصوص رجوع شود به: سواری، ح.، راشدی، م. (۱۳۹۳)، ماهیت و قلمرو تعهد رفتار ملی در چارچوب موافقت‌نامه عمومی تجارت خدمات، مجله حقوقی دادگستری، سال هفتاد و هشتم، شماره ۸۷، ص ۵۲.

^۲ Davis, J. (2008), *Intellectual Property Law*, 3rd ed., Oxford: Oxford University Press, p. 367.

^۳ نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۱۵.

^۴ همان، ص ۳۸.

^۵ Qureshi, A., Ziegler, A. (2007), *International Economic Law*, 2nd ed., London: Sweet and Maxwell, p. 548.

^۶ در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م. و دیگران (۱۳۸۹)، حمایت قانونی از ابداعات دارویی در پرتو مطالعه تطبیقی، فصلنامه حقوق پزشکی سال چهارم، شماره پانزدهم، ص ۱۳.

اعتبار حق اختراع، بدون اجازه از دارنده، تولید کنند و این امر موجب می‌شود که به محض منتفی شدن دوره اعتبار حق اختراع، داروی ژنریک تولید شده بتواند وارد بازار شود. این برداشت و عملکرد در ادامه ماده ۸ موافقت‌نامه تریپس است که در بند ۱ مقرر می‌دارد: «اعضا در تنظیم یا اصلاح قوانین و مقررات ملی خود می‌توانند اقدامات لازم را برای حفظ حق بر سلامت و بهداشت و تغذیه و همچنین گسترش منافع عمومی در بخش‌های حیاتی و مهم برای توسعه اجتماعی، اقتصادی و فناوری اتخاذ کنند مشروط بر اینکه اقدامات با موافقت‌نامه حاضر انطباق داشته باشند. منظور از داروی ژنریک، دارویی است که دارای علامت تجاری نیست. به‌عنوان مثال Paracetamol ماده شیمیایی است که به‌عنوان یک نام تجاری برای از بین بردن درد استفاده می‌شود و اغلب هم بدون توجه به نام آن به خاطر حقی که نسبت به دارو وجود دارد استفاده می‌شود. داروهایی که با نام تجاری همراه هستند، اغلب تحت مقررات حق اختراع تولید شده‌اند و به آن‌ها ژنریک اطلاق نمی‌شود و لذا دارویی که با عنوان ژنریک تولید می‌شود یا اصلاً دارای حق اختراع نبوده است و یا مدت حمایت از آن حق اختراع منقضی شده است یا در کشوری تولید شده که از حقوق اختراعی نسبت به داروها حمایت نمی‌کند. این داروها به‌عنوان یکی از راه‌کارهای حقوقی حفظ سلامت عمومی و بهداشت با حفظ نظام مالکیت فکری محسوب می‌شوند.^۱

این بحث از نظر تاریخی در پیوند با اعمال پندار داروی ضروری و اساسی است که سازمان جهانی بهداشت، فهرستی از آن‌ها را در سال ۱۹۷۷ اعلام کرده است. در حقیقت سیاست دارویی اساسی و لازم از نظر این سازمان به معنی محدود کردن عمل شرکت‌های فراملی است.

در این رابطه، بحث با حقوق بین‌الملل اقتصادی ارتباط صریح یافته است و سازمان تجارت جهانی متعاقب «موافقت‌نامه‌های اعمال ضوابط (اقدامات) بهداشتی و بهداشت گیاهی»، که یکی از موافقت‌نامه‌های سازمان جهانی تجارت، می‌باشد، مسائل موافقت‌نامه تریپس را چاره‌جویی کرده است. حقوق سلامت با تجارت نیز دارای ارتباطات گسترده‌ای است. در خصوص رابطه سلامت عمومی و تجارت، می‌توان به «قانون معکوس مراقبت» که اول بار در سال ۱۹۷۱ مطرح شد اشاره کرد. مطابق این قانون اقشار مرفه هر جامعه که نیازهای سلامت و بهداشت کمتری دارند، دسترسی‌شان به امکانات مرتبط با سلامت بیشتر است و در خصوص اقشار ضعیف و کم درآمد این نسبت معکوس است.

رابطه بین دو حوزه سلامت و تجارت بیشترین توجه را در سازمان جهانی تجارت و سازمان جهانی مالکیت معنوی به خود جلب کرده است. در این میان مهم‌ترین نقطه تماس بین سلامت و تجارت، که در عین حال مهم‌ترین بخش حوزه سلامت هم می‌باشد، بهای اقلام دارویی برای اقشار محروم و در کشورهای در حال توسعه است. اعلامیه دوحه که در نوامبر ۲۰۰۱ که به تصویب کنفرانس وزرای کشورهای عضو سازمان جهانی تجارت

^۱ شیخی، م. (۱۳۸۸)، چالش‌های حقوق مالکیت فکری در حوزه سلامت، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰، ص ۷۷.

رسید، از نقاط عطف تعامل بین سه مقوله سلامت عمومی، تجارت و مالکیت معنوی است. در این اعلامیه به حق اعضای سازمان جهانی بهداشت برای استفاده حداکثری از انعطاف‌های مندرج در تریپس و حق آن‌ها مبنی بر اعطای «پروانه‌های اجباری» جهت تولید داروهای تحت مجوز برای شرایط اضطراری تأکید شده است.^۱ گسترش روزافزون تجارت بین‌المللی کالاها به‌ویژه در زمینه دارو و فراورده‌های دارویی، بحث ارتباط بین حقوق جهانی سلامت و تجارت بین‌الملل در زمینه تجارت دارو و سلامت و ایمنی فراورده‌های دارویی را مطرح و گسترده کرده است. در مبحث بعد این موضوع توضیح داده می‌شود.

مبحث هفتم: حقوق جهانی سلامت و تجارت بین‌الملل

در تاریخ ۱۶ دسامبر ۲۰۱۲، آتش سوزی در کارخانه مدترین در داکا موجب مرگ ۱۱۲ کارگر شد. روزنامه نیویورک تایمز آنرا واقعه دهشتناک توصیف کرد. کارگران به سمت راه پله رفتند. دو مدیر کارخانه راه را سد کرده بودند. بدون توجه به آژیر، آنان از کارگران خواستند که به سرکار خود بازگردند. دود راه پله را فراگرفته بود و داد و فریاد از پایین پله شنیده می‌شد، راه فراری هم وجود نداشت.

پس از وقوع این حادثه و سقوط ساختمان ساوار، سازمان جهانی کار، سازمان‌های مردم نهاد، مقامات دولتی و فروشندگان اروپایی، موافقت‌نامه ایمنی ساختمان و آتش سوزی را تنظیم و در سال ۲۰۱۳ امضا کردند. هرچند این موافقت‌نامه قانون‌ساز، موجب تدوین پیش‌نویس قوانینی برای آموزش ایمنی، بازرسی کارگاه و انجام اصلاحات در شرایط کار هزاران بنگلادشی، شد، ولی فروشندگان آمریکایی از اجرای تعهدات این موافقت‌نامه سرباز می‌زدند و در نهایت دولت بنگلادش ناگزیر قانون کار ۱۹۹۶ را اصلاح کرد و شرایط صنفی، حقوق کارگری و قراردادی آن‌ها در کارگاه و حمایت‌های مربوط را تقویت و تثبیت کرد. رشد و دامنه وسیع تجارت بین‌المللی کالاها (مثلاً غذا، دارو و فراورده‌های کارخانه‌ای) منبع مالی عظیمی از درآمد به جیب شرکای تجاری سرازیر می‌کند. صادرات کشاورزی جهانی برای مثال به ۱/۷ تریلیون دلار و تجارت داروها و مواد مربوط، به ۴۹۸ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۱ بوده است. تجارت بین‌الملل، منفعی از طرفین تأمین ترجیحات و سلیق مصرف‌کننده و دسترسی آسان به کالاهای ارزان را فراهم می‌کند.

موافقت‌نامه‌های سازمان تجارت جهانی موجب شده‌اند کشورهای جهان، معیارهای ایمنی خود را با التزام به رهنمودهای بین‌المللی و رعایت آن‌ها، تنظیم کنند. از میان موافقت‌نامه‌های اجباری یا چندجانبه سازمان تجارت جهانی فقط چند موافقت‌نامه زیر به‌طور مستقیم به مسأله سلامت عمومی اشاره کرده و مفادی در این‌باره دارند. این موافقت‌نامه‌ها عبارتند از: موافقت‌نامه عمومی تعرفه و تجارت (گات)،^۲ موافقت‌نامه موانع فنی فرا راه تجارت،^۳ موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی،^۴ موافقت‌نامه عمومی تجارت خدمات

1.Chan, M. (2008), Global Health Diplomacy, Negotiating Health in the 21st Century, retrieved from <http://www.who.int>, Last visited (2.4.2016)

2.General Agreement on Tariffs and Trade (GATT)

3.The Agreement on Technical Barriers to Trade (TBT)

4.The Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (SPS)

گاتس)^۱ و موافقت‌نامه جنبه‌های تجاری حقوق مالکیت فکری (تریپس)^۲. حق حفاظت از سلامت عمومی صریحاً در سازمان تجارت جهانی به رسمیت شناخته شده است و اعضای سازمان می‌توانند به هرگونه اقدام لازم برای حفظ سلامت عمومی مبادرت ورزند.

در همه این موافقت‌نامه‌ها، اقداماتی که انجام می‌شود نباید وسیله‌ای برای اعمال تبعیض خودسرانه یا غیرقابل توجیه میان کشورهای دارای شرایط یکسان، یا وسیله‌ای برای اعمال محدودیت‌های پنهان بر تجارت بین‌المللی دارو به‌شمار آیند. در این موافقت‌نامه‌ها هیچ چیز مانع اتخاذ یا اجرای اقدامات ضروری برای حفظ حیات یا سلامت انسان، حیوان یا گیاه نیست. این موضوع برای مثال در ماده ۲۰ گات با عنوان «استثنائات عمومی» به حق حفاظت از سلامت عمومی اشاره کرده است.^۳ لذا بحث نظارت بر مناطق آزاد تجاری هم در این میان مطرح شده است.^۴

ماده ۱ مقررات بین‌المللی سلامت سال ۱۹۶۹ در مورد مفهوم قرنطینه است و قرنطینه را به این معنی مقرر کرده که «حالت یا شرایطی است که مسئول کشتی، هواپیما، قطار یا سایر وسایل حمل، اقداماتی را نسبت به کشتی، هواپیما و ... اعمال می‌کند تا مانع پخش بیماری از مال موضوع قرنطینه به سایر قسمت‌ها شود». و هدف از این مقررات؛ پیشگیری، محافظت، کنترل و پاسخ سلامت عمومی به بیماری‌هایی با گسترش و سرعت انتشار بین‌المللی با روش‌های مناسب و محدود سازی خطرات ناشی از آن‌ها و اجتناب از مداخلات غیرضروری در حمل و نقل تجارت جهانی است. همچنین قطعنامه شماره ۵۱.۱۶ مورخ ۱۶ می ۱۹۹۸ مجمع جهانی سلامت در خصوص «ارتقای همکاری فنی در اصلاح نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه»^۵ است.

قطعنامه شماره ۵۹.۲۶ مورخ ۲۷ مه سال ۲۰۰۶ مجمع جهانی سلامت درباره تجارت بین‌الملل و سلامت^۶ از دولت‌های عضو می‌خواهد:

۱) گفتگوهای مشارکت‌کنندگان را در سطح ملی اعتلا دهند و رابطه درونی بین سلامت و تجارت بین‌الملل را به‌طور دقیق بررسی کنند.

۲) در مواقع لزوم، سیاست، مقررات و آیین‌نامه‌هایی وضع، و امور مورد مذاکره را چاره‌جویی و از فرصت‌ها بهره‌برداری، و چالش‌های بالقوه‌ای را رفع یا حل و فصل کنند که در تجارت یا موافقت‌نامه‌های تجاری راجع به سلامت جریان دارند.

۳) ساز و کار همیاری را با مشارکت مسئولین مالی، سلامت و تجارت و یا سایر نهادهای ذیربط ترتیب دهند و جنبه‌های تجارت مالکیت فکری را که مرتبط با سلامت هستند چاره‌جویی کنند.

1. The General Agreement on Trade in Services (GATS)

2. The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS)

۳. بزرگی، و.، پیشین، صص ۲۹ و ۳۳.

4. Gostin, L.O., Global Health Law, op.cit., pp. 45-48.

5. WHA (1998), Resolution 51.16, on Promotion of Horizontal Technical Cooperation in the Health Sector Reform of Developing Countries.

6. WHA (2006), Resolution 59.26 on International Trade and Health.

۴) رابطه تعاملی بین بخش‌های خصوصی و عمومی و در مورد رعایت سلامت در تجارت ملی برقرار کنند.

نتیجه‌گیری

حقوق جهانی سلامت در تعریف موسع خود که «شامل همه رژیم‌های حقوقی بین‌المللی مربوط به سلامت عمومی، شامل حقوق بین‌الملل محیط زیست، مقررات حقوق بشر و حقوق بشردوستانه، حقوق بین‌الملل کار و تجارت، حقوق بین‌الملل ناظر بر کنترل سلاح و ...» است و یا در تعریف مضیق که «شامل مقررات بین‌المللی حقوقی است که برای حل مسایل سلامت و مقابله با تهدیدهای سلامت و بهداشت، تنظیم و مقرر شده‌اند»، در پی تحقق رسالت خود یعنی، تضمین شرایط لازم برای دسترسی به بالاترین معیار سلامت جسمی، روحی و اجتماعی برای همه است.

با توجه به الزامات حاصل از معاهدات، قلمرو حقوق جهانی سلامت در نگاه اول شاید به نوعی محدود به مقررات معاهدات به نظر برسد. در واقع، معاهدات به مثابه قرارداد بین دولت‌ها، حدود تعهدات و دامنه شمول و اجرای مفاد آنرا پیش‌بینی کرده‌اند. برای مثال، حقوق سلامت اتحادیه اروپا، سلامت را جزئی از سیاست‌های کلی اتحادیه اروپا می‌داند. با این همه، و در مرحله بعد وجود بخش‌های متنوع دیگر حقوقی نیز موجب شده است هر یک بنا به مصلحت و حوزه تخصصی خود، حقوق جهانی سلامت را مورد توجه قرار داده‌اند. مقررات حقوق بشردوستانه، حقوق مصرف‌کننده، حقوق محیط زیست و ... از این زمره‌اند. بنابراین می‌توان گفت با توجه به اهمیت حق بر سلامت و اینکه سلامت اساس حیات و روابط سالم و تداوم زندگی است و عرصه‌های بشمارای را در بر می‌گیرد، قلمرو این حقوق که وصف جهانی دارد بسیار موسع است و هر روز زمینه جدیدی به قلمرو آن افزوده می‌شود.

نتیجه‌گیری بخش اول

بشر از دوران باستان برای ارتقای سطح سلامت جامعه و محل زندگی خود، تلاش نموده است چرا که نیاز به برخورداری از سلامت و گریز از بیماری‌ها، ریشه در فطرت آدمی داشته و به‌مثابه حقی جهان‌شمول و صرف‌نظر از زمان و مکان، مورد توجه ویژه او بوده است. از دوره‌های نخستین تاریخ بشری، حاکمان نیز، اقداماتی را به‌منظور بهبود سلامت مردم اتخاذ می‌کردند. سلامت، به‌مثابه یکی از حقوق ثابت و مسلم همه انسان‌ها، دست‌کم از پنج قرن پیش مورد توجه جدی‌تر بوده است. حفظ سلامت بی‌تردید نخستین فضیلت و مبنای همه فضایل زندگانی است. اهمیت خاص سلامت از این حیث است که به‌طور مستقیم با رفاه فرد در ارتباط است. سلامت خوب و مناسب، خواسته انسان‌ها اعم از مرد و زن در تمام جهان است و وجود مرگ‌های زودرس ناشی از برخی بیماری‌ها، و کنترل بیماری‌ها، اولین دغدغه کلیه جوامع بوده است. این امور موجب شده‌اند سلامت جزء حقوق اساسی بشر و یک حق زیربنایی محسوب شود. بهره‌مندی از سلامت، موجب پیشرفت افراد در عرصه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، خواهد شد.

سلامت مفهومی کلی است و به اقتضای میزان تحول جامعه می‌تواند وسعت معنایی بیابد. به‌طوری که در معنای وسیع خود می‌تواند از مصادیق «حق حیات» باشد چرا که بیماری‌های لاعلاج و همه‌گیر از عوامل مهم تهدید حیات بشر بوده و عدم درمان به‌موقع و عدم دسترسی به داروهای حیاتی به‌عنوان ملزومات نجات زندگی، نمایان می‌گردد. پس حق بر سلامت را باید حق بر همه چیز دانست. این حق، ارتباط تنگاتنگی با سایر حقوق بشر دارد و موجب تحقق و تقویت آن‌ها می‌شود. لذا نقض این حق بر دیگر حقوق بشری اثرگذار است. چرا که با نقض برخی اصول بنیادین حقوق بشر نمی‌توان به دنبال تضمین اجرای سایر اصول بنیادین حقوق بشری بود. حق بر سلامت، حق پیچیده‌ای است. حق مقتضی تعیین تکلیف فوری و نتیجه و پیامد حق بر حیات است. حق بر سلامت، حقی حیاتی و مستلزم اتخاذ تصمیم سریع و قطعی از حیث تحقق آن است. به همین دلیل، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر تفسیری عام شماره ۱۴ خود در مورد اجرای ملی ماده ۱۲، «حق بر سلامت» را به‌عنوان یک حق جامع در برگیرنده مراقبت‌های بهداشتی شایسته و مداوم و همچنین دسترسی به آب سالم و قابل شرب و همچنین عرضه غذای ایمن (سالم) تعبیر می‌کند.

انتشار بیماری‌های همه‌گیر از کشوری به کشور دیگر از زمان قدیم نشان داده که همکاری بین کشورها برای حفظ و ارتقای حق بر سلامت، ضروری و الزامی است. برخی کشورها بر این باورند که چنانچه خواهان حمایت از مردم باشند، و منافع جهانی شدن را مهار کنند، و قصد خدمت به سلامت مردم در سراسر جهان را داشته باشند، باید راهبردی فراحکومتی و جهانی برای سلامت اتخاذ کنند. این نشان می‌دهد سلامت، جهانی است. سلامت جهانی ناظر بر یک رشته مسایل جهانی مرتبط با سلامت و در صدد چاره‌جویی عامل‌هایی است که فراتر از مرزهای مورد نظر سلامت بین‌المللی مثلاً مرز کشورهای در حال توسعه و توسعه

یافته بوده و در حقیقت مرز در آن معنایی ندارد. برای مثال، آمادگی مقابله با آنفلونزای همه گیر و عفونت‌های مسری، تغییر آب و هوا و توسعه بین‌المللی صنعت مراقبت سلامت جهانی، مستلزم صرف بودجه بسیار بالا و «همکاری جهانی» است. کشورها، دیگر نمی‌توانند «سلامت را به‌مثابه نگرانی محدود در درون مرزهای ملی» خود ببینند. سلامت جهانی با کلیه کارکردهای سیاست خارجی در پیوند است. به عبارت دیگر، کشورهای پیشرفته باید به بهبود سلامت عمومی در کشورهای فقیر کمک کنند و تنها به یک دلیل، و آن هم عبارت از خواست آن‌ها به «بهبود سلامت عمومی در کشورهای فقیر» است. لذا وجود سلامت در برنامه‌های سیاست خارجی صرفاً مؤید این است که سیاست خارجی، سلامت را شکل و قوام می‌بخشد و بالعکس. به بیان ساده‌تر، کشورهای پیشرفته به این نتیجه رسیده‌اند که خدمت به بهبود سلامت عمومی در کشورهای فقیر، نوعی التزام به حمایت و پیشبرد منافع خود است و این امید را برجسته می‌کند که دست‌اندرکاران حرفه‌ای سلامت، با کار در سازمان‌ها و اجتماعات بین‌المللی، و تلاش بیشتر، زیرساخت‌های کافی مربوط را فراهم یا تقویت کنند. این امر بر «مشارکت و تصمیم‌گیری جمعی» تأکید می‌ورزد. سلامت جهانی، سلامت همه افراد بشر در یک متن جهانی و مافوق همه تعلقات و ملاحظات است. حقوق بشر حداقل حقوق فردی در برابر دولت است یا حداقل حقوقی است که هر فرد بایستی در مقابل دولت و دیگر مراجع عمومی بر مبنای کرامتش به‌عنوان عضو خانواده بشری فارغ از هر گونه ملاحظه دیگر، داشته باشد.

سلامت جهانی به اولویت سلامت و دسترسی به عدالت در سلامت برای همه مردم جهان تأکید دارد و مشکلات سلامت و همه آثار آن در سطح جهان را مورد توجه قرار می‌دهد. سلامت جهانی و تلاش برای اعتلای آن و مقابله با تهدیدهای سلامت، نیاز به «همکاری جهانی و توجه به ساختار اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و زیست محیطی» را اجتناب ناپذیر نموده است. حاصل این مباحث آن است که به‌طور قطع، حقوق نقش مهمی در پیشرفت و اعتلای آینده سلامت جهانی ایفا کرده است. سلامت جهانی به صورت منفرد و به زبان حقوقی‌ها، تکلیف‌ها و قواعد مشارکت از قبیل تنظیم معیارهای عالی‌سنجش و نظارت بر اجراء، شکل گرفته است. تنها از رهگذر حقوق است که افراد و مردم می‌توانند استحقاق خود را به خدمات سلامت، خواستار شوند و تعهد دولت مربوط هم احراز و ایجاد شود، و نیز از رهگذر حقوق است که هنجارها را می‌توان تنظیم، فعالیت‌های متفرق را هماهنگ و نظارت مطلوب (به‌طور مثال شفافیت، امانت، مشارکت و پاسخگویی) را تأمین نمود. این امور و واقعیت‌ها موجب تلاش‌ها، پژوهش و تأسیس رشته‌های تخصصی، دانشگاهی و درمانی شده است تا روابط را چاره‌جویی و موجبات اقدام را فراهم کنند. حق بر سلامت، به‌مثابه حق لازم‌الاتباع است و با توجه به رشد و گسترش جهانی شدن که ویژگی شاخص جهان امروز است لذا حقوق در این زمینه نقش مهمی ایفا نموده و به تنظیم و تکامل نظامی جامع تحت عنوان حقوق جهانی سلامت، یاری رسانده است.

حقوق جهانی سلامت عرصه و رشته‌ای است که دربرگیرنده هنجارهای حقوقی، فرایندها و نهادهای لازم برای ایجاد شرایط دسترسی مردم در سراسر جهان به بالاترین سطح ممکن سلامت جسمی، روحی و

اجتماعی است. در حقیقت، رسالت حقوق جهانی سلامت، «تضمین شرایط لازم برای دسترسی به بالاترین معیار سلامت جسمی، روحی و اجتماعی» برای همه مردم جهان بدون هرگونه تبعیض است.

از نظر شکل‌گیری حقوق جهانی سلامت، می‌توان گفت دوره جدید قواعد و مقررات ناظر بر حق بر سلامت با تصویب منشور سازمان ملل متحد در سال ۱۹۴۵ آغاز شده است. مطابق ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد، «احترام جهانی و مؤثر حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه، بدون تبعیض» از همه دولت‌ها خواسته شده است. منشور سازمان ملل متحد، زمینه را برای مصوبات منطقه‌ای، بین‌المللی و جهانی حقوق بشر فراهم کرده است. از جمله آن مصوبات، اعلامیه جهانی حقوق بشر است که حقوق انسانی مندرج در اعلامیه حاضر را شامل حال «همه کس» به یک اندازه «بی آنکه هیچ تمایزی از حیث نژاد، رنگ، جنسیت، زبان و ... و یا موقعیت دیگری» مطرح باشد، می‌داند. این اعلامیه، قاطعانه تبعیض را محکوم و طیفی از حقوق مرتبط با ارتقای سلامت و حمایت از آنرا مطرح کرده و از طریق دو میثاق یعنی میثاق بین‌المللی راجع به حقوق مدنی و سیاسی «میثاق سیاسی» و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی «میثاق اقتصادی» به حقوق بین‌الملل بشر یاری رسانده است.

حقوق سلامت عمومی و حقوق بشر، تعهد به بهره‌مندی از بالاترین معیار دست‌یافتنی سلامت را به‌عنوان «مال مشاع» که تمامی مردم مستحق آن هستند، مجتمعاً بر عهده دارند. و تبعیض مرتبط با سلامت خواه از نظر قانونی و خواه از نظر اجرایی باید از طریق اتخاذ برنامه‌های هدف و کم هزینه مورد برخورد قانونی قرار گیرند. لذا حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، حقوق مادرزادی کلیه افراد بشر، و صیانت و پاسداری از آنها نخستین وظیفه دولت‌ها است و با تأیید و تصدیق اینکه کلیه حقوق بشر از شأن و منزلت ذاتی انسان سرچشمه گرفته و این انسان است که موضوع کانونی حقوق بشر و آزادی‌های اساسی و در نتیجه بهره‌گیرنده اصلی از آنها بوده و باید به‌گونه‌ای فعال در تحقق این حقوق و آزادی‌ها مشارکت کند، با تأکید بر تعهد خود در قبال اهداف و اصول مندرج در منشور سازمان ملل متحد و اعلامیه جهانی حقوق بشر، با تأکید بر تعهد منعکس در ماده ۵۶ منشور سازمان ملل متحد در مورد «اقدام مشترک و جداگانه»، که طی آن بر توسعه همکاری‌های بین‌المللی مؤثر در جهت پیاده کردن اهداف مندرج در ماده ۵۵ منشور (به‌ویژه بند ب- حل مسائل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی، سلامت و مسائل مربوط به آنها و همکاری بین‌المللی، فرهنگی و آموزش)، که به حق تأکید شده است، با تأکید بر مسئولیت کلیه کشورها در چارچوب منشور برای توسعه و تشویق احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه افراد بدون تبعیض از لحاظ نژاد، جنس، زبان و یا مذهب، و ... در راستای بند اول اعلامیه وین ۱۹۹۳ «کنفرانس جهانی حقوق بشر مجدداً تعهدات رسمی تمام دولت‌ها را به‌منظور اجرای تعهداتشان در جهت ارتقاء احترام جهانی به حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین برای همه و اجرای آنها و حمایت از آنها بر طبق منشور ملل متحد، دیگر اسناد مربوط به حقوق بشر و حقوق بین‌الملل مورد تأیید قرار می‌دهد». همچنین بر اساس بند ۳۲ این اعلامیه: «کنفرانس جهانی حقوق بشر، مجدداً اهمیت تضمین جهان‌شمولی، عینیت‌گرایی و غیر گزینشی بررسی مسایل مربوط به حقوق بشر را

مورد تأیید قرار می‌دهد». می‌توان گفت «حق بر سلامت و حقوق جهانی سلامت تعهداتی مشترک و برابر هستند» و «همبستگی جهانی»، یعنی مشارکت برابر همه عامل‌ها اعم از داخلی یا بین‌المللی، را طلب می‌نماید. لذا مبنایی برای سلامت وجود دارد که سطح پایین‌تر و کمتر از آن در هیچ کشوری پذیرفتنی نیست.

مقررات بین‌المللی سلامت و سازمان جهانی بهداشت، هر دو تأکید دارند که گام نخست در جهت تأمین سلامت جهانی، توسعه ظرفیت‌ها برای تشخیص و برخورد در هر کشور و حفظ سطحی از همکاری بین همه کشورها است. و کشورهایی هم که توانایی لازم برای ایجاد ظرفیت‌های ضروری را ندارند باید از کمک‌های بین‌المللی برخوردار شوند. وجود اسناد متعدد بین‌المللی و جهانی از قبیل؛ منشور سازمان ملل متحد، اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاقین به‌ویژه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و سایر اسناد مرتبط، بر احترام جهانی و همکاری و تلاش جهت ارتقاء آن صحنه گذاشته است. در این پژوهش و از طریق این بخش، مشخص گردید میان شکل‌گیری حقوق جهانی سلامت و ملاحظات دولت‌ها رابطه تعیین‌کننده‌ای وجود دارد و با توجه به رشد روند جهانی شدن حقوق سلامت (در معنای اعم)، گسترش مبانی مرتبط، منابع این رشته حقوقی، تعاملات میان رشته‌ای و اسناد متعدد پیش‌گفته، تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت، ملاحظات آن‌ها را در جهت احترام و ارتقای حقوق جهانی سلامت تحت تأثیر قرارداد و اصل تعهد فوری و مستقیم دولت‌ها به اتخاذ اقدامات سنجیده، ملموس و هدف‌دار برای تحقق حقوق سلامت (در معنای اعم)، در اسناد مزبور، مقید یا محدود به ملاحظات دیگر نشده است. آنچه در این زمینه نیاز است همکاری همه دولت‌ها در جهت اعتلا و ارتقای آن است. بازسازی نظام‌های سلامت عمومی در کشورهای در حال توسعه و تقویت همکاری دولت‌ها با سازوکارهای اخطار شیوع جهانی بیماری سازمان جهانی بهداشت و با شبکه پاسخ‌دهی آن سازمان ضروری است. در این راه، متابعت دولت‌ها از تحقیقات، اقدامات و قوانین و مقررات مصوب آن سازمان بر طبق اساسنامه خود، با توجه به اینکه سازمان جهانی بهداشت، سیاست سلامت جهان را تنظیم می‌کند، الزامی است. در این خصوص در بخش دوم به لحاظ ارتباط موضوع، بیشتر توضیح داده می‌شود.

بخش دوم

اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری و تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت

مقدمه

حق برخورداری از بالاترین معیار دست یافتنی سلامت، از جمله حق بشری شناخته شده در مقررات حقوق بین‌الملل بشر است. اسناد متعدد منطقه‌ای و بین‌المللی حقوق بشر و یا مرتبط با آن، حق بر سلامت، را به‌عنوان حق بشری بنیادی، ذاتی و مبنای اعمال سایر حقوق بشر می‌داند. از اینرو رویکرد اسناد مزبور به حق بر سلامت، رویکرد حق محورانه است. علت این امر، توسعه همزمان در عرصه حقوق بشر سلامت عمومی و توسعه جهانی این حقوق است.

جایگاه حق بر سلامت در بسیاری از اسناد بین‌المللی به رسمیت شناخته شده و به اهمیت و ضرورت بهره‌مندی از سلامت اشاره شده است به‌حدی که بعضی معتقدند می‌توان حق بر سلامت را یک اصل کلی حقوقی بین‌المللی دانست که ریشه در فطرت آدمی و عرف دارد. لذا بشر شایسته دارا بودن حق بر سلامت است. به‌طور خلاصه اسناد شاخص عبارت از: ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد، ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هستند.

در این بخش و طی فصل‌های سه‌گانه آن، با هدف پاسخگویی به پرسش‌های فرعی اول و دوم، به بررسی حقوق و تعهدات مندرج در اسناد متعدد حقوق بشری و جهانی شدن در خصوص حق بر سلامت پرداخته شده است.

فصل اول

بررسی تفصیلی اصول بنیادین و اسناد پایه‌ای حقوق بشری در خصوص حق بر سلامت

طبق اسناد منطقه‌ای و بین‌المللی حقوق بشر و یا مرتبط با آن، حق بر سلامت، حق بشری بنیادی، ذاتی و مبنای اعمال سایر حقوق بشر است. حق بر سلامت به‌مثابه نتیجه منطقی حق بر حیات، از منزلتی والا در نظام بین‌المللی حقوق بشر برخوردار است.^۱

حق بر خورداری از بالاترین معیار دست یافتنی سلامت، از جمله حق بشری شناخته شده در مقررات حقوق بین‌الملل بشر است. این حق، به‌طور صریح، مشخص و مفصل وارد جریان مقررات حقوق بین‌الملل بشر شده است. علت این امر، توسعه همزمان در عرصه حقوق بشر سلامت عمومی و توسعه جهانی این حقوق است. این گرایش نوین در مورد حق بر سلامت تا حدودی متناسب به افزایش توجه به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از سوی جامعه بین‌المللی حقوق بشر^۲ است. این امر یا به‌شکل نظرات تفسیری عام در مورد سلامت در مجامع مقرر معاهدات سازمان ملل صورت گرفته،^۳ و یا از رهگذر تعیین گزارشگر ویژه از سوی کمیسیون حقوق بشر در سال ۲۰۰۲^۴ و یا به‌صورت برنامه و چشم‌انداز طرح «سلامت برای همه» بوده است. در خصوص توسعه جهانی حق بر سلامت، اگر نگرانی‌هایی به‌طور مثال در خصوص بیماری مانند ایدز وجود دارد، این امر از طریق انعقاد موافقت‌نامه‌های سازمان تجارت جهانی جبران شده و یا در حال چاره‌جویی است. آثار موافقت‌نامه‌های بین‌المللی تعرفه و تجارت و جنبه‌های تجاری مالکیت فکری در خصوص دسترسی به دارو و خدمات سلامت و نیز سلامت جنسی و فراوری از جمله تعهدات هستند.^۵

^۱ نامی پارسا، ن. پیشین، ص ۱۲.

^۲ International Human Rights Community

^۳ Office of High Commissioner for Human Rights (1999), CEDAW, General Recommendation No. 24 on Women and Health. ; Office of High Commissioner for Human Rights (2000), CESCR, General Comment No. 14 on the Right to the Highest Attainable Standard of Health. ; United Nations (2003), CRC General Comment No. 3 on HIV/AIDS and the Right of the Child. ; Office of High Commissioner for Human Rights (2003), CRC, General Comment No. 4 on Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child.

^۴ Office of the High Commissioner for Human Rights (2002), The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Commission on Human Rights Resolution, pp. 1-3.

^۵ از میان موافقت‌نامه‌های اجباری یا چند جانبه سازمان تجارت جهانی، موافقت‌نامه‌های تعرفه و تجارت (گات)، موانع فراراه تجارت، اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی، گاتس و تریپس به‌طور مستقیم به سلامت عمومی اشاره دارند. در

این تحولات موجب شده‌اند حق بر سلامت، در گفتمان و رویه‌های جامعه بین‌المللی حقوق بشر، به‌مثابه زبان مشترک، ضابطه و چارچوب عمل، گسترش یابد. اهمیت این بحث، محوری است زیرا درک حق بر سلامت، به تعهد، و اقدام همه این جوامع بستگی دارد و به وحدت زبان و درک همیاری بین آن‌ها مساعدت می‌کند. تدوین هنجاری حق بر سلامت از جمله اقدام‌های مجامع تدوین‌کننده معاهدات سازمان ملل و گزارشگر ویژه، در جهت آن است که این حق را کارآمد کنند تا وکلا، متخصصان سلامت عمومی و افراد حرفه‌ای دست‌اندرکار سلامت از آن به‌مثابه حق بشری «قابل عمل و کارآمد»^۱ استفاده و به آن استناد کنند.^۲ جایگاه حق بر سلامت در بسیاری از اسناد بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی، به‌رسمیت شناخته شده است.^۳

در این بخش و طی فصل‌های سه‌گانه آن، جهت پاسخگویی به پرسش‌های فرعی اول و دوم، به بررسی حقوق و تعهدات مندرج در اسناد متعدد حقوق بشری و جهانی شدن در خصوص حق بر سلامت پرداخته شده است. به‌طور خلاصه اسناد شاخص عبارت از: ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد، ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هستند.^۴ از جمله به‌عنوان ناظر بر اجرای مقررات میثاق در زمینه حق بر سلامت، فعالیت کمیسیون حقوق بشر و متعاقب آن شورای حقوق بشر و همچنین تلاش‌های سازمان جهانی بهداشت در تبیین حق بر سلامت اشاره نمود که به‌طور مفصل در گفتارهای بعد توضیح داده خواهد شد. با توجه به اسناد موجود، دولت‌ها نه تنها باید از نقض حقوق بشر خودداری کنند بلکه تا سر حد ممکن در تحقق و اجرای آن همکاری و مشارکت نموده و به دولت‌های دیگر نیز در تحقق آن‌ها یاری رسانند.

مبحث اول: بررسی جایگاه حق بر سلامت در اسناد حقوقی سخت

در فصل‌های اول و سوم بخش اول گفته شد در یک تقسیم‌بندی، اسناد بین‌المللی به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند. اسناد با محتوای حقوقی سخت و اسناد با محتوای حقوقی نرم. اسناد حقوقی سخت، مشتمل بر کنوانسیون‌ها، معاهدات و پروتکل‌های الحاقی لازم‌الاجرا برای دولت‌های متعاهد به آن‌ها است. اسناد حقوقی نرم شامل بیانیه‌ها و اعلامیه‌های اصولی اجلاس جهانی، اعلامیه‌های مجمع عمومی سازمان ملل متحد و امثال آن می‌شود. حقوق جهانی سلامت شامل اسناد و مقررات بین‌المللی «سخت» برای مثال معاهداتی که برای

این خصوص در فصل سوم؛ منابع و قلمرو حقوق جهانی سلامت از بخش اول و طی این فصل توضیح داده شده است.

^۱.Workable

^۲.Bueno de Mesquita, J. (2014), *The Right to Health in International Human Rights Law: From Normative Elaboration to Implementation*, UN Special Rapporteur on the Right to Health (Human Rights Centre, University of Essex), p. 1, retrieved from: <http://www.jrbuen.essex.ac.uk>, Last visited (3.4.2016)

^۳.آل‌کجیاف، ح.، تأثیر تحریم‌های یک‌جانبه و چندجانبه بر ایران از منظر حق بر سلامت شهروندان ایرانی، پیشین، ص ۱۴۰.

^۴.CESCR, General Comment No. 14.

دولت‌ها الزام ایجاد کرده و «نرم» برای مثال اعلامیه‌ها است که هنجارها، فرایندها و نهادهایی را شکل می‌دهد تا موجب نیل همه مردم جهان به بالاترین معیار دست یافتنی سلامت جسمی و روحی شود.

ظرفیت مقررات حقوق بشر برای بهبود و ارتقاء سلامت از شناخت گسترده و پذیرش جهانی معاهدات اصلی آن، اعلامیه‌ها، اصول و حتی اسناد غیر الزام‌آور دیگر استنباط می‌شود.

مجموعه مقررات حقوق بشر، ناشی از منشور سازمان ملل متحد و اسناد (منشور) بین‌المللی حقوق بشر (نام غیر رسمی اعطا شده به میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، اعلامیه جهانی حقوق بشر و پروتکل‌های اختیاری دیگر) و همچنین معاهدات راجع به حفاظت از جمعیت‌های خاص و تخلفات فاحش، است. در حقیقت سازمان ملل، نه (۹) معاهده اصلی حقوق بشر در مورد مقابله و حمایت از جمعیت‌های خاص تصویب کرده است. سازمان ملل همچنین اعلامیه‌ها و دستورالعمل‌هایی که بر سلامت تأثیر می‌گذارند مانند قاچاق انسان، حمایت از مردم بومی و ... را مورد بررسی و چاره‌جویی قرار داده و می‌دهد. در این فصل و طی مباحث آتی، به تفصیل به بررسی حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای حقوق بشری صرف‌نظر از اینکه سخت یا نرم باشند، پرداخته می‌شود.

جایگاه حق بر سلامت در بسیاری از اسناد بین‌المللی به رسمیت شناخته شده و به اهمیت و ضرورت بهره‌مندی از سلامت اشاره شده است به حدی که بعضی معتقدند می‌توان حق بر سلامت را یک اصل کلی حقوقی بین‌المللی دانست که ریشه در فطرت آدمی و عرف دارد.^۱ در این اسناد، حق بر سلامت گاه در مفهوم موسع خود به کار رفته که ناظر بر رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی است و گاه در مفهوم مضیق که به معنای کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیسم در حالتی فارغ از مریضی یا ناهنجاری است.^۲

گفتار اول: منشور سازمان ملل متحد مصوب ۱۹۴۵

منشور سازمان ملل، سنگ بنای مبنای حقوق بین‌الملل جدید است. دیباچه آن بیان می‌دارد قصد و اراده جامعه بین‌المللی «ایمان به حقوق بنیادین بشر، به کرامت و ارزش شخص انسان» است. از طریق منشور یا معاهده الزام‌آور، دولت‌های عضو سازمان ملل متعهد به ارتقاء و ترویج «احترام جهانی و رعایت مؤثر حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه بدون تبعیض اعم از نژاد، جنس، زبان، یا مذهب می‌باشند و کلیه اعضا متعهد به همکاری با سازمان ملل متحد برای نیل به مقاصد مذکور می‌باشند» (مواد ۵۵ و ۵۶). در ماده ۵۵

^۱ در این خصوص رجوع شود: صادقی، م. (۱۳۸۸)، حمایت از اختراعات دارویی و چالش‌های حقوق بشری آن، فصلنامه حقوق، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، دوره ۳۹، شماره ۳، ص ۲۱۵-۱۹۳.

^۲ در این خصوص رجوع شود: صادقی، م. (۱۳۸۷)، حمایت از ابداعات دارویی و الحاق به سازمان تجارت جهانی (چاپ اول)، تهران: نشر میزان.

منشور،^۱ در کنار بالا بردن سطح زندگی، ایجاد کار، رشد و توسعه، به مسأله سلامت اشاره شده است. در حقیقت این ماده، سازمان ملل را به ارتقای معیارهای بالاتر زندگی به منظور دستیابی به رشد، توسعه و ارتقاء سلامت موظف می‌کند. مقدمه منشور تأکید می‌کند حفظ و ارتقاء حقوق بشر یکی از اهداف اصلی سازمان ملل می‌باشد. به‌طور مسلم، محوریت این حق‌ها در منشور سبب شده است حقوق بشر^۲ وضعیت ممتازی بر دیگر رژیم‌های حقوقی که در تعارض با آن‌هاست را فراهم کند.

گفتار دوم: اعلامیه جهانی حقوق بشر مصوب ۱۹۴۸

ارزش‌های جهانی که خاستگاه انسانی داشته، معیارها و هنجارهای عامی را طلب می‌کنند که همه آحاد بشر در این گستره آنرا ذاتی و در وجدان خود مورد پذیرش قرار داده و بایسته و شایسته تلقی و از این منظر رعایت و احترام به این حقوق را لازم فرض می‌کنند. در اصل «بشر من حیث بشریت»، شایسته دارا بودن این حقوق اولیه است. حقوق اولیه که ناظر بر مشترکات انسانی است و از این حیث تفاوتی در ماهیت آن‌ها نیست.^۳ از اینرو اعلامیه جهانی حقوق بشر بر اساس وعده منشور سازمان ملل متحد در مورد شناسایی حقوق و آزادی‌ها، تدوین شد. ماده مورد نظر و بحث در این بند، ماده ۲۵^۴ اعلامیه است. اعلامیه جهانی حقوق بشر

۱. ماده ۵۵: به‌منظور ایجاد شرایط ثبات و رفاه که برای تأمین روابط مسالمت‌آمیز و دوستانه بین‌الملل بر اساس احترام به اصل تساوی حقوق و خودمختاری ملل، ضرورت دارد، سازمان ملل متحد امور زیر را تشویق خواهد کرد: الف- بالا بردن سطح زندگی، فراهم ساختن کار برای همه، حصول شرایط رشد و توسعه در نظام اقتصادی و اجتماعی. ب- حل مسائل اقتصادی، اجتماعی، سلامت و مسائل مربوط به آن‌ها و همکاری بین‌المللی در قلمرو امور فرهنگی و آموزش. ج- احترام جهانی و مؤثر حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه بدون تبعیض از حیث نژاد، جنس، زبان یا مذهب. ماده ۵۶: کلیه اعضا متعهد می‌شوند که با همکاری سازمان ملل متحد برای نیل به مقاصد مذکور در ماده ۵۵ به‌طور مستقل و یا با همکاری یکدیگر اقداماتی به‌عمل آورند. کرسی حقوق بشر، صلح و دموکراسی یونسکو با همکاری سازمان اصلاحات جزایی بین‌المللی (۱۳۸۰)، مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر، جلد اول، قسمت اول، اسناد جهانی، زیر نظر اردشیر امیر ارجمند، تهران: دانشگاه شهید بهشتی، مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهید بهشتی، ص ۵۱.

2. UNGA (1993), High Commissioner for the Promotion and Protection of All Human Rights, Resolution 48/141, University of Minnesota.

۳. فریمن، م. و دیگران (۱۹۹۸)، حقوق بشر در پرتو تحولات بین‌المللی، ترجمه: حسین شریفی طرازکوهی (۱۳۷۷)، تهران: نشر دادگستر، ص ۲۰-۱۹.

۴. ماده ۲۵: ۱- هر کس حق دارد که سطح زندگانی، سلامت و رفاه خود و خانواده‌اش را از حیث خوراک، مسکن، مراقبت‌های طبی و خدمات لازم اجتماعی تأمین کند و همچنین حق دارد که در مواقع بیکاری، بیماری، نقص اعضا، بیوه بودن، پیری یا در تمام موارد دیگری که به علل خارج از اراده انسان، وسایل امرار معاش از بین رفته باشد، از شرایط آبرومندانه زندگی برخوردار شود. ۲- مادران و کودکان حق دارند که از کمک و مراقبت مخصوص بهره‌مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج بدنیا آمده باشند، حق دارند که همه از یک نوع حمایت اجتماعی

بی‌تردید نقطه عطف اسناد بین‌المللی حقوق بشری است. این اعلامیه که در سال ۱۹۴۸ میلادی به تصویب مجمع عمومی سازمان ملل متحد رسید، به‌عنوان مادر اسناد حقوق بشری دوره حاضر، بیشترین نقش را در توسعه حقوق بین‌الملل بشری ایفا کرده است. اعلامیه جهانی حقوق بشر، اولین بیانیه جامعه بین‌المللی است که «معیار مشترک دستیابی همه مردم و ملت‌ها»^۱ می‌باشد و بر آن است تا موجبات ارتقای حقوق بشر که «بالاترین آمال عموم مردم»^۲ است، فراهم شود.^۳ اعلامیه جهانی حقوق بشر، معاهده نیست، بلکه قطعنامه مجمع عمومی سازمان ملل است که به‌طور کلی فاقد قدرت اجرایی است. با این وجود، برخی حقوقدانان بین‌المللی، مقررات اصلی و مهم آن از جمله ماده ۲۵ را با در نظر داشتن منابع حقوق بین‌الملل الزام‌آور می‌دانند. زیرا به‌صورت گسترده‌ای پذیرفته شده و برای سنجش رفتار کشورها به‌کار می‌رود. و به‌دلیل اینکه حقوق بنیادین اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و مدنی که تمام این‌ای هر کشوری باید از آن برخوردار شوند را مشخص کرده است، جنبه تعهدات عام‌الشمول و جهانی یافته است.

اختلافات ناشی از جنگ سرد، این امر را برای جامعه بین‌المللی غیرممکن نموده بود تا حول محور یک معاهده حقوق بشر واحد متحد شوند.^۴ پایان جنگ سرد، هرچند نه به‌صورت الزام‌آور، جامعه بین‌المللی را قادر به تجدید وحدت حقوق بشر، بازگشت کامل به مفهوم اعلامیه جهانی حقوق بشر به‌عنوان مجموعه واحد حقوق جهانی، بدون سلسله مراتب میان آن‌ها، نمود. اعلامیه و برنامه عمل وین، که در سال ۱۹۹۳ پذیرفته شد، تأکید نمود که «همه حقوق بشر، جهان‌شمول، غیر قابل تجزیه، دارای وابستگی درونی و به‌هم مرتبط هستند».^۵

در ماده ۲۵ اعلامیه مزبور، به‌صراحت به حق بر سلامت اشاره‌ای نشده و این ماده را بیشتر می‌توان حاوی «حق نسبت به سطح آبرومند زندگی» که شامل شرایطی که برای سلامت فرد کافی باشد، و نه دقیقاً منعکس کننده حق بر سلامت دانست. در بند ۱ این ماده، دو حق مرتبط به هم ذکر شده است. حق اول؛ «حق برخوردار از معیاری از زندگی» که در آن نیازهای اساسی فرد و خانواده‌اش به‌طور کامل برآورده شود. این نیازهای اساسی شامل سلامت و رفاه می‌شود و چنانچه فرد در وضعیت مطلوب سلامت و رفاه باشد، حق فوق‌تأمین شده است.

برخوردار شوند. طرح تقویت ظرفیت‌های آموزش و پژوهش حقوق بشر، گزیده‌ای از مهم‌ترین اسناد بین‌المللی حقوق بشر، ص ۱۳-۱۲.

1. A Common Standard of Achievement for all Peoples and All Nations

2. Highest Aspiration of the Common People

3. UNGA (1948), Universal Declaration of Human Rights, Resolution 217 A (III), University of Minnesota, preamble.

4. UN Treaty Collection (2015), Status of Treaties, Chapter IV: Human Rights, retrieved from <http://www.treaties.udhr.un.org>, Last visited (3/4/2016)

5. World Conference on Human Rights (1993), Vienna Declaration and Program of Action, UN Doc. A/CONF.157/23.

معنای حق بر معیار 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 است، اقتضا می‌کند دست نیاز به‌سوی دیگران از جمله دولت دراز نکند. به تعبیر دیگر، خود فرد باید با تلاش و صرف ظرفیت‌ها و امکانات خود، نیازهای اساسی خود را تأمین کند. اما تأمین این نیازها توسط خود فرد مستلزم ضوابط یا نظام اقتصادی و اجتماعی است که در آن تلاش فردی به چنین نتیجه‌ای بیانجامد. وظیفه دولت در این میان، حراست و حفاظت از چنین حقی با برقراری چنین نظامی است نه تبدیل شدن به صندوق خیریه. تعهد دولت در درجه اول تعهد به رعایت و حمایت است نه تعهد به ایفاء. بنابراین شخص خواهان حق بر معیار 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.^۱

برخی گفته‌اند که حق بر معیار کافی از زندگی می‌تواند با نظامی اقتصادی که در آن هر فرد بتواند کالا و خدمات کافی برای تأمین و توسعه سلامت را کسب کند تحقق می‌یابد، ولی این حق مقتضی نظام اقتصادی خاصی نیست. دولت سوسیالیستی رفاه که در آن، نیازهای اساسی افراد به‌طور مستقیم تأمین می‌گردد و کالا و خدمات در اختیار آنان قرار می‌گیرد به‌همان اندازه دولت رفاه غربی مدرن که اقتصاد بازار را با شبکه‌ای رفاهی ترکیب می‌کند، با الزامات این حق سازگار خواهد بود.^۲ ولی به‌نظر می‌رسد آن نظام اقتصادی که در پی تأمین مستقیم همه نیازهای معیشتی افراد باشد در راستای اصل کرامت انسانی عمل نمی‌کند. به هر حال، حق بر سطح و معیار کافی از زندگی، دست‌کم الزاماً به‌معنای دسترسی مستقیم به غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت‌های پزشکی و دریافت آن‌ها از دولت نیست. این حق در وهله نخست مستلزم شرایطی است که به افراد امکان تأمین مستقل این نیازها را با استفاده از ظرفیت‌ها و امکانات خود بدهد. از جمله این شرایط، دسترسی به شغلی است که درآمدی کافی برای فرد داشته باشد و او قادر باشد وسایل لازم را برای خود و خانواده‌اش فراهم سازد. از این جهت، حق بهره‌مندی از معیار کافی از زندگی، حقی بسیار فراگیر و گسترده است و چنانکه برخی گفته‌اند این حق شاید بیش از هر حق دیگری در سطحی وسیع و نظام‌مند، نقض شده است.^۳ علت این امر آن است که تحقق این حق با مسائل مربوط به توسعه اقتصادی، اصلاحات کشاورزی، اصول تغذیه مناسب و تجارت بین‌المللی گره خورده است.^۴

حق دوم مصرح در بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، «حق بر تأمین خدمات اجتماعی» در

^۱ در این خصوص رجوع شود به:

Eide, A. (1995), *Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights*, Martinus Nijhoff Publishers & Kluwer.

^۲ در این خصوص رجوع شود به:

Jamar, S. (1994), *The International Human Rights to Health*, Southern University Law Review 1, Volume 22, p. 1.

^۳ در این خصوص رجوع شود به:

Alston, P., Tomasevski, K., eds. (1984), *the Right to Food*, Netherland: Martinus Nijhoff.

^۴ حبیبی مجنده، م.، حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر، پیشین، ص ۱۴.

صورت فقدان سلامت، بیکاری، نقص عضو و دیگر موارد خارج از اراده فرد است. در این مواقع، شخص به طور موقت یا دائم قادر نیست حق اول را با تلاش خود تأمین کند. حق دوم در حالتی غیر عادی به شخص تعلق می‌گیرد و مستلزم دسترسی مستقیم به شبکه‌ای از خدمات اجتماعی است؛ یعنی چنانچه شخص فاقد سلامت باشد یا در دیگر وضعیت‌هایی باشد که نتواند نیازهای اساسی خود و خانواده‌اش، و از جمله خدمات پزشکی را، به دست آورد، حق مطالبه آن‌ها را دارد و دولت متعهد است این حق را تأمین کند.^۱ ماده ۲۵ حاوی حقوقی است که برای بقاء یا معیشت افراد یا گروه‌ها جنبه اساسی دارند.^۲

گفتار سوم: میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۹۶۶

گرچه اعلامیه جهانی حقوق بشر به طور عمده متکفل تبیین و حمایت از حقوق و آزادی‌های مدنی و سیاسی و در واقع وابسته به نسل اول حقوق بین‌الملل بشر است، با این وجود، مواد ۲۲ تا ۲۸ آن به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اختصاص دارد. نسل دوم حقوق بشر، حقوقی را مطرح می‌سازد که قبول آن به مثابه حق طبیعی انسان، قدرت دولت را محدود می‌کند که حق بر سلامت یکی از این حقوق مطالبه‌ای است. مفهوم «ساوات» شالوده نسل دوم حقوق بشر است که طبیعت آن‌ها اساساً اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است.^۳ ماده ۱۲^۴ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به حق بر سلامت اشاره صریح دارد. لزوم دخالت دولت در تحقق حقوق اقتصادی و اجتماعی از این جهت است که بسیاری از افراد به منابع لازم دسترسی ندارند و آنچه موجب کاهش تمایل دولت در تأمین این حقوق می‌گردد، ناشی از منفعت طلبی آنان است و نه غیر عملی بودن این حقوق.^۵ امروزه هم نسل اول حقوق بشر و عدم تحدید آن و هم برآورده ساختن حقوق مطالبه‌ای از وظایف دولت‌هاست و عدول دولت‌ها از تعهدات خود، نقض

^۱ آل کجفاف، ح.، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، پیشین، ص ۱۴۹.

^۲ ریڈل، آ.، (۲۰۱۰)، تأمین اجتماعی به مثابه حق انسانی مبانی نظری و چالش‌های فراروی، ترجمه: بهرام مستقیمی (۱۳۸۹)، قم: انتشارات آیین احمد، ص ۶۰.

^۳ رزمخواه، ن.، پیشین، ص ۷۲.

^۴ ماده ۱۲: ۱- کشورهای طرف این میثاق حق هر کس را به بهره‌مندی از بالاترین معیار قابل دست‌یافتنی سلامت جسمی و روحی 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 شرایط محیط و بهداشت [hygiene] صنعتی از جمیع جهات، ج) پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر- بومی- حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچنین پیکار بر علیه این بیماری‌ها، د) ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلاء به بیماری. مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر، اسناد جهانی، پیشین، ص ۸۴.

^۵ والدون، ج.، (۲۰۰۲)، «فلسفه حق»، ترجمه: محمد راسخ (۱۳۸۱)، حق و مصلحت، تهران: انتشارات طرح نو، ص ۱۷۳-۱۷۲.

حقوق بشر است که قابل بازخواست از سوی آحاد مردم جامعه می‌باشد.^۱ حق بهره‌مندی از بالاترین معیارهای قابل دسترسی سلامت، مانند سایر حقوق مربوط به نسل دوم، در قانون اساسی بیش از صد کشور قید شده است و مراجع ملی، تصمیمات گوناگونی برای حمایت از این حقوق به‌منابه حق اساسی افراد اتخاذ کرده‌اند. مانند دادگاه اساسی آفریقای جنوبی در حمایت بر حق بر سلامت و حق بر مسکن.^۲

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی عمده‌ترین سند الزام‌آور بین‌المللی است که توجیه حقوق بین‌الملل در دفاع از حقوق مذکور را به‌تفصیل مقرر کرده است. وجود چنین پشتوانه غنی معاهده‌ای در حمایت از حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، جایگاه ویژه‌ای به این دسته از حقوق در گفتمان حقوق بین‌الملل بشر داده است. میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌عنوان ضمیمه قطعنامه‌ای تصویب شده توسط مجمع عمومی سازمان ملل در شانزدهم دسامبر ۱۹۶۶ به‌صورت رسمی پدیدار شد. در مقدمه میثاق مزبور، بر کرامت انسان و پیوند آن با حقوق رفاهی در کنار بهره‌مندی افراد از حقوق مدنی و سیاسی، ایده‌ای که در حقیقت میراث اعلامیه جهانی حقوق بشر است، مورد تأکید و شناسایی مجدد قرار گرفته است.^۳

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌طور وسیع سند محوری حمایت از حق بر سلامت است. به‌موجب این میثاق «حق هر فرد به برخورداری از بالاترین معیار دست‌یافتنی سلامت جسمی و روحی» به‌رسمیت شناخته شده است. قابل ذکر است که میثاق سلامت روحی و سلامت جسمی را برابر تلقی کرده است.^۴

ماده ۱۲ میثاق، به‌صراحت، شکل قطعی و مشخص حق بر سلامت را «حق هر شخص به برخورداری از بالاترین معیار قابل دسترسی سلامت جسمی و روحی» اعلام نموده است. و صدر ماده ۱۱ عوامل اصلی سلامت را «حق بر معیار مناسب زندگی شامل غذای کافی، لباس و مسکن و بهبود مستمر شرایط زندگی مانند گرسنه نبودن، حقوق کار، بیمه‌های اجتماعی، حمایت از کودک، آموزش، منافع علمی مشترک و شرکت در زندگی اجتماعی» معرفی می‌کند.

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی محدودیت‌های منابعی که ممکن است مانع دولت‌ها از به‌رسمیت شناختن کامل حقوق اقتصادی و اجتماعی شود را مورد شناسایی قرار می‌دهد. مطابق بند اول ماده ۲ همان میثاق، دولت‌ها باید «به‌طور فردی و از طریق کمک و همکاری بین‌المللی، به‌خصوص اقتصادی و فنی

^۱ کوهستانی، الف، (۱۳۸۷)، جایگاه حقوق بشر در سازمان تجارت جهانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، حقوق بشر، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبائی، ص ۴۲.

^۲ نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۱۰۴.

^۳ قاری سیدفاطمی، م.، (۱۳۸۷)، حقوق بشر در جهان معاصر، دفتر دوم: جستارهای تحلیلی از حقا و آزادی‌ها، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ص ۲۸۴-۲۸۲.

^۴ Fact Sheet No. 31, p. 9.

تا حدی که منابع در دسترس آن‌ها با توجه به دستیابی تدریجی به تحقق کامل» حقوق مندرج در میثاق منجر شود، گام بردارند. یک دولت می‌تواند متابعت خود را در این زمینه با نشان دادن آگاهی از نیازهای منابع انسانی خود و اینکه برنامه‌های قابل پذیرش برای برآورده ساختن آن نیازها- یعنی برنامه‌ای که تا حد امکان تحت محدودیت‌های مالی حکمفرما قابل اجرا باشد- طراحی نموده است، اثبات نماید. حتی در فرض کمبود جدی منابع موجود در کشور که امکان تحقق حداقل تعهدات بنیادین را ممکن نمی‌سازد دولت مکلف است تلاش کافی برای تضمین حداکثر بهره‌مندی ممکن از حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در آن شرایط سخت انجام دهد. و برای آنکه دولت بتواند قصور خود در رعایت حداقل تعهدات بنیادین را به فقدان منابع موجود منتسب نماید باید ثابت کند که به‌منظور اجرای تعهدات خود به‌عنوان یک مقوله دارای اولویت، تمامی تلاش خود را جهت بهره‌گیری از کلیه منابعی که در اختیار داشته به‌عمل آورده است.^۱ تعیین و تشخیص مناسب بودن این اقدامات با کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است.^۲ و به‌نظر می‌رسد امکان بررسی این موارد با توجه به میزان توسعه یافتگی آن جامعه وجود دارد.

مفهوم «تحقق تدریجی»، رکن اصلی کل میثاق است و تعهدات دولت‌های عضو حول آن می‌گردد. اکثر حقوق مندرج در میثاق تا حد زیادی به وجود و دسترسی به منابع متکی‌اند و این موضوع در مفهوم تحقق تدریجی نهفته است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند اول نظر تفسیری عام شماره ۳ در مورد ماهیت تعهدات دولت‌های عضو میثاق می‌گوید: «ماده ۲ برای درک کامل میثاق اهمیت اساسی دارد و باید بین آن و سایر مواد میثاق رابطه‌ای پویا برقرار کرد. این ماده، ماهیت تعهدات قانونی دولت‌ها به موجب میثاق را شرح می‌دهد».^۳

مقوله «تحقق تدریجی» حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بدین معنا نیست که دولت‌ها حق دارند به‌طور نامحدود تلاش برای تحقق کامل این حقوق را به تأخیر اندازند. عده‌ای معتقدند؛ وفق رهنمودهای ماستریخت، دولت‌ها به مانند حقوق مدنی و سیاسی در گزینش و انتخاب راه‌های اجرا و اعمال تعهدات خود از یک مرز صلاحدید (آزادی عمل) برخوردارند. بنابراین اثبات این امر که پیشرفت قابل اندازه‌گیری به‌سوی تحقق کامل حقوق مورد بحث حاصل گردیده، بر عهده دولت‌هاست.^۴

دولت نمی‌تواند مفاد «تحقق تدریجی» را به‌عنوان دست‌آویزی برای عدم متابعت از تعهدات خود مورد استناد قرار دهد و نیز یک دولت نمی‌تواند با استناد به زمینه‌ها و شرایط متفاوت حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، محدودیت‌هایی بر حقوق شناخته شده در میثاق اعمال نماید. بنابراین تحقق تدریجی را نباید به

^۱ ضیال‌الدینی، الف، (۱۳۸۷)، نقش کمیته بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ارتقاء حمایت از حقوق بشر، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق بشر، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، ص ۱۰۹.
^۲ UN (1990), CESCR, General Comment No. 3, The Nature of States Parties' Obligations, (art. 2, Para. 1, of the Covenant).

^۳ رزمخواه، ن، پیشین، ص ۹۱.

^۴ ضیال‌الدینی، الف، پیشین، ص ۱۱۷-۱۲۵.

منزله در پیچه فراری برای دولت‌ها و توجیه قصور آن‌ها در به‌کارگیری تمام توان خود به‌منظور اجرای وظایف خود به‌موجب میثاق یا به‌عنوان نادیده گرفتن تعهدات ضروری دولت‌ها قلمداد نمود. ضابطه «تحقق تدریجی» می‌پذیرد که انتظارات موجه و تعهدات ملازم دولت‌های عضو، طبق میثاق یکسان و فراگیر نیست، بلکه در عوض وابسته به سطح توسعه و منابع موجود می‌باشد.

کمیته بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر تفسیری عام شماره ۳ خود در مورد ماهیت تعهدات دولت‌های عضو، عبارت «تحقق تدریجی» را اینگونه توصیف و تشریح می‌نماید: «مفهوم تحقق تدریجی حاکی از این واقعیت است که تحقق کامل کلیه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی عموماً در یک برهه زمانی کوتاه امکان‌پذیر نخواهد بود. با این حال، این واقعیت که تحقق در طی زمان یا به‌عبارت دیگر به‌طور تدریجی بر اساس میثاق پیش‌بینی گردیده است نباید مورد سوء تفسیر قرار گیرد و بر این اساس تعهدات هدف‌مند میثاق نادیده گرفته می‌شود. بنابراین، این امر تعهدی در مورد حرکت تا حد امکان سریع و مؤثر به‌سوی دستیابی به آن هدف به‌وجود می‌آورد».^۱ همچنین کمیته در این نظر تفسیری خاطر نشان می‌سازد: «در حالی که تحقق کامل حقوق مربوط می‌تواند به‌طور تدریجی حاصل گردد، اقدام به‌سوی آن هدف باید در طی یک مدت زمان کوتاه پس از لازم‌الاجرا شدن میثاق برای دولت‌های ذریبط انجام شود. این اقدامات باید سنجیده، ملموس و عینی بوده و هدف آن‌ها تا حد امکان آشکارا در راستای تحقق تعهدات به‌رسمیت شناخته شده در میثاق باشد». در واقع اصل احقاق تدریجی برای رسیدن به حقوق بشر، حیاتی است. این امر برای کشورهای دارای منابع فقیر، که باید تا حد امکان به اهداف حقوق بشری دست یابند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ولی اهمیت دیگر این مسأله این است که تعهداتی را متوجه کشورهای ثروتمند می‌نماید تا در همکاری‌های بین‌المللی در این زمینه سهیم گردند.^۲ شاید در حوزه تعهدات بتوان به این باور رسید که هیچ‌گونه تعهد و تکلیفی از نوع مطلق تحمیل نشده است بلکه دولت‌ها به‌طور کلی متعهد شده‌اند از تمامی راه‌کارهای احتمالی و با استفاده از حداکثر توانی که در اختیار دارند در مقام اجرای تعهدات میثاق برآیند.

کمیته بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در مورد تعهدات بین‌المللی جهت تضمین حق بر سلامت متذکر می‌گردد که دولت‌های عضو باید در همه حال از اعمال تحریم‌ها یا اقدامات مشابهی که دسترسی به داروها، تجهیزات و خدمات پزشکی و درمانی را در دولت‌های دیگر محدود سازد، خودداری نمایند. کمیته اظهار می‌دارد که مقولات مربوط به سلامت عمومی گاهی از سوی دولت‌ها به‌عنوان دلایل و زمینه‌هایی برای محدود ساختن اعمال دیگر حقوق بنیادین مورد استناد قرار می‌گیرد و در این خصوص تأکید می‌نماید که هدف اصلی قید محدود کننده در ماده ۴ میثاق،^۳ اساساً حمایت از حقوق افراد می‌باشد و مجوزی

^۱ General Comment No. 3, Para. 9.

^۲ سیرغانی، م، (۱۳۸۷)، حقوق بشر، ایدز و سلامت عمومی، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دوم، شماره ۵، ص ۱۸۲.

^۳ کشورهای طرف این میثاق معترفند که در تمتع از حقوقی که مطابق این میثاق در هر کشوری مقرر می‌شود آن کشور نمی‌تواند حقوق مزبور را تابع محدودیت‌هایی جز به موجب قانون بنماید و آنهم فقط تا حدودی که با ماهیت این

برای اعمال محدودیت‌ها از سوی دولت‌ها محسوب نمی‌گردد.^۱ دولت‌ها برای تحقق تدریجی باید اقدامات زیر را انجام دهند:

- پیشرفت سریع:^۲

دولت‌ها باید پیشرفت مداوم داشته باشند، «حرکت سریع و مؤثر تا حد ممکن به سمت تحقق کامل». با توجه به اصل «عدم پسرفت»^۳ دولت‌هایی که هرگونه اقدامات عمده واپس‌گرا انجام دهند، اقدامات‌شان باید با «تمامیت حقوق»، «به‌طور کامل توجیه» شود.^۴

- حداکثر منابع در دسترس:^۵

دولت‌ها باید حقوق «حداکثر منابع در دسترس» خود را به رسمیت بشناسند. اگر محدودیت منابع، ارایه آنرا برای پیروی کامل از تعهدات غیرممکن نماید، دولت‌ها «بار توجیه» اینکه آن دولت همه تلاش خود را برای استفاده منابع قابل دسترس «به عنوان یک اولویت» نموده، دارند.^۶

- همکاری بین‌المللی:^۷

دولت‌ها باید برای دسترسی به حقوق مندرج در میثاق همکاری کنند و کسانی که «آمادگی انجام چنین کاری را دارند» نیز، باید همکاری اقتصادی و فنی را معمول کنند.^۸

- حداقل تعهدات اصلی:^۹

هرچند حداقل تعهدات اصلی در میثاق بیان نشده، اما دولت‌ها حداقلی از تعهدات اصلی برای تأمین حداقل سطوح اصلی هر حقوقی را دارند.^{۱۰} در مجموع اینگونه به نظر می‌رسد که تعهدات مندرج در میثاق، صلاح‌حیدی و آرمانی نبوده، بلکه الزام‌آور و موکول به اجرای فوری کل حقوق یا بخش قابل توجهی از آن می‌باشد.^{۱۱}

گفتار چهارم: میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی مصوب ۱۹۶۶

قواعد مطرح شده در نسل اول، از جمله حقوقی بودند که برای نخستین بار در نظام حقوق موضوعه به شکل و صورت حقوقی مورد شناسایی قرار گرفته و از جایگاه حقوقی برخوردار شدند. این حقوق، منتج از نخستین شعار انقلاب فرانسه در سال ۱۷۸۹ میلادی تحت عنوان آزادی هستند. برخی نظریه پردازان، نسل اول

حقوق سازگار بوده و منظور آن منحصرأ توسعه رفاه عامه در یک جامعه دموکراتیک باشد. مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر، اسناد جهانی، پیشین، ص ۸۱.
۱. نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۱۱۵-۱۱۰.

2. Expatious Progress

3. Non-retrogression

4. General Comment No. 3, Para. 9.

5. Maximum Available Resources

6. Committee on Economic (2000), Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health, E/C.12/2000.

7. International Cooperation

8. General Comment No. 3, Para. 9.

9. Minimum Core Obligation

10. General Comment No. 3, Para. 10.

۱۱. نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۱۱۵.

حقوق بشر را متعلق به طبقه مرفه دانسته و آن را با رنگ آبی معرفی می‌کنند. مواد ۲ تا ۲۱ اعلامیه جهانی حقوق بشر، از انواع حقوق مدنی و سیاسی سخن گفته است. این حقوق بیشتر، دارای مفهوم سلبی است تا ایجابی. چرا که به‌عنوان تضمین‌کننده امنیت و آزادی انسان در برابر قدرت عمومی و دیگر افراد محسوب می‌شوند.^۱ در کنوانسیون بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی به صراحت به حق بر سلامت اشاره‌ای نشده است. کنوانسیون مزبور صرفاً در بند ۱ ماده ۲، ماده ۶، بند ۳ ماده ۱۲، بند ۳ ماده ۱۸، جزء ب بند ۳ ماده ۱۹، مواد ۲۱ و ۲۲ به سلامت و یا حقوق مرتبط با آن اشاره کرده است.^۳

این کنوانسیون، دولت‌ها را ملزم به «احترام و تضمین» حقوق مدنی و سیاسی بدون توجه به منابع در دسترس می‌کند. بدین ترتیب، میثاق کشورهای عضو را بدون قید «امکانات موجود» به تضمین حق‌های مطرح شده در میثاق مکلف می‌سازد. این موضوع در نظر تفسیری عام شماره ۳۱ کمیته حقوق بشر در خصوص ماهیت تعهدات دولت‌های عضو میثاق نیز آورده شده است. طبق بند ۱۴ این نظر تفسیری: «اجرای تعهدات ناشی از میثاق، بدون هر نوع قید و شرط و فوراً باید صورت گیرد. دولت‌های عضو نمی‌توانند به

^۱. رزمخواه، ن، پیشین، ص ۸۱.

^۲. بند (۱) ماده ۲: کشورهای طرف این میثاق متعهد می‌شوند که حقوق شناخته شده در این میثاق را درباره کلیه افراد مقیم در قلمرو تابع حاکمیتشان بدون هیچ‌گونه تمایزی از قبیل نژاد، رنگ، جنس، زبان، مذهب، عقیده سیاسی یا عقیده دیگر، اصل و منشأ ملی یا اجتماعی، ثروت، نسب یا سایر وضعیت‌ها محترم شمرده و تضمین کنند.؛ ماده ۶: حق زندگی (حق بر حیات) از حقوق ذاتی شخص انسان است.

^۳. ماده ۱۲: ... ۳- حقوق مذکور فوق تابع هیچ‌گونه محدودیتی نخواهد بود مگر محدودیت‌هایی که به‌موجب قانون مقرر گردیده و برای حفظ امنیت ملی، نظم عمومی، سلامت یا اخلاق عمومی یا حقوق و آزادی‌های دیگران لازم بوده و با سایر حقوق شناخته شده در این میثاق سازگار باشد. ماده ۱۸: ... ۳- آزادی ابراز مذهب یا معتقدات را نمی‌توان تابع محدودیت‌هایی نمود مگر آنچه منحصراً به‌موجب قانون پیش‌بینی شده و برای حمایت از امنیت، نظم، سلامت یا اخلاق عمومی یا حقوق و آزادی‌های اساسی دیگران ضرورت داشته باشد. ماده ۱۹: ... ۳- اعمال حقوق مذکور در بند ۲ این ماده مستلزم حقوق و مسؤولیت‌های خاص است و لذا ممکن است تابع محدودیت‌های معینی بشود که در قانون تصریح شده و برای امور ذیل ضرورت داشته باشد: الف - احترام حقوق با حیثیت دیگران. ب - حفظ امنیت ملی یا نظم عمومی یا سلامت یا اخلاق عمومی. ماده ۲۱: حق تشکیل مجامع مسالمت‌آمیز به‌رسمیت شناخته می‌شود اعمال این حق تابع هیچ‌گونه محدودیتی نمی‌تواند باشد جز آنچه بر طبق قانون مقرر شده و در یک جامعه دموکراتیک به مصلحت امنیت ملی یا ایمنی عمومی یا نظم عمومی یا برای حمایت از سلامت یا اخلاق عمومی یا حقوق و آزادی‌های دیگران ضرورت داشته باشد. ماده ۲۲: ... ۲- اعمال این حق تابع هیچ‌گونه محدودیتی نمی‌تواند باشد مگر آنچه که به‌موجب قانون مقرر گردیده و در یک جامعه دموکراتیک به مصلحت امنیتی ملی یا ایمنی عمومی، نظم عمومی یا برای حمایت از سلامت یا اخلاق عمومی یا حقوق و آزادی‌های دیگران ضرورت داشته باشد. این ماده مانع از آن نخواهد شد که اعضای نیروهای مسلح و پلیس در اعمال این حق تابع محدودیت‌های قانونی بشوند. مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر، اسناد جهانی، پیشین، صص ۹۸-۱۰۲.

بهبان و وجود مشکلات و ملاحظات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در اجرای تعهدات مزبور قصور نمایند.^۱

میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی از آزادی بیان، عقیده، مذهب، آزادی انتخابات، منع شکنجه و حبس خودسرانه حمایت می‌کند. گرچه حق بر زندگی در ماده ۶ بر مجازات اعدام و سلب خودسرانه حیات تأکید دارد، اولین عبارت آن «هر شخص حق ذاتی زندگی دارد»^۲ همچنین به‌طریق اولی شامل حقوق مرتبط با سلامت می‌شود. دولت‌های عضو باید همه اقدامات ممکن را برای کاهش مرگ و میر نوزادان و افزایش امید به زندگی، به‌ویژه از بین بردن سوء تغذیه و بیماری‌های همه‌گیر انجام دهند.^۳ سازوکارهای مسئولیت میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی به اندازه کافی قوی نیستند و صرفاً می‌توانند اقداماتی برای جلوگیری از آسیب‌های جبران‌ناپذیر، توصیه نمایند. اما دولت‌ها ملزم به اعمال آن‌ها نبوده و فقط به آن‌ها «توجه فوری و ویژه» نشان می‌دهند.^۴

ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی به تعهد دولت در تأمین فوری این حقوق اشاره می‌کند. برخی حقوقدانان صرفاً نسل اول حقوق بشر (آزادی‌های مدنی و سیاسی) را منطقاً به‌صورت جهان‌شمول و الزام‌آور به رسمیت می‌شناسند و برای حقوق نسل دوم خاصیت الزام‌آور قائل نیستند. حتی اگر اینگونه می‌بود حق مورد نظر ما در نسل اول نیز که حق بر سلامت به‌مثابه حق بر حیات است، از مصادیق قواعد آمره می‌باشد. طبق بند اول ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، دولت‌های عضو در قبال کلیه افراد واقع در قلمرو سرزمینی تحت صلاحیت خود متعهد به احترام و تضمین کلیه حقوق به رسمیت شناخته شده در میثاق می‌باشند بنابراین تضمین حقوق و آزادی‌های اساسی مندرج در میثاق صرفاً محدود به شهروندان یا اتباع دولت‌ها نمی‌شود. در تفسیری که از این ماده شده است، دولت‌ها در قبال کلیه افراد تحت صلاحیت و تحت حاکمیت خود صرف‌نظر از تابعیت و ملیت آن‌ها - اعم از افراد بی‌تابعیت، پناهندگان، اتباع بیگانه و کارگران مهاجر - و لو اینکه در خارج از قلمرو سرزمینی آن‌ها باشند، متعهد خواهند بود.^۵

^۱. رزمخواه، ن.، پیشین، ص ۱۱۳.

^۲. Every human being has the inherent right to life

^۳. UN Human Rights Committee (1994), General Comment No. 6, The Right to Life Survival and Development, art. 6: peace resource center, Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1, Paras. 1 & 5, p. 6.

^۴. UNGA (2008), Resolution A/RES/63/117, Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, art. 5, p. 3. ; Human Rights Committee (1994), Rules of Procedure of the Human Rights Committee, UN Doc.CCPR/C/3/Rev.3, (rule 86: The committee may, prior to forwarding its views on the communication to the state party concerned, inform that state of its views as to whether interim measures may be desirable to avoid irreparable damage to the victim of the alleged violation. In doing so, the committee shall inform the state party concerned that such expression of its views on interim measures does not imply a determination on the merits of the communication).

^۵. نامی پارسا، ن.، پیشین، صص ۱۰۲-۱۰۱. همچنین در این خصوص رجوع شود به: وکیل، الف.، (۱۳۸۸)، تعهد دولت‌ها به ترغیب و تضمین رعایت بنیادین حقوق بشر توسط دیگر دولت‌ها، رساله دکترای حقوق بین‌الملل عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی. ؛ حسینی اکبرنژاد، ح.، (۱۳۸۸)، اجرای سرزمینی میثاق

با توجه به بررسی میثاقین، صرف اعلام، تأکید و تأیید حقوق بشر برای تحقق حق‌ها کافی نیست. بلکه تعهدات لازم‌الاجرا شده در مورد آن‌ها باید به مرحله اجرا و انجام برسد. بر این اساس در هر دو میثاق از دولت‌ها خواسته شده است با اتخاذ اقدامات مناسب، به اجرای تعهدات خود در زمینه حقوق بشر بپردازند. بند اول ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از عبارت «کلیه وسایل مقتضی» و بند دوم ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی از عبارت «اتخاذ تدابیر قانونگذاری و غیر آن» برای بیان نحوه اجرای ملی تعهدات ناشی از میثاقین استفاده نموده‌اند.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند هشتم نظر تفسیری عام شماره ۳ به این نکته توجه داشته است:^۱ «سعی و اهتمام با کلیه وسایل مقتضی برای اجرای تعهدات، به‌خصوص از طریق تصویب قانون، مانع از اعمال سایر شیوه‌های مناسب به‌منظور نیل به اهداف مطرح شده در میثاق نمی‌شود». در نتیجه دولت‌ها می‌توانند به صلاحدید خود اقدام به اتخاذ اقدامات مناسب با وضعیتشان نمایند. البته یکی از تدابیر مناسب برای تحقق حقوق مندرج در میثاق، قانونگذاری است.

به باور برخی حقوقدانان، قانونگذاری به موجب میثاق الزام‌آور نیست و در صلاحدید دولت است که در مورد نیاز یا بی‌نیازی به تصویب چنین قانونی تصمیم‌گیری کند. اما این امر با توجه به بند اول ماده ۲ میثاق که ابزار قانونگذاری را یکی از ابزارهای دولت‌های عضو در تحقق حقوق مندرج در میثاق دانسته و در کنار آن، در ماده ۴ میثاق که مقرر داشته: «کشورهای طرف این میثاق معترفند که در تمتع از حقوقی که مطابق این میثاق در هر کشوری مقرر می‌شود. آن کشور نمی‌تواند حقوق مزبور را تابع محدودیت‌هایی جز به موجب قانون بنماید و آنهم فقط تا حدودی که با ماهیت این حقوق سازگار بوده و منظور آن منحصرأ توسعه رفاه عامه در یک جامعه دموکراتیک باشد» در تناقض است.

کمیته حقوق بشر نیز در بند هفتم نظر تفسیری عام شماره ۳ خود نیز به موضوع شیوه اجرای تعهدات ناشی از میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی توجه داشته است: «اقدامات مناسبی که در ماده ۲ برای اجرای تعهد توسط دولت‌های عضو مقرر شده است. می‌تواند شامل تصویب قانون، اقدامات اجرایی و قضایی (اقامه پذیرد دعوا در خصوص نقض حقوق مطرح شده در میثاق) باشد».^۲

گفتار پنجم: کنوانسیون بین‌المللی رفع هرگونه تبعیض نژادی مصوب ۱۹۶۵

بند ۴ جزء (ه) ماده ۱۵ دولت‌های عضو را متعهد می‌کند تا حق هر فرد نسبت به سلامت عمومی، مراقبت‌های پزشکی، بیمه‌های اجتماعی و خدمات اجتماعی را تضمین کنند.

بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی با تکیه بر رویه کمیته حقوق بشر، مجله پژوهش‌های حقوقی، شماره ۱۶، ص ۱۱۸-۹۵.

^۱General Comment No. 3, Para. 8.

^۲رزمخواه، ن،، پیشین، ص ۱۱۵-۱۱۳.

^۳UNGA (1966), International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination.

گفتار ششم: کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان مصوب ۱۹۷۹

کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان،^۲ در قسمت (ج) بند ۱ ماده ۱۱، ماده ۱۲ و قسمت (ب)^۳ بند ۲ ماده ۱۴ هرگونه تفاوت، حذف یا محدودیتی که «هدف یا اثر»^۴ آن محدود نمودن حقوق بشر بر اساس نژاد، رنگ، تنزل شأن یا منشأ ملی یا قومی زنان باشد را منع کرده است. مجموعه ناظر کنوانسیون مزبور «یک راهبرد جامع ملی برای اعتلای سلامت زنان در سراسر طول عمر خود»^۵ ارایه می‌دهد.

گفتار هفتم: کنوانسیون حقوق کودک مصوب ۱۹۸۹

مواد ۱۰، ۱۰، ۲۴، ۲۵، ۳۲ و ۳۹ کنوانسیون حقوق کودک به سلامت و حق بر سلامت کودک پرداخته است. مواد شاخص آن ماده ۲۴^۶ و ماده ۲۵ می‌باشند. کنوانسیون حقوق کودک،^۷ هرگونه محدودیت علیه کودک را منع می‌کند. این کنوانسیون موسع‌ترین معاهده حقوق بشری پذیرفته شده است که به وسیله همه اعضا سازمان ملل به جز آمریکا، سومالی و سودان جنوبی به رسمیت شناخته شده است. کنوانسیون، دولت‌ها را ملزم به تضمین گسترش و ارتقای سلامت کودک و به رسمیت شناختن حق بر سلامت وی برای دستیابی به بالاترین معیار سلامت جسمی و روحی می‌کند. کنوانسیون حقوق کودک، دولت‌ها را به تضمین اینکه هیچ کودکی نباید از حقوقش برای دستیابی به چنین خدمات مراقبت سلامت محروم شود، ملزم می‌نماید. دولت‌ها باید مرگ و میر کودکان و سقط را کاهش دهند،^۸ با بیماری و سوء تغذیه مبارزه کنند و رویه‌های سنتی مضر را از بین ببرند.

^۱ بند ۴ جزء ۵ ماده ۵: حق استفاده از سلامت عمومی و مراقبت‌های پزشکی، بیمه‌های اجتماعی و خدمات اجتماعی.

^۲ UN (1999), Committee on the Elimination of Discrimination against Women, General Recommendation No. 24, Women and Health, Division for the advanced of women, Department of economic and social affairs, art. 12, 2. ; UNGA (1999), Report of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, Official Records, Supplement No. 38, A/54/38/Rev.1, United Nations: New York, chapter 1, pp. 3-7.

^۳ قسمت ج بند ۱ ماده ۱۱: حق حفظ سلامت و رعایت ایمنی در محیط کار، از جمله حمایت از وظیفه تولیدمثل. و قسمت ب بند ۲: دسترسی به تسهیلات سلامت کافی از جمله اطلاعات، مشاوره و خدمات تنظیم خانواده.

^۴ Purpose or Effect

^۵ کشورهای طرف کنوانسیون حق کودک را جهت برخورداری از بالاترین معیار سلامت و از تسهیلات لازم برای درمان بیماری و توان بخشی به رسمیت می‌شناسند. آنان برای تضمین این که هیچ کودکی از رسیدن به این حق و دسترسی به خدمات سلامت محروم نخواهند شد، تلاش خواهند کرد. ۲. کشورهای طرف کنوانسیون، موضوع را تا اجرای کامل این حق دنبال خواهند کرد.

^۶ کشورهای طرف کنوانسیون حق کودک که توسط مقامات ذیصلاح به منظور مراقبت، حفاظت و یا سلامت جسمی و روحی به خانواده یا مؤسسه‌ای داده شده است را جهت انجام بررسی دوره‌ای نحوه رفتار با کودک و بررسی دوره درمان ارایه شده برای کودک و تمام وضعیت‌های مربوط به نگهداری وی را به رسمیت می‌شناسد.

^۷ UNICEF (1989), Convention on the Rights of the Child, retrieved from: www.unic-ir.org/hr/convention-child.htm, Last visited (3.4.2016)

^۸ سقط جنین مسئله‌ای فراگیر در کشورهای مختلف جهان و ریشه‌دار در تاریخ بشر است. دو گروه موافقین و مخالفین در خصوص سقط جنین وجود دارند. گروهی با تأکید بر حق حیات مادر و حیات ناقص جنین و عدم اطلاق شخصیت به وی و با استناد بر ادله‌ای چون حق دفاع از نفس، حق تصرف و ... آن را امری منطقی، مشروع و اخلاقی

در سال ۲۰۱۳ کمیته حقوق کودک، نظر تفسیری عام شماره ۱۵ را در مورد حق بر سلامت، تمرکز بر کودکان دارای محرومیت و ایجاد یک رویکرد جامع به سلامت شامل؛ دسترسی جهانی به خدمات اولیه سلامت مساوی برای همه کودکان را صادر نمود. نظر تفسیری عام شماره ۱۵ مقرر می‌دارد: «سیاست‌های اقتصاد کلان باید به گونه‌ای تنظیم شود که حق بر سلامت کودکان به طور کامل تضمین شود».^۱ کشورهای عضو متعهد هستند اقداماتی را اتخاذ کنند که در صورت اجرا، با در نظر گرفتن ژنتیک و دیگر زمینه‌های زیست‌شناختی کودک و خطراتی که کودکان در معرض آن‌ها هستند، بالاترین معیار قابل حصول سلامت تضمین شود. در ماده ۳۹ کنوانسیون مزبور نیز کشورهای طرف، باید در محیطی که موجب سلامت، اتکای به نفس و احترام کودکان قربانی بی‌توجهی، استثمار، سوء استفاده، شکنجه یا سایر اعمال خشونت‌آمیز، غیر انسانی و تحقیرکننده یا جنگ بوده است، تمام اقدامات لازم را به عمل آورند.

گفتار هشتم: کنوانسیون بین‌المللی حقوق راجع به اشخاص معلول مصوب ۲۰۰۶

مواد ۱۷ و ۲۵ کنوانسیون حقوق راجع به اشخاص معلول مصوب ۲۰۰۶ به حق برخورداری از بالاترین معیارهای قابل حصول سلامت بدون تبعیض بر مبنای معلولیت اشاره دارد. با توجه به مقدمه کنوانسیون، که دولت‌های عضو، ارتقاء و حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت (بند ک) را تعهد نموده و با توجه به اینکه هدف کنوانسیون حاضر، ارتقاء، حمایت و تضمین بهره‌مندی برابر و کامل افراد دارای معلولیت از کلیه حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین و ارتقاء احترام نسبت به منزلت ذاتی آن‌ها می‌باشد. (ماده ۱، هدف)، کنوانسیون از برخورداری کامل و مساوی حقوق بشر برای اشخاص معلول و برابر با دیگران حمایت می‌کند. ابعاد و آثار این معاهده گسترده است به طوری که حدود یک میلیارد فرد با انواع معلولیت‌ها زندگی می‌کنند. اصول اولیه کنوانسیون عبارت از تساوی، اتکاء به خود و شرکت در کلیه فعالیت‌های اجتماعی می‌باشد.

می‌دانند. گروه دیگر با تکیه بر حق حیات جنین و استقلال و کرامت جنین، قابل به عدم جواز سقط او شده‌اند و چنین کاری را نادرست قلمداد نموده‌اند. از آنجا که نجات جان مادر مورد قبول اکثریت صاحب‌نظران است، لذا به نظر می‌رسد با توجه به اینکه امکان دارد شرایطی ایجاد شود که در طی آن سقط جنین قانونی تلقی شود، دولت‌ها باید در این خصوص اتخاذ تصمیم نمایند. در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م. (۱۳۹۴)، *مطالعه تطبیقی سقط جنین*، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۲۷۳؛ اسکینج، دی. جی. (۲۰۰۹)، *حقوق، اخلاق و پزشکی: مطالعه در حقوق پزشکی*، ترجمه: محمود عباسی، بهرام مشایخی (۱۳۸۸)، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، ص ۱۶-۳۲.

^۱ UN (2003), Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 15, The Right of The Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health, pp. 8-15. ; UN Doc. CRC/C/GC/15, 2013, arts. 24-25.

^۲ ماده ۱۷: هر فرد دارای معلولیت از حق احترام به سلامت جسمی و روحی بر مبنای برابر با سایرین برخوردار می‌باشد. ماده ۲۵: دولت‌های عضو، برای افراد دارای معلولیت، حق برخورداری از بالاترین معیارهای قابل حصول سلامت را بدون تبعیض بر مبنای معلولیت، به رسمیت می‌شناسند. دولت‌های عضو تمامی تدابیر مناسب برای اطمینان از دسترسی افراد دارای معلولیت به خدمات سلامت که دارای حساسیت‌های جنسیتی می‌باشند، از جمله توانبخشی مرتبط با سلامت را اتخاذ می‌نمایند. ... اداره حقوق بشر وزارت امور خارجه، *کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت* (۲۰۰۷)، ترجمه: محمد پورنجف (۱۳۸۶)، تهران: وزارت امور خارجه، ص ۷.

دولت‌ها باید هرگونه تبعیض عام و خاص را نسبت به این افراد منع کنند، دسترسی به تکنولوژی را گسترش دهند و با تعصب مبارزه کنند. دولت‌ها باید افراد معلول را قادر به زندگی مستقل کنند. کنوانسیون راجع به اشخاص معلول مستلزم دسترسی یکسان به مراقبت سلامت برای معلولان مانند سایر مردم، ارایه خدمات سلامت و درمان الزامی برای جلوگیری از معلولیت بیشتر، آموزش شخصی سلامت، بهره‌مندی از خدمات بازتوانی و توان‌بخشی و منع تبعیض در خصوص برخورداری از تسهیلات بیمه است.^۱

گفتار نهم: کنوانسیون بین‌المللی راجع به حمایت از حقوق همه کارگران مهاجر و اعضای خانواده آن‌ها مصوب ۱۹۹۰

حدود ۱۹۰ میلیون نفر مهاجر در سراسر دنیا شامل کارگران، پناهندگان، پناهجویان و مهاجران دائمی وجود دارند که ۳ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند و این واقعیتی است که امروزه به‌عنوان یک موضوع مهم بین‌المللی دارای ابعاد و آثار مختلف اقتصادی، اجتماعی، انسانی، حقوقی و سیاسی می‌باشد. مهاجران از نظر حقوقی دارای وضعیت‌های متفاوتی می‌باشند. مهاجرانی که به‌صورت قانونی در کشورها با داشتن مدارک معتبر و ثبت شده زندگی و کار می‌کنند. در کنار آنان، مهاجرانی که فاقد مدارک مورد نیاز و معتبر می‌باشند نیز، وجود دارند. لذا این تفاوت‌ها باعث ایجاد تفاوت در برخورداری از حقوق نیز می‌شوند ولی صرفنظر از این تفاوت‌ها باید توجه مسئولانه داشت که آن‌ها انسان هستند و احترام و حمایت از حقوق بشر آن‌ها مهم است.

کنوانسیون حمایت از حقوق همه کارگران مهاجر و اعضای خانواده آن‌ها، یک سند همه‌جانبه بین‌المللی شامل یک سلسله موازین اخلاقی و حقوقی است که به‌عنوان یک راهنما و انگیزه برای حمایت از حقوق مهاجران در کشورها، توسط مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۱۹۹۰ تصویب شد و ۱۳ سال بعد پس از تأیید و تصویب ۲۰ کشور در سال ۲۰۰۳ اجرایی گردید و در حال حاضر دارای ۳۷ عضو می‌باشد.^۲ کنوانسیون بین‌المللی راجع به حمایت از حقوق همه کارگران مهاجر و اعضای خانواده آن‌ها در ماده ۲۸، بند (د) ماده ۴۳ و بند (پ) ماده ۴۵ به حق خدمات و مراقبت‌های پزشکی و ... اشاره دارد. حقوق مندرج در این

^۱. UNGA (2006), International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of with Disabilities.

و همچنین در این خصوص رجوع شود به:

Joint World Health Organization & World Bank (2011), World Report on Disability, Malta: WHO.

^۲. مصفا، ن. (۱۳۸۷) نگرشی به کنوانسیون بین‌المللی حقوق همه کارگران مهاجر و خانواده آن‌ها، نشریه علمی- ترویجی سیاست خارجی، شماره ۸۵، ص ۶۹-۶۸. (طبق آمارهای موجود سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۱۵ تعداد مهاجران به حدود ۲۳۲ میلیون نفر افزایش یافته است).

^۳. ماده ۲۸: کارگران مهاجر و اعضای خانواده آن‌ها از حق خدمات و مراقبت‌های پزشکی که برای حفظ خانواده خود و اجتناب از آسیب جبران‌ناپذیر سلامت بر اساس برابری از درمان با اتباع دولت مربوط بهره‌مند هستند. برخورداری از چنین خدمات سلامت و اورژانس پزشکی نباید موجب برهم زدن نظم کشور محل اقامت و یا اشتغال شود. ماده ۴۳:

کنوانسیون برای کارگران و خانواده‌های آنان صرف‌نظر از مهاجران قانونی و غیر قانونی اعمال می‌گردد.^۱ در سال ۱۹۹۵، ۱۲۵ میلیون کارگر مهاجر در خارج از کشور خود زندگی می‌کردند و سازمان بین‌المللی کار اعلام کرد که بیش از ۹۰ میلیون نفر (کارگر مهاجر و خانواده‌هایشان، چه قانونی یا غیر قانونی) در کشور دیگری هستند و این آمار به‌غیر از افرادی است که تابعیت خود را تغییر داده‌اند،^۲ و با توجه به این واقعیت که مهاجرت اغلب به‌علت بروز مشکلات جدی برای اعضای این خانواده از کارگران مهاجر می‌باشد، کنوانسیون حاضر تصویب شد. در میان مهاجران، به وضعیت سلامت زنان و کودکان، به‌عنوان اقشار آسیب‌پذیر، بیشتر باید توجه داشت. زنان معمولاً یک و نیم میلیون نفر از جمعیت مهاجر جهان را تشکیل می‌دهند.

عوامل مختلف مثل جهانی شدن، جستجوی فرصت‌های جدید شغلی، فقر، رویه‌های جنسیتی- فرهنگی و بلایای طبیعی یا جنگ‌ها و مناصمات مسلحانه داخلی، زمینه مهاجرت آن‌ها را ایجاد می‌کند. این عوامل همچنین به نوع کاری که به آن‌ها به‌دلیل جنسیت‌شان داده می‌شود، تأثیر می‌گذارد. کارگران مهاجر اغلب از نارسایی‌هایی که سلامت آن‌ها را تهدید می‌کند، رنج می‌برند و اغلب به خدمات سلامت دسترسی ندارند. از آنجایی که زنان، نیازها و ضرورت‌های متفاوتی در زمینه سلامت، نسبت به مردان دارند، بنابراین باید به زنان و نیازهایشان توجه ویژه شود.^۳

اهمیت حق بر سلامت در میثاق و کمک به دولت‌ها در اجرای تعهدات خود در مورد حق بر سلامت موجب شد کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به صدور نظر تفسیری عام در این زمینه مبادرت ورزد که در مبحث بعد این موضوع بررسی می‌شود.

کارگران مهاجر باید از رفتار برابر با اتباع دولت محل اشتغال خود در رابطه با امور زیر برخوردار شوند؛ ... بند (د): دسترسی به خدمات اجتماعی و سلامت، به‌شرطی که شرایط لازم برای شرکت در طرح‌های مربوطه را رعایت کنند. ماده ۴۵: اعضای خانواده کارگران مهاجر باید در دولت محل اشتغال از حق برابری درمان با اتباع آن کشور در رابطه با ... بند (پ): دسترسی به خدمات اجتماعی و سلامت، به‌شرطی که شرایط لازم برای شرکت در طرح‌های مربوطه را رعایت کنند، داشته باشند.

^۱.UN (2005), Economic and Social Council, Commission on Human Rights, E/CN.4/2005/85, Specific Groups and Individuals: Migrant Workers.

^۲.World Health Organization (2003), International Migration, Health and Human Rights, Health and Human Rights Publication Series, Issue no. 4, p. 13. ; Joint UNAIDS, IOM, OIM (2001), **Migrants' Right to Health**, Best Practice Collection, Geneva: Switzerland, pp. 1 - 3.

^۳.CEDAW (2009), General Recommendation No. 26 on Women Migrant Workers, CEDAW/C/2009/WP.1/R, 2008, pp. 1 & 4.

مبحث دوم: نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در خصوص حق بر سلامت

میثاق، چارچوب و ضوابطی را تهیه کرده که به طور وسیع مورد قبول واقع شده و آنچه را که انتظار می رود از خدمات، کالاها و امکانات سلامت تضمین کند، معرفی کرده است. این شاخص ها و عامل های اساسی سلامت باید موجود، در دسترس، مطلوب و از کیفیت مناسب برخوردار باشند.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ۱۱ می سال ۲۰۰۰، نظر تفسیری عام شماره ۱۴ را در زمینه «حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت» صادر نمود. هدف کمیته از ارایه این نظر تفسیری عام، مساعدت به کشورهای عضو میثاق در ایفای تعهد گزارش دهی آن ها دانسته شد.^۱ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اعتقاد دارد که حق بر سلامت متضمن آزادی ها و حقوق است. کمیته، حق بر سلامت را بدان گونه که در بند ۱ ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشخص و تعریف شده، به مثابه یک حق جامع که نه تنها شامل مراقبت های بهداشتی به موقع و مقتضی، بلکه علاوه بر آن شامل عوامل تعیین کننده سلامت مانند دسترسی به آب آشامیدنی پاک و سالم، بهداشت کافی، ذخیره کافی از غذای سالم، تغذیه و مسکن، شرایط ایمنی کاری و محیطی نیز می شود، تفسیر نموده است. همچنین بیان می دارد از آنجا که برخی بیماری ها قابلیت شیوع ناگهانی را دارند، لذا جامعه بین المللی در ارتباط با این امر دارای مسئولیت جمعی بوده و در این میان کشورهای توسعه یافته نسبت به کمک به کشورهای در حال توسعه دارای مسئولیت ویژه می باشند. لذا برجسته ترین ویژگی این حقوق آن است که تحقق آن ها در گرو دخالت دولت به عنوان نخستین مرجع تضمین کننده بهره مندی تمام افراد جامعه از آن حقوق است.^۲ در گفتار بعد به تفصیل، به تحلیل نظر تفسیری مزبور پرداخته می شود.

گفتار اول: بررسی و تحلیل نظر تفسیری عام کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

کمیته ناظر میثاق در ابتدای نظر تفسیری عام خود و در قسمت محتوای هنجاری ماده ۱۲ اصطلاح های مزبور را تعریف کرده است. در حالی که می توان نظریه پردازی کرد که حق بر سلامت چه مواردی را در بر می گیرد. اجماع حاصل ظرف بیست سال گذشته چنین است که کمیته میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، عناصر اساسی را در نظر تفسیری عام شماره ۱۴ مورخ ۲۰۰۰ آورده است. به طور نمونه موجود بودن^۳ تسهیلات، خدمات و کالاها، نه تنها مربوط به نظام سلامت (مانند بیمارستان ها، کلینیک ها، کادر پزشکی متخصص، دارو و ...) بلکه به عامل های اساسی سلامت (از قبیل آب آشامیدنی سالم و بهداشت کافی) نیز اطلاق می شود.

^۱.General Comment No. 14.

^۲.همان، ص ۱۰۵-۱۰۴.

^۳.Availability

کمیته میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، چند حق را اجزای به‌هم پیوسته حق بر سلامت معرفی کرده است که عبارت از حق بر غذا، حق بر مسکن، حق بر کار، حق بر آموزش و پرورش، حق بر حفظ کرامت (شأن) انسانی، حق بر زندگی، حق بر محیط زیست، حق بر عدم تبعیض، حق بر برابری، حق بر منع شکنجه، حق بر رعایت حریم خصوصی، حق بر دسترسی به اطلاعات و حق بر آزادی انجمن‌ها، گردهمایی‌ها و جنبش‌ها می‌باشند.^۱

نظر تفسیری عام کمیته از چند نکته مقدماتی و پنج بخش تشکیل شده است. این نکات را می‌توان به شرح ذیل خلاصه کرد:

۱- حق بر سلامت، حق بشری بنیادی است و برای اعمال حق‌های بشری دیگر ضروری و اجتناب ناپذیر است. هر انسانی حق دارد از بالاترین سطح قابل حصول سلامت منتج به زندگی توأم با کرامت برخوردار شود.

۲- حق بر سلامت، جایگاهی ویژه در اسناد متعدد بین‌المللی دارد.

۳- حق بر سلامت، رابطه نزدیک و تنگاتنگ با دیگر حق‌های بشر دارد. این حق‌های مرتبط با سلامت شامل موارد حق بر غذا، حق بر مسکن و ... است که پیشتر گفته شد.

۴- حق بر سلامت، محدود به حق بر مراقبت سلامت نیست و عبارات واضح میثاق حاکی از آن است که این حق دربرگیرنده طیف گسترده‌ای از عوامل اقتصادی و اجتماعی است که شرایطی را موجب می‌شود تا به موجب آن مردم بتوانند زندگی سالمی داشته باشند. حق بر سلامت، دارای مؤلفه‌های اصلی نظیر غذا، مسکن، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و قابل شرب، بهداشت و نظافت، شرایط امن و سالم شغلی، و محیط زیست سالم است.^۲ پنج بخش متن اصلی تفسیر کمیته عبارتند از:

۱- محتوای 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 سلامت در سطح ملی (بندهای ۶۲-۵۳)،

۵- تعهدات بازیگران دیگر غیر از دولت‌های عضو (بندهای ۶۵-۶۳).^۳

دیدگاه کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق بر سلامت را از «حق بر سالم بودن»^۴ تفکیک نموده و تأکید می‌کند که اولی نباید به معنی دومی تحلیل شود. حق بر سلامت در این نظر تفسیری، واجد هر

^۱. Marks, S. (2013), The Right to Health in Perspective, American Journal of Public Health, pp. 9-10.

^۲. میتوسی‌آر، ک.، (۲۰۰۷)، چشم‌اندازی به توسعه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ترجمه:

محمد حبیبی مجنده (۱۳۸۸)، قم: انتشارات دانشگاه مفید، ص ۱۳.

^۳. آل‌کجباف، ح.، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، پیشین، ص ۱۵۱-۱۵۰.

^۴. Right to be Healthy

دو بعد آزادی و استحقاق^۱ است. به بیان دیگر حق بر سلامت متشکل از دو بعد کلی سلبی و ایجابی است. بند ۸ این نظر تفسیری، در حقیقت در پی آن است که حق بر سلامت را از یک سو حق منفی، که لازمه آن آزادی از مداخله دیگران و البته دولت است، معرفی کند و از سوی دیگر به عنوان حق مثبت، که لازمه آن مداخله حمایتی دولت است.^۲ کمیته خاطر نشان می‌سازد که دولت‌های عضو دارای یک تعهد بنیادین جهت تضمین برآورده شدن حداقل سطوح اساسی هر یک از حقوق مندرج در میثاق از جمله مراقبت‌های اولیه اساسی سلامت می‌باشند.

دولت‌های عضو متعهدند که به فعالیت‌ها و اقدامات حامیان و مدافعان حقوق بشر و دیگر اعضای جامعه مدنی که به هدف مساعدت به گروه‌های آسیب‌پذیر یا محروم در دسترسی و تحقق حق بر سلامت خود صورت می‌گیرد، احترام گذاشته و تسهیلاتی برای آن‌ها فراهم سازند. بر خلاف حقوق نسل اول، برخورداری از حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مستلزم دخالت جدی دست‌اندرکاران خدمات عمومی، همراه با کمک مالی، حقوقی، سازمانی و اجرایی دولت است. لذا پروتکل الحاقی به میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در خصوص «دادخواهی فردی» در دسامبر ۲۰۰۸ موجب کم‌رنگ شدن انتقاد منتقدین مبنی بر غیر قابل دادخواهی بودن آن‌ها شده است.^۳

بعد آزادی محورانه این حق، حق افراد بر کنترل داشتن نسبت به بدن خود می‌باشد که البته بسیاری از آزادی‌ها از جمله آزادی جنسی و تولیدمثل به عنوان نمونه ذکر شده است. حتی منع شکنجه (حق آزادی از شکنجه شدن) و منع آزمایش‌های پزشکی بدون رضایت فرد در بعد آزادی این حق آمده است. بعد استحقاقی و یا حق مثبت بودن، شامل حق بر نظام حمایتی سلامت است.

حق برابر همگان در دسترسی به بالاترین معیارهای سلامت در این نظریه در عداد بعد استحقاقی حق بر سلامت ذکر شده است.^۴ اما استحقاق‌هایی که حق بر سلامت به افراد می‌دهد در استحقاق کلی آنان نسبت به نظامی از حمایت از سلامت جای می‌گیرد که برابری فرصت‌ها برای بهره‌مند شدن از بالاترین معیار سلامت را تأمین کند.

از نظر کمیته، منظور از بالاترین معیار سلامت، «بالاترین سطح سلامت است که مستلزم در نظر گرفتن پیش شرط‌های زیست‌شناختی، اقتصادی، اجتماعی و منابعی است که هر کشوری در اختیار دارد». کمیته معتقد است «ابعادی وجود دارد که نمی‌توان صرفاً از دریچه رابطه دولت‌ها و افراد مورد توجه قرار داد. به‌ویژه اینکه دولت نمی‌تواند سلامت کامل را تضمین کند و در برابر هر علت محتمل فقدان سلامت، حمایت ارایه دهد». کمیته با این تحلیل به عبارت اصلی در نظر خود می‌رسد؛ «حق بر سلامت را باید حق برخورداری از

¹Freedom and Entitlement

²General Comment No. 14, Para. 8.

^۳نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۱۰۶-۱۰۴.؛ همچنین در این خصوص رجوع شود به: هکی، ف.، (۱۳۸۸) حقوق اقتصادی-اجتماعی بشر در ایران (چاپ اول)، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی، ص ۳۲-۳۱.

⁴General Comment No. 14, Para. 8.

تسهیلات، کالاها، خدمات و شرایط متنوع ضروری، برای تحقق بالاترین سطح قابل حصول سلامت جسمی و روحی که منجر به زندگی توأم با شأن و کرامت گردد، دانست. کمیته، پس از عبور از کلیات مزبور، چهار عنصر ضروری برای حق بر سلامت که در تمام اشکال و سطوح آن جریان دارد معرفی می‌کند. این چهار عنصر عبارتند از در اختیار و موجود بودن،^۱ در دسترس بودن،^۲ قابل پذیرش بودن^۳ و کیفیت.^۴ 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 بر حسب عوامل متعدد از جمله توسعه اقتصادی دولت عضو، تفاوت خواهد داشت. با این همه، این امکانات عوامل اصلی مؤثر در سلامت نظیر آب آشامیدنی مطمئن و سالم، تسهیلات کافی نظافت، بیمارستان، کلینیک و سایر مکان‌های مربوط به سلامت، پرسنل آموزش دیده و حرفه‌ای که از درآمدهای رقابتی برخوردارند، را هم شامل است.

در دسترس بودن به این معناست که تسهیلات، کالاها و خدمات مربوط به سلامت باید در دسترس همگان، به‌ویژه آسیب پذیرترین یا به حاشیه رانده شده‌ترین بخش‌های جمعیت و بدون هیچ تبعیض مبتنی بر دلایل نژادی و ... قرار گیرد. در دسترس بودن خود ابعاد چهارگانه و متداخل از قبیل: عدم تبعیض، قابل دسترس بودن مادی، قابل دسترس بودن اقتصادی (که مردم بتوانند از عهده پرداخت هزینه‌های آن‌ها برآیند)، و قابل دسترس بودن اطلاعات مربوط به سلامت، دارد.

قابل پذیرش بودن هم به معنای آن است که تمام تسهیلات، کالاها و خدمات سلامت باید با مراعات اخلاق پزشکی و در نظر گرفتن فرهنگ افراد، اقلیت‌ها، ملیت‌ها، جوامع و ملاحظه مقتضیات جنسی البته با احترام به اصول رازداری در اختیار نهاده شود.

کیفیت این امکانات هم بسیار اهمیت دارد. طیف متنوع امکانات باید از نظر علمی و پزشکی نیز مناسب و دارای کیفیت خوبی باشند. این امر از جمله مستلزم پرسنل کارآموده پزشکی، داروهای تأیید شده علمی و دارای تاریخ مصرف معتبر است. همچنین تجهیزات بیمارستانی، آب آشامیدنی و نظافت نیز باید کیفیتی مورد تأیید داشته باشند.^۵

ارایه نظر تفسیری عام کمیته ناظر بر میثاق موجب شد کمیسیون حقوق بشر نیز به تصویب قطعنامه‌هایی در امر دسترسی به دارو و افراد دارای ناتوانی جسمی مبادرت نماید که در گفتار بعد بررسی می‌شود.

گفتار دوم: گزارش مخبر ویژه کمیسیون حقوق بشر

کمیسیون حقوق بشر که به موجب قطعنامه ۶۰.۲۵۱ مورخ ۱۵ مارس ۲۰۰۶ مجمع عمومی سازمان ملل متحد، جای خود را به شورای حقوق بشر داده است، به‌عنوان مهم‌ترین رکن سازمان ملل متحد در توسعه

¹.Availability

².Accessibility

³.Acceptability

⁴.Quality, Mann, J., Health and Human Rights, op.cit., p. 16.

⁵.General Comment No. 14, Para. 12.

⁶.UNGA (2006), Commission for Human Rights, Resolution 60/251, retrieved from:

نظام حقوق بشر تا سال ۲۰۰۶ فعالیت خود را بر حقوق مدنی و سیاسی متمرکز ساخته بود و تقریباً هیچ تحرکی در خصوص حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، به ویژه در مورد حق بر سلامت، نشان نمی داد. تنها موردی که کمیسیون به طور جدی آنرا پیگیری نمود در سال ۲۰۰۲ در زمینه دسترسی به داروها^۱ و حقوق بشر اشخاص دارای ناتوانی های جسمی (که منجر به تصویب قطعنامه ای در این زمینه گردید)^۲ بود که با تصویب قطعنامه شماره ۳۲۰۰۲.۳۱ اقدام به تعیین گزارشگر ویژه^۳ برای تهیه گزارش از حق همگان به برخورداری از بالاترین معیار قابل حصول سلامت جسمی و روحی برای مدت سه سال^۴ نمود. به موجب قطعنامه، گزارشگر دارای وظایف زیر شد:

(الف) گردآوری، درخواست، دریافت و مبادله اطلاعات مربوط به حق بر سلامت از همه منابع ذیربط،

(ب) گفت و گو و بحث با همه بازیگران ذیربط در زمینه حوزه های عملیاتی،

(ج) گزارش وضعیت حق بر سلامت در سراسر جهان از جمله قانون ها، خط مشی ها، رویه های مفید و معمول و موانع مربوط به این حق،

(د) ارائه توصیه هایی در زمینه اقدام های مقتضی مؤثر در پیشبرد و حمایت از حق بر سلامت.

در اصل از گزارشگر خواسته شد تا با گسترش گفتگوی جهانی، از وضعیت سلامت و حقوق مرتبط به آن از سراسر جهان گزارش دهد و توصیه هایی برای تشخیص این حقوق ارائه کند. گزارش مقدماتی گزارشگر در تاریخ ۱۳ فوریه ۲۰۰۳ منتشر شد. البته این گزارش در تحلیل محتوای حق بر سلامت مطلب زیادی به آنچه در نظر تفسیری عام کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وجود داشت نمی افزاید. در حقیقت گزارشگر به این اشاره می کند که رویه قضایی ملی و بین المللی روبه رشدی در زمینه حق بر سلامت وجود دارد.^۵ این گزارش بیش از آنکه بر «موازن و محتوای» حق بر سلامت متمرکز شود، در پی انجام

<http://www.uchr.org>, Last visited (3.4.2016)

^۱E/CN. 4/2002/32 (Situation of Human Rights in the Palestinian Territories). ; E/CN. 4/2001/33 (Situation of Human Rights in Myanmar, Report of the Secretary-General).

^۲E/CN. 4/2002/61 (adverse effects of the illicit movement and dumping of toxic and dangerous products and wastes on the enjoyment of human rights).

^۳UN (2002), Commissioner for Human Rights, Resolution 31, retrieved from: www.un.org/en/document, Last visited (3.4.2016)

^۴نخستین گزارشگر ویژه پاول هانت (Paul Hunt) برای سال های ۲۰۰۲-۲۰۰۸ و بعد از وی، آناند گراور (Anand Grover) برای سال های ۲۰۰۸-۲۰۱۴ انتخاب شدند. در سال ۲۰۱۴، (Dainius Pūras) به عنوان گزارشگر ویژه سازمان

ملل برای سه سال دیگر انتخاب شد. در این خصوص رجوع شود به:

Holmes, D. (2015), Dainius Pūras: UN Special Rapporteur on the Right to Health, The Lancet Volume 385, no. 9971, p. 847.

^۵کمیسیون حقوق بشر در ۱۵ آوریل ۲۰۰۵ به موجب قطعنامه ۲۰۰۵/۲۴ مأموریت اولین گزارشگر ویژه را برای سه سال دیگر تمدید کرد. همچنین در این خصوص رجوع شود به:

E/CN.4/2005/L.10/Add.10., Commission on Human Rights

^۶حبیبی مجنده، م.، پیشین، ص ۱۸؛ آل کجبا، ح.، پیشین، ص ۱۵۴.

^۷Commission on Human Rights, Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, E/CN.4/2003/58, (the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health)

وظیفه دشوار یافتن شیوه‌های عملیاتی کردن این حق است. طبق نظر گزارشگر باید از هنجارهای ملی و بین‌المللی کلی به خط‌مشی‌ها، برنامه‌ها و طرح‌های کارآمد اجرایی گذر کرد.^۱

گزارش گزارشگر ویژه از میان طیف وسیع و متنوع از موضوعات حق بر سلامت، به دو موضوع پرداخته است: حق بر سلامت و فقر، و حق بر سلامت، تبعیض و انگ زدن. مبارزه با فقر، راهبرد اصلی در تأمین حق بر سلامت است. اگر کاستن یا از بین بردن فقر را از هدف‌های توسعه بدانیم، که به‌طور قطع چنین است، سلامت از اجزای مهم و اساسی توسعه خواهد بود. گزارش گزارشگر ویژه شورای حقوق بشر در سال ۲۰۱۰ بر سلامت اشخاص مسن، اهداف توسعه هزاره، مانند ایدز، سیستم‌های سلامت، جنسیت^۲ و اشخاص معلول تأکید نمود.^۳ به‌همین دلیل از میان هشت هدف اعلام شده، چهار هدف زیر از قبیل؛ ۱- کاهش مرگ و میر کودکان، ۲- بهبود سلامت مادران، ۳- مبارزه با ایدز، ۴- تضمین محیط زیست پایدار، مرتبط با سلامت است. گزارشگران تا کنون در مورد نگرانی‌های حوزه سلامت (به‌طور مثال نظام‌های سلامت، داروهای اساسی، مهاجرت کارگران) و نیازهای جمعیت آسیب‌پذیر (به‌طور مثال مردم بومی، اشخاص معلول، کارگران، استعمال‌کنندگان مواد مخدر) تحقیق و گزارش داده‌اند. گزارشگران همچنین در مورد مرگ و میر مادران در هند و بیماری‌های مغفول نیز تحقیقات و بررسی‌هایی انجام دادند.^۴

علاوه بر اسناد بین‌المللی، چندین سند منطقه‌ای نیز حق بر سلامت را مقرر داشته‌اند که در مبحث بعد به بحث و بررسی در خصوص آن‌ها پرداخته می‌شود.

مبحث سوم: جایگاه حق بر سلامت در اسناد منطقه‌ای حقوق بشری

حق بر سلامت در چندین سند منطقه‌ای حقوق بشری نیز مقرر و پیش‌بینی شده است. آفریقا، اروپا و آمریکا معاهدات حقوق بشر منطقه‌ای همراه با کمیسیون‌ها و دادگاه‌هایی که موجب ارتقاء و تضمین حقوق بنیادین بشر می‌شود، دارند. منشورهای حقوق بشر منطقه‌ای، اصولاً از حقوق مدنی و سیاسی مثل حق بر زندگی حمایت می‌کنند. نمونه‌ای از این اسناد عبارتند از:

¹.Ibid, Paras. 39-40.

².Gender

اصطلاح «جنس» به تفاوت‌های بیولوژیک میان زن و مرد دلالت دارد، حال آنکه «جنسیت» ناظر بر ویژگی‌های شخصی و روانی است. گرت، الف، پیشین، ص ۹.

³.UN Human Rights Council (2010), Resolution 15/22 (right of everyone to the enjoyment of highest attainable standard of physical and mental health).

⁴.United Nations Human Rights (special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health), retrieved from: <http://www.ohchr>, Last visited (3.4.2016)

گفتار اول: کنوانسیون حمایت از حقوق بشر و آزادی‌های اساسی مصوب ۱۹۵۰

در این سند، که به کنوانسیون حقوق بشر اروپا معروف است، به‌طور کلی دولت‌های عضو متعهد می‌شوند که حقوق و آزادی‌های اساسی هر کس که در قلمرو تحت صلاحیت آن‌ها است را تأمین کنند و حق حیات هر شخص باید به‌وسیله قانون حمایت شود (ماده ۱ و بند ۱ ماده ۲).

در مواد ۸ تا ۱۱ کنوانسیون، هر کس حق حرمت زندگی خصوصی و مکاتبات، آزادی اندیشه، وجدان و مذهب، آزادی بیان و آزادی اجتماع صلح‌آمیز و آزادی مشارکت با دیگران را دارد و در اعمال این حق، مراجع عمومی هیچ مداخله‌ای نخواهند کرد مگر طبق قانون، و در جامعه دموکراتیک آنچه برای منافع امنیت ملی، سلامت عمومی، رفاه اقتصادی کشور، حفظ نظم و پیشگیری از جرایم، حمایت از سلامت یا اخلاقیات، یا حمایت از حقوق و آزادی‌های دیگران لازم باشد.^۱

گفتار دوم: منشور اجتماعی اروپا مصوب ۱۹۶۱

منشور اجتماعی اروپا^۲ در ماده ۳۱۱ خود، دولت‌ها را ملزم به انجام اقدامات مناسب برای تأمین اعمال مؤثر حق بر سلامت شامل کمک اجتماعی و پزشکی به بیمارانی می‌کند که فاقد منابع کافی باشند. در ماه‌های نوامبر - دسامبر سال ۱۹۹۰، نمایندگان وزرای شورای اروپا، کمیته ویژه‌ای برای بازنگری در منشور اجتماعی اروپا تعیین کردند.

کمیته مزبور عهده‌دار ارایه پیشنهادهایی برای ارتقای تأثیر منشور اجتماعی اروپا به‌ویژه عملکرد و سازوکار نظارتی آن شد. کمیته در دوازدهمین نشست خود در اکتبر ۱۹۹۴ طرح منشور اجتماعی بازبینی شده را تصویب و جهت پذیرش در اختیار وزرا قرار داد. کمیته وزرا پس از مشورت با کمیته کارشناسان، متن مورد نظر را در آوریل ۱۹۹۶ تحت عنوان «منشور اجتماعی اروپایی بازنگری شده» برای امضا مفتوح گذاشت و از سال ۱۹۹۹ لازم‌الاجرا شد.

در بازبینی منشور مذکور تلاش شده است ضمن حفظ حمایت‌های مندرج در منشور اجتماعی ۱۹۶۱ از یک‌سو، محتوای سند مزبور با تحولات اجتماعی و اقتصادی صورت گرفته در قالب اسناد بین‌المللی و داخلی دولت‌های عضو نیز انطباق یابد و از سوی دیگر مسائل اجتماعی که در سایر اسناد بین‌المللی رایج به آن‌ها

^۱ کرسی حقوق بشر، صلح و دموکراسی یونسکو دانشگاه شهید بهشتی با همکاری سازمان اصلاحات جزایی بین‌المللی (۱۳۸۵) مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر، جلد دوم، قسمت اول، اسناد منطقه‌ای، زیر نظر اردشیر امیرارجمند، تهران: دانشگاه شهید بهشتی، مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهید بهشتی، ص ۱۷-۱۲.

^۲ European Social Charter

^۳ ماده ۱۱: به‌منظور تضمین اعمال مؤثر حق حفظ سلامت، طرف‌ها متعهد می‌شوند خواه به‌طور مستقیم، خواه از طریق همکاری با سازمان‌های عمومی یا خصوصی، تدابیر مقتضی را جهت موارد ذیل اتخاذ کنند: ۱- رفع علل بیماری در حد ممکن، ۲- ارایه خدمات مشورتی و آموزشی به‌منظور ارتقای سطح سلامت و تشویق مسؤولیت فردی در حوزه سلامت، ۳- پیشگیری تا حد ممکن از امراض فراگیر و مسری و سایر موارد و حوادث.

پرداخته نشده است، لحاظ گردد. گفتنی است این تغییرات با تأکید بیشتر بر تساوی بین زنان و مردان انجام پذیرفته است. منشور مورد بحث، پیمان بین‌المللی کاملی است که ضمن داشتن موجودیتی مستقل، دارای همان سازوکار نظارتی منشور ۱۹۶۱ می‌باشد.

حق بر سلامت در ماده ۱۱ منشور بازبینی شده درج شده است. علاوه بر آن، به‌منظور تضمین اعمال مؤثر حق ایمنی و سلامت در محیط کار، طرف‌ها از طریق مشورت با سازمان‌های کارفرمایان و کارگران متعهد می‌شوند در خصوص ایمنی و سلامت شغلی و محیط کاری، یک سیاست هماهنگ اعمال کنند.

هدف این سیاست، بهبود ایمنی و سلامت شغلی و پیشگیری از حوادث و صدمات ناشی از کار و به حداقل رساندن خطرهای اجتناب‌ناپذیر در محیط کار است. همچنین در ماده ۳ با عنوان حق ایمنی و سلامت در محیط کار، تدوین مقررات ایمنی و سلامت، ایجاد سازوکار نظارت بر اجرای آن‌ها و توسعه تدریجی سطح خدمات سلامت را، از اهداف و وظایف دولت‌ها دانسته است. در ماده ۸ نیز به حق حمایت بانوان در دوران بارداری و زایمان اشاره شده است.^۱

گفتار سوم: کنوانسیون حقوق بشر آمریکا^۲ مصوب ۱۹۶۹

کنوانسیون حقوق بشر آمریکا ۱۹۶۹ و پروتکل الحاقی آن در حوزه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۸۸ (پروتکل سان‌سالوادور)، از جمله معاهدات الزام آور منطقه‌ای حقوق بشر است^۳ که در ۲۲ نوامبر ۱۹۶۹ در کنفرانس دیپلماتیک که بین کشورهای آمریکا در سن‌خوزه^۴ کاستاریکا تشکیل شده بود تصویب، و در معرض امضای کشورهای آمریکایی گذاشته شد و در تاریخ ۱۸ ژوئیه ۱۹۷۸ لازم‌الاجرا گردید.^۵ این معاهده گرچه مشابهت زیادی با میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی (۱۹۶۹) و کنوانسیون اروپا برای حقوق بشر و آزادی‌های اساسی (۱۹۵۰) دارد، اما با این حال تفاوت‌های متعددی را می‌توان میان این اسناد چه از لحاظ شکلی و چه ماهوی برشمرد. بارزترین وجه مشترک بین این سه معاهده را می‌توان مربوط به انعکاس حقوق بشر فردی یا حقوق نسل اول در آن‌ها دانست. در کنوانسیون مزبور به‌طور غیر مستقیم به حق بر سلامت اشاره شده است. کنوانسیون آمریکایی، دولت‌های عضو را متعهد می‌کند که حقوق اقتصادی، اجتماعی، آموزشی، علمی و فرهنگی مصرح در منشور سازمان آمریکایی را به رسمیت بشناسند.

۱. مجله حقوقی بین‌المللی (۲۰۰۹)، منشور اجتماعی اروپایی بازبینی شده مصوب ۳ می ۱۹۹۶، ترجمه: حسن مرادزاده (۱۳۸۸)، نشریه مرکز امور حقوقی بین‌المللی معاونت حقوقی و امور مجلس ریاست جمهوری، سال بیست و ششم، شماره ۴۰، ص ۴۰۹-۳۷۷.

۲. American Convention on Human Rights

۳. قاری سیدفاطمی، م.، (۱۳۸۲)، حقوق بشر در جهان معاصر دفتر اول درآمدی بر مباحث نظری: مفاهیم، مبانی قلمرو و منابع، تهران: مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهید بهشتی، ص ۱۸۹-۱۸۸.

۴. Sanjose

۵. Organization American States (1969), American Convention on Human Rights, Global Detention Project, series no. 36, OEA/ser. L/v/II. 82, Doc. 6, Revision 1, arts. 5, pp. 15 & 25.

منشور، حق بر سلامت را با حفظ پتانسل انسانی از طریق علم پزشکی جدید و تأمین تغذیه مناسب، تولیدمثل سالم و زندگی مطلوب حمایت می‌کند. پروتکل الحاقی در زمینه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق بر سلامت هر شخص را در ارتباط با برخورداری از بالاترین سطح سلامت جسمی، روحی و اجتماعی به رسمیت می‌شناسد.

دولت‌های عضو توافق کردند که خدمات مراقبت سلامت به‌ویژه مراقبت اولیه سلامت، خدمات مراقبت سلامت برای همه، ایمن سازی جهانی، پیشگیری و درمان بیماری، آموزش سلامت و معیارهای برخورداری سلامت برای کسانی که در بالاترین حد خطر بیماری قرار دارند، را مورد پذیرش قرار داده و به رسمیت بشناسند. دادگاه بین آمریکایی، پویاترین دادخواهی‌ها و موارد طرح دعوی حق بر سلامت را مورد رسیدگی قرار می‌دهند. حقوق ضمنی مندرج در کنوانسیون سازمان آمریکایی، در اکثر موارد، از طریق ماده ۲۶ تقویت می‌شود. ضمانت اجرای نقض حق بر سلامت، به‌عنوان مثال، در ماده ۵ پیش‌بینی شده است.^۱

گفتار چهارم: منشور آفریقا در مورد حقوق بشر و مردمان^۲ مصوب ۱۹۸۱

منشور آفریقا در مورد حقوق بشر و مردمان موسوم به منشور بانجول، در میان اسناد منطقه‌ای که تا کنون بررسی شد، تنها معاهده منطقه‌ای است که به صراحت حق بر سلامت در آن گنجانده شده است و در ماده ۳۱۶ خود، حق هر فرد را به بهره‌مندی از بهترین حالت دسترسی سلامت جسمی و روحی تضمین می‌کند. این امر مستلزم آن است که دولت‌های عضو از سلامت مردم حمایت کنند و مراقبت پزشکی را در زمان بیماری آن‌ها انجام دهند.^۴

مبحث چهارم: موافقت‌نامه‌های سازمان تجارت جهانی

آنگونه که در فصل سوم بخش اول در مبحث قلمرو حقوق جهانی سلامت مطرح گردید، برخی سازمان‌های بین‌المللی نسبت به سلامت تا حدودی صلاحیت اقدام دارند. یکی از آن سازمان‌ها، سازمان تجارت جهانی است. به لحاظ تاریخی، مقررات بین‌المللی تجارت به‌ویژه گات و موافقت‌نامه‌های وابسته به آن، به‌منظور حمایت از منافع تجاری - صنعتی تصویب شده‌اند. اما با توجه به گسترش ارتباطات بین‌المللی، توجه به منافع مصرف‌کنندگان نیز در بحث تجارت بین‌الملل مطرح شد. هدف از این توجه، جلب اعتماد

^۱.Cavallaro J.L., Schaffer, E., eds. (2006-7), Rejoinder: Justice before Justiciability: Inter-American Litigation and Social Change, NYU Journal of International Law and Policy Volume 39, no. 1 pp. 367 & 368.

^۲.African Commission on Human and Peoples' Rights (1981), African Charter on Human and Peoples' Rights, (art. 16: 1. every individual shall have the right to enjoy the best attainable state of physical and mental health, 2. states parties to the present charter shall take the necessary measures to protect the health of their people and to ensure that they receive medical attention when they are sick), pp. 5-6.

^۳.ماده ۱۶: ۱) هر فرد حق خواهد داشت از بهترین وضعیت سلامت جسمی و روحی قابل حصول برخوردار شود. ۲) کشورهای عضو منشور حاضر، انجام اقدامات ضروری برای حمایت از سلامت مردم خود و ارایه خدمات سلامت به آن‌ها را در مواقع بیماری تضمین می‌کنند. مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر، اسناد منطقه‌ای، ۱۵۲.

^۴.Gostin, L.O., Global Health Law, op.cit., pp. 248-49.

مصرف کنندگان و حمایت از آنها به منظور افزایش استقبال آنها از محصولات تجاری از حیث سالم و ایمن بودن آنها است. به نحوی که بتوان با جلب اعتماد آنها، بین منافع مصرف کنندگان و تولیدکنندگان تعادل لازم را برقرار نمود. همچنین در اساسنامه سازمان تجارت جهانی، توسعه پایدار به عنوان هدف اصلی این سازمان معرفی شده است. در این راستا سلامت عمومی، رفاه و ایمنی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. بدین ترتیب در راستای جلب اعتماد مصرف کنندگان و تأمین حق بر سلامت، توسعه تجاری‌سازی این محصولات زمانی به‌وسیله سازمان تجارت جهانی باید مجاز شود که همراه با حفاظت سلامت و بهداشت و تضمین ایمنی آنها باشد. این سازمان با انعقاد چندین موافقت‌نامه در راستای حفظ حق بر سلامت و حیات انسان گام برداشته است. در این خصوص در فصل سوم بخش اول در مبحث منابع و قلمرو حقوق جهانی سلامت توضیحاتی داده شد، در بندهای بعدی به چند مورد شاخص آن اشاره می‌شود.

گفتار اول: موافقت‌نامه عمومی تعرفه و تجارت

بر اساس بند ۲ ماده ۲۰ این موافقت‌نامه: «... هیچ موردی در این موافقت‌نامه نباید به نحوی تفسیر شود که مانع تصویب و اجرای مقرراتی توسط دولت‌های عضو شود که برای حفاظت از حیات و سلامت انسان ضروری است». این ماده به دولت‌های متعاقد ابراز حقوقی لازم را می‌دهد تا بتوانند در جهت متعادل ساختن اهداف تجاری خود در پرتو حقوق بشر که بخشی از سیاست‌های کلان ملی هر دولت است، گام بردارند. در مورد نحوه تفسیر این ماده حقوقدانان نظریات متفاوتی ابراز نموده‌اند. بر اساس برخی دیدگاه‌ها، ماده ۲۰، یک استثناء است که بر اصل کلی آزادی فعالیت‌های تجاری وارد شده است، فلذا باید تفسیر مضیقی از آن به عمل آورد. اما در پاسخ به این ادعا اغلب حقوقدانان بر این عقیده هستند که با توجه به اهمیت موضوع حیات و سلامت فردی، به نظر می‌رسد که تفسیر موسع این مقرره، موجه‌تر باشد. به عنوان مثال، در قضیه EC-Asbestos دادگاه استیناف معتقد بود که اگر با دلایل علمی اثبات شود که خطری برای سلامت انسان‌ها وجود دارد، اعضای سازمان تجارت جهانی، حق دارند که به صلاحدید خود اقدامات لازم را به منظور محافظت از سلامت فردی اتخاذ کنند.

گفتار دوم: موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی

بر اساس بند ۱ ماده ۲ این موافقت‌نامه که جزء دوازده موافقت‌نامه چند جانبه کالایی وابسته به گات است: «دولت‌های عضو حق دارند به منظور حفظ حیات و سلامت بشری، اقدامات لازم بهداشتی را انجام دهند، مشروط بر آنکه این اقدامات با سایر مقررات موافقت‌نامه مغایر نباشد». با توجه به آنچه مطرح شد، موافقت‌نامه این اجازه را به اعضای خود داده است که برای حفظ سلامت فردی، ترتیبات لازم را صورت

^۱ در این خصوص رجوع شود به: محمودی کردی، ز.، (۱۳۹۲)، جایگاه محیط زیست در سازمان تجارت جهانی، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، سال پانزدهم، شماره ۴۱، ص ۲۳۶-۲۰۷.

دهند. وجود مدارک و مستندات علمی از جمله مسائلی است که هنگام اتخاذ موارد بیان شده در ماده ۲ باید لحاظ گردد. و در بند ۷ ماده ۵ مقرر شده: «در مواردی که دلایل و مدارک علمی کافی وجود ندارد، دولت‌های عضو می‌توانند موقتاً اقدامات بهداشتی لازم را بر مبنای مدارک موجود، صورت دهند. در این حالت دولت مزبور باید به دنبال تحصیل اطلاعات لازم و ضروری به منظور توجیه ارزیابی خطر و بررسی بهداشتی، بدون اتلاف وقت باشد». با توجه به مفاد این بند، دولت‌های عضو موافقت‌نامه می‌توانند حتی در نبود دلایل قطعی علمی، اقدامات احتیاطی لازم را به منظور حفظ سلامت فردی انجام دهند. همچنین بر اساس بند ۱ ماده ۵: «اعضا باید تضمین کنند که اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی‌شان بر اساس شرایط موجود به منظور جلوگیری از به خطر انداختن سلامت و حیات بشری، مناسب بوده و در این راستا شیوه‌های فنی ارزیابی خطر که توسط سازمان‌های مربوطه ارائه شده‌اند را در نظر بگیرند ... اعضا باید تضمین نمایند که رویه اتخاذ شده توسط آن‌ها، مغایر با مقررات موافقت‌نامه نباشد».

گفتار سوم: موافقت‌نامه موانع فنی فرا راه تجارت

برای اولین بار در موافقت‌نامه عمومی تعرفه و تجارت (گات)، به لزوم وجود معیارها به صورت گذرا اشاره شد. در این موافقت‌نامه هر گونه اقدام ضروری برای حفظ حیات و سلامت انسان (ماده ۲۰) و همچنین هر گونه ممنوعیت یا محدودیت وارداتی یا صادراتی که برای اجرای استانداردها یا مقررات طبقه‌بندی کالاها در تجارت بین‌المللی ضرورت دارند (ماده ۱) مجاز دانسته شده است. هدف اصلی از انعقاد این موافقت‌نامه، ایجاد تعادل مناسب بین مقررات لازم به منظور حفظ منافع مشروعی که دولت‌های عضو، مدنظر دارند و مقررات مطرح شده به منظور ممانعت از ایجاد موانع غیر ضروری، فراروی تجارت بین‌المللی است. منظور از ایجاد موانع غیر ضروری فرا راه تجارت، تدوین و تصویب مقرراتی محدود کننده است که یا بیش از حد لازم برای نیل به اهداف مورد نظر، ایجاد محدودیت می‌نماید و یا در راستای تأمین اهداف مشروع نباشد.

در مقدمه موافقت‌نامه آمده است: «نباید مانع تلاش کشورها برای اتخاذ تدابیر لازم به منظور تضمین کیفیت صادرات یا حفظ حیات یا بهداشت انسان ... در سطحی که مقتضی تشخیص می‌دهند، شد».

بند ۲ ماده ۲ موافقت‌نامه، لیست غیر محصور از اهداف مشروع را ارائه می‌کند، اهدافی از قبیل الزامات امنیت ملی، جلوگیری از روش‌های خدعه‌آمیز، حفظ سلامت یا ایمنی انسان و غیره. البته در ادامه همین بند، موافقت‌نامه شرطی را بر اختیار اعضا در تدوین و تصویب مقررات فنی آورده است. به این صورت که اعضا باید تضمین کنند که مقررات فنی، به منظور ایجاد موانع غیر ضروری فرا راه تجارت بین‌المللی یا با چنین اثری، تهیه، تصویب و اجرا نگردند. بنابراین، در حالیکه مقررات موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی، فقط تا حدی قابل اجرا است که بتوان از سلامت و حیات انسان در برابر خطرات محافظت

نمود، اما اعضای سازمان تجارت جهانی می‌توانند مقررات موافقت‌نامه موانع فنی فرا راه تجارت را در سطح وسیع‌تری اعمال نمایند.

با توجه به موارد مطرح شده در لیست غیر محصور از اهداف مشروع از جمله ضرورت حفظ سلامت بشری در بند ۲ از ماده ۲ این موافقت‌نامه، دولت‌های عضو می‌توانند با اتخاذ رویکرد احتیاطی، قبل از واردات محصولات غذایی و عرضه آن‌ها در بازار مصرف، فرایند ارزیابی خطر را انجام و بعد از حصول اطمینان از ایمنی محصولات برای سلامت فردی اعضای جامعه، مجوز ورود را صادر نمایند. در مجموع، دو موافقت‌نامه موانع فنی فرا راه تجارت و موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی در صدد ایجاد سازوکار لازم برای حمایت و حفاظت از حیات و بهداشت انسان است، به شرطی که اقدامات مزبور به‌نحوی اعمال نشود که در صورت حاکم بودن شرایط مشابه، وسیله تبعیض دلخواهانه یا غیر قابل توجیه میان اعضای را به وجود آورده یا محدودیتی پنهان و غیر مشروع فراروی تجارت ایجاد کند.^۱

تقسیم‌بندی دیگر اسناد بین‌المللی، اسناد با محتوای حقوقی نرم است. بیشتر توضیح مفصل آن ارایه داده شد. با توجه به اهمیت و اثر این اسناد نسبت به حق بر سلامت، در مبحث بعد به بررسی جایگاه حق بر سلامت در اسناد حقوقی نرم پرداخته می‌شود.

مبحث پنجم: بررسی جایگاه حق بر سلامت در اسناد حقوقی نرم

همانگونه که گفته شد حقوق ناشی از اعلامیه‌ها (که به آن‌ها حقوق نرم نیز گفته می‌شود) از متون غیر الزام‌آور بین‌المللی که مخاطب آن دولت‌ها هستند حاصل شده و نقش مهمی در توسعه حقوق جهانی سلامت ایفا می‌کنند. حقوق نرم به‌مثابه یکی از فرایندهای جدید قاعده سازی در زمره منابع حقوق بین‌الملل قرار می‌گیرد. حقوق نرم اصولاً اسناد غیر الزام‌آوری هستند که از قدرت اجرایی و توان الزام‌آور بودن حقوق سخت برخوردار نمی‌باشند، اما در طول زمان چنان متحول می‌شوند که یا از حیثیت عرف بین‌الملل برخوردار شده یا دولت‌ها محتوای آن‌ها را از راه وارد کردن به معاهدات بین‌المللی به‌عنوان قواعد الزام‌آور می‌پذیرند. مهمترین این اسناد، اعلامیه جهانی حقوق بشر است که به‌عنوان محوری‌ترین و مهمترین سند بین‌المللی حقوق بشر مطرح است که توضیح آن پیشتر ارایه شد. حقوق بین‌الملل عمومی و روابط میان دولت‌ها اولین خاستگاه بروز و استفاده از این اصطلاح بوده است. در حقوق جهانی سلامت نیز این وضع وجود دارد و حقوق در متن‌های مصوب سازمان‌های بین‌المللی و سازمان‌های غیردولتی دیده می‌شوند. در گفتارهای بعد به برخی از این اعلامیه‌ها که در خصوص حق بر سلامت دارای الزاماتی هستند، پرداخته می‌شود.

^۱ رزمخواه، ن.، پیشین، ص ۱۶۶-۱۵۸.

گفتار اول: اعلامیه اسلامی حقوق بشر قاهره مصوب ۱۹۹۰

اعلامیه اسلامی حقوق بشر قاهره که از آن به اختصار با عنوان «اعلامیه قاهره» یاد می‌شود یکی از مهمترین اسناد مصوب سازمان کنفرانس اسلامی درباره حقوق بشر در اسلام است که در سال ۱۹۹۰ در نوزدهمین کنفرانس وزرای امور خارجه کشورهای عضو سازمان کنفرانس اسلامی در قاهره به تصویب رسید. در اعلامیه مزبور در خصوص حق بر سلامت در بند (الف) ماده ۷، مواد ۱۳، ۱۷ و ۲۰ چنین مقرر شده است:^۱

ماده ۷: الف) هر کودکی از زمان تولد، حقی بر گردن والدین خویش و جامعه و دولت در محافظت دوران طفولیت و تربیت نمودن و تأمین مادی، بهداشتی^۳ و ادبی دارد. در ضمن باید از جنین و مادر نگهداری شود و مراقبت‌های ویژه نسبت به آنها مبذول شود.

ماده ۱۳: ... هر کارگری حق دارد از امنیت و سلامت و دیگر تأمین‌های اجتماعی برخوردار باشد. ...

ماده ۱۷: ۴) ... دولت و جامعه موظفند که برای هر انسان، تأمین سلامت اجتماعی را از طریق ایجاد مراکز عمومی مورد نیاز بر حسب امکانات موجود، فراهم کنند.

ماده ۲۰: ... اجبار هر فردی برای آزمایشات پزشکی یا علمی جایز نیست مگر با رضایت وی و مشروط بر این که سلامت و زندگی او به‌مخاطره نیفتد.

گفتار دوم: اعلامیه کنفرانس جهانی تغذیه مصوب ۱۹۹۲

این اعلامیه از طریق وزراء و نمایندگان تام‌الاختیار ۱۵۹ کشور و جامعه اقتصادی اروپا در کنفرانس بین‌المللی تغذیه که در دسامبر ۱۹۹۲ در رم تشکیل شد برای از بین بردن گرسنگی و کاستن سوءتغذیه به اشکال گوناگون تصویب گردید. اعلامیه کنفرانس جهانی تغذیه در بندهای ۵، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۱۹ به حق برخورداری از امکانات سلامت به شرح زیر اشاره داشته است:

بند ۵: این بند اشاره به دسترسی به بهداشت، آب سالم، غذای کافی، خدمات سلامت و تعلیم و تربیت که عناصر اولیه تغذیه سالم را تشکیل می‌دهند، دارد.

بند ۱۳: برخورداری زنان و دختران نوجوان از تغذیه سالم، از حقوق مسلم آنان است. زنان و دختران نوجوان می‌بایست از سلامت و آموزش و پرورش بهتری برخوردار گردند.

۱. عباسی، م.، و دیگران (۱۳۸۹)، مجموعه اسناد و اعلامیه‌های بین‌المللی فرهنگی و اخلاق زیستی، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، ص ۳۳-۴۵.

۲. همان، ص ۳۸.

۳. Hygienic

۴. همان، ص ۴۲.

بند ۱۶: ما اهداف مربوط به رشد و تکامل آدمی، تأمین غذا، کشاورزی، توسعه روستایی، سلامت، تغذیه و محیط، و نیز اهداف مطروحه در برنامه‌های رشد و توسعه را که در بسیاری از اسناد و کنفرانس‌های بین‌المللی آمده است، مورد تأکید قرار می‌دهیم. ...

بند ۱۷: ما معتقدیم که مسئولیت اصلی در حفظ و تأمین غذا و تغذیه سالم هر ملت، متوجه سیستم حکومتی آن ملت می‌باشد. این مسأله به‌ویژه در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر صادق است. به هر حال، این نکته را نیز تأکید می‌کنیم که تلاش دولت‌های کم درآمد در این زمینه می‌بایست با اقداماتی که کلاً از سوی جامعه بین‌المللی به عمل می‌آید، مورد حمایت و پشتیبانی قرار گیرد. از جمله این اقدامات، عبارت خواهند بود از افزایش کمک رسمی به توسعه این کشورها به منظور رسیدن به معیار هفت دهم درصد رشد ناخالص ملی کشورهای پیشرفته که در کنفرانس سال ۱۹۹۲ سازمان ملل متحد پیرامون محیط زیست و توسعه مطرح گردیده است. و نیز انجام مذاکرات بیشتر، و تخفیف در میزان بدهی‌های خارجی، می‌تواند بر چگونگی تغذیه سالم، در کشورهای با درآمد متوسط و همچنین در کشورهای کم درآمد، تأثیر اساسی داشته باشد.

بند ۱۹: به‌عنوان زیربنای طرح عملیاتی تغذیه و به‌عنوان یک رهنمود در شکل‌گیری طرح‌های ملی، من جمله ارایه اهداف و مقاصد قابل سنجش در یک چارچوب زمانی، خواستار حذف عوامل زیر، قبل از به پایان رسیدن دهه حاضر می‌باشیم: ... - عدم دسترسی کافی به سلامت و بهداشت فردی و اجتماعی و جوابگو نبودن بهداشت محیط، من جمله سالم نبودن آب مشروب.

گفتار سوم: اعلامیه کنفرانس جهانی اسکان بشر مصوب ۱۹۹۶

اعلامیه کنفرانس جهانی اسکان بشر در خصوص سلامت و حقوق مرتبط در بندهای ۱، ۵، ۷، ۱۰ و ۱۵ اینگونه مقرر می‌دارد:

بند ۱: ما رؤسای دولت‌ها و هیأت‌های رسمی کشورها در دومین کنفرانس بین‌المللی اسکان بشر (هیئات ۲) که از ۳ لغایت ۱۴ ژوئن ۱۹۹۶ در استانبول ترکیه برگزار شد، گرد هم آمده‌ایم تا از این فرصت استفاده کرده و بر اهداف جهانی «مسکن کافی برای همه» و تبدیل اسکان بشر به محلی امن، سلامت‌تر، داشتن قابلیت بیشتر برای زندگی عادلانه‌تر، پایدارتر و مثمرتر صحه گذاریم.

بند ۵: چالش اسکان بشر موضوعی جهانی است، و باید بر مساعی و همکاری‌های خود برای بهبود اوضاع در شهرها، شهرک‌ها و روستاها در سرتاسر جهان، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه بیفزاییم. امکانات و خدمات شهرهای ما باید به‌گونه‌ای باشد، که انسان در عظمت و سلامت، امنیت، شادی و امید بتواند در آن‌ها زندگی کند.

بند ۷: از آنجایی که انسان موضوع اصلی توسعه پایدار است، لذا اساس اقدام ما در جریان اجرای دستور کار اسکان (هیئات) انسان است. ما نیازهای خاص زنان، بچه‌ها و جوانان را به شرایط امن و سالم درک می‌کنیم و باید بر مساعی خود جهت ریشه‌کنی فقر و تبعیض بیفزاییم و از تمام حقوق بشر و آزادی‌های

اساسی برای همه حمایت کرده و آنرا ارتقاء دهیم و به نیازهای اساسی نظیر آموزش، تغذیه و خدمات سلامت و خصوصاً مسکن کافی برای همه پاسخ دهیم.

بند ۱۰: به منظور پایدار نمودن محیط زیست جهانی و بهبود کیفیت زندگی در مسکن خود، ما خود را نسبت به رعایت الگوهای پایدار تولید، مصرف، حمل و نقل و توسعه اسکان، جلوگیری از آلودگی، احترام به ظرفیت اکوسیستم و حفاظت از فرصت‌ها برای نسل‌های آینده ملزم می‌نماییم. در این رابطه بایستی در فضای مشارکت جهانی، از سلامت و یکپارچگی اکوسیستم زمین حفاظت و حمایت کرده و به آن حیات بخشیم.

بند ۱۵: این کنفرانس، عصری جدید از فرهنگ و همبستگی را رقم می‌زند. همانطور که به سوی قرن بیست و یکم حرکت می‌کنیم، با دیدی مثبت از اسکان بشر، حس امید برای آینده مشترکمان و اصرار بر پیوستن به چالشی حقیقی و ارزشمند، چالشی که با هم دنیایی بسازیم تا هر کسی بتواند در آن در خانه‌ای امن با امید به یک زندگی راحت، با عزت، سلامت مطلوب، ایمن، شاد و امیدوار داشته باشد.^۱

با توجه به اینکه سلامت برای همه و دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت از اجزاء حق بر سلامت بوده و در تأمین سلامت اهمیت اساسی دارد، آن‌گونه که در فصل اول بخش اول مقرر شد، بیانیه آلماتا سلامت را در زمره حقوق بنیادین بشر تعریف، و برای اولین بار با مطرح کردن برنامه «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰»، به شکل جدی، تحقق آنرا در سطح بین‌المللی دنبال کرد. در مبحث بعد به بررسی و تحلیل این بیانیه و مقررات مرتبط می‌پردازیم.

مبحث ششم: بیانیه آلماتا ۱۹۷۸

سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۹۴۸ به‌عنوان اولین کارگزاری تخصصی سازمان ملل متحد تأسیس گردید، نقش مهم و اصلی در تهیه و پیش‌نویس مقررات مربوط به حق بر سلامت و به‌ویژه اسنادی از قبیل ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی داشته است. به‌رغم اینکه این سازمان در زمره نهادهای حقوق بشری محسوب نمی‌شود، اما اقدامات، رویه‌ها و بیانیه‌های آن در معرفی عناصر سازنده حق بر سلامت بسیار مؤثر است.

در مقدمه اساسنامه این سازمان، بهره‌مندی از بالاترین معیار قابل حصول سلامت، یکی از حق‌های بنیادی هر انسان شناخته شده است. در میان انبوه اقدامات سازمان در این خصوص، در اینجا فقط به «راهدرد جهانی سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰»^۲ که منجر به تصویب اسناد متعدد بین‌المللی بعد از خود شد، اشاره می‌کنیم.

^۱ در این خصوص همچنین رجوع شود به: نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۸۶-۸۵.

^۲ International Conference on Primary Health Care (1978), Declaration of Alma-Ata, Alma-Ata: USSR, pp. 1-3.

^۳ World Health Organization (1981), Global Strategy for Health for All by the Year 2000, health for all, series no. 3, Geneva.

راهبرد سلامت برای همه و مراقبت‌های اولیه سلامت^۱ را می‌توان مهم‌ترین سند سازمان در زمینه سلامت دانست که بیانگر رویکرد حق-محور نسبت به سلامت است.^۲ نقطه تمرکز این راهبرد، مراقبت اولیه سلامت است که به «دستیابی همه ملت‌ها به بالاترین سطح ممکن از سلامت» متناسب با منابع در اختیار یک کشور، تعریف شده است. برنامه مراقبت اولیه سلامت، شامل موارد: آموزش در خصوص مسائل و مشکلات رایج مربوط به سلامت 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 سلامت مادران و کودکان از جمله تنظیم خانواده، ایمن سازی در برابر بیماری‌های مسری مهم، پیشگیری و کنترل بیماری‌های رایج محلی، درمان درست و مناسب بیماری‌ها و جراحات شایع و تأمین داروهای اساسی، می‌شود.^۳

راهبرد سازمان جهانی بهداشت، چند خط‌مشی بنیادی را به‌عنوان مبنای خود شناسایی می‌کند که در میان آن‌ها «توزیع منصفانه منابع سلامت میان و درون کشورها»، «هماهنگ کردن توسعه سلامت با توسعه اقتصادی» و «استفاده کامل‌تر و بهتر از منابع جهان برای ارتقای سلامت و توسعه»، اهمیت خاص و ویژه دارد.^۴

در بیانیه رسمی سومین مجمع جهانی سلامت در سال ۱۹۷۷ که به بیانیه «آلماتا» معروف است اعلام گردید که در دهه‌های آینده، هدف اجتماعی و اصلی دولت‌ها و سازمان جهانی بهداشت باید دستیابی همه مردم جهان در سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامت (جسمی، روحی و اجتماعی) باشد که امکان برخورداری از یک زندگی مؤثر و مولد را برای آنان تأمین کند.

مطابق این بیانیه، روش‌های دستیابی به سلامت و مراقبت‌های اولیه سلامت معرفی شد. در ماه می سال ۱۹۷۹ راهبرد جهانی سلامت برای همه، در سی و دومین اجلاس سازمان جهانی بهداشت مورد تصویب قرار گرفت و نمایندگان کشورهای عضو پذیرفتند که راهبردهای کشوری سلامت برای همه را بر اساس مراقبت‌های اولیه سلامت تدوین و به مرحله اجرا و عمل درآوردند. در سال ۱۹۸۱ نیز سازمان جهانی بهداشت راهبرد جهانی سلامت برای همه را تکمیل کرد.

این راهبرد جهانی، چارچوب جهانی فراهم کرده است که اجرای آن توسط همه کشورهای عضو، مناسب و با در نظر گرفتن شرایط و نیازهای گوناگون کشورها، از انعطاف کافی برخوردار است.

گفتار اول: سیاست‌های برنامه و چشم انداز سلامت برای همه

مطابق این بیانیه سلامت برای همه یک هدف واحد و محدود نیست، بلکه جریانی است که به بهبود مداوم سلامت مردم منجر می‌شود. از جمله سیاست‌ها و چشم‌اندازهای این بیانیه این بود که:

1. Health for All (HFA) and Primacy Health Care (PHC)

2. Jamar, S., op.cit., p. 1.

3. Mann, J., op.cit., p. 16.

4. World Health Organization (1987) Eighth General Programs of Work, Global Medium-Term Program, Program 3.4, Health Legislation, pp. 2 & 5.

- سلامت برای همه به این معنا است که سلامت برقرار می‌شود و گسترش می‌یابد و در هر کجا که مردم زندگی و کار می‌کنند خدمات سلامت در اختیار آنان خواهد بود و مردم امکانات بهتری برای رشد و رسیدن به کهنسالی سالم و فعال را خواهند داشت و افراد و خانواده‌ها به شیوه قابل قبول و متناسب با توان و مشارکت خود به مراقبت‌های اساسی سلامت دسترسی خواهند یافت.

- سلامت و تندرستی حق مسلم مردم است و تأمین آن یک هدف اجتماعی در سراسر جهان است. بنابراین پایه و اساس راهبرد سلامت برای همه، توزیع عادلانه امکانات سلامت و بهداشت در بین کشورها و در درون کشورها به ترتیبی که به دسترسی عموم مردم به مراقبت‌های اولیه سلامت و خدمات پشتیبان آن منجر شود، می‌باشد.

- حق و وظیفه مردم است که به‌صورت فردی و گروهی در برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های سلامت خود نقش داشته باشند. بنابراین مشارکت فعال مردم در تنظیم آینده اقتصادی و سلامت جامعه از عوامل اساسی در تحقق راهبردهای سلامت برای همه است. دولت‌ها در برابر سلامت و تندرستی مردم که با فراهم نمودن امکانات اجتماعی و سلامت کافی امکان‌پذیر است، مسئولیت تام دارند. بنابراین برای تأمین سلامت برای همه، تنها تعهد وزارت‌خانه‌های بهداشت کافی نبوده و تعهد سیاسی دولت در سطح کلی ضرورت دارد. - سلامت و تندرستی باید به‌عنوان پایه و اساس توسعه اقتصادی و اجتماعی باشد. و همکاری همه بخش‌ها که با توسعه اقتصادی کشور ارتباط دارند مثل بخش‌های کشاورزی، دامپروری، صنعت، مسکن، آموزش و پرورش، ارتباطات، کار و امور اجتماعی و رسانه‌های گروهی نیز ضرورت کامل دارد.

- همکاری فنی و اقتصادی بین کشورها در توسعه و اجرای راهبرد سلامت برای همه نقش مؤثری دارد. اگر قرار باشد دولت‌ها، سلامت را برای همه فراهم کنند باید در مسایل سلامت، متکی به خود بارآیند ولی این به‌معنای لزوم خودکفایی در حوزه سلامت نیست زیرا برای تأمین و توسعه راهبردهای سلامت و فایز آمدن بر مشکلات، همکاری و مسئولیت بین‌المللی امری ضروری است.

- مراقبت‌های سلامت درمانی نه فقط به‌صرفه و مؤثر، بلکه باید در حد استطاعت مردم و مورد قبول آنان باشد. مراقبت‌های سلامت درمانی باید به‌صورت منصفانه برای تمامی مردم فراهم آید و نه اینکه بیشترین خدمات برای درصد کمی از مردم تأمین، و در مقابل، گروه زیادی، از حداقل مراقبت‌های سلامت درمانی، محروم شوند.

گفتار دوم: مراقبت‌های اولیه سلامت و اصول آن

از نظر این بیانیه مراقبت‌های اولیه سلامت، آن دسته از مراقبت‌های اساسی سلامت هستند که نظام سلامت آن‌ها را با روش عملی و علمی قابل قبول از نظر روش‌ها و تکنولوژی، قابل تحمل از نظر هزینه‌ها (برای جامعه و کشور) و با مشارکت کامل مردم و روحیه خود اتکایی به افراد و خانواده‌ها در سطح جامعه ارایه می‌کند. سازمان جهانی بهداشت، مراقبت‌های اولیه سلامت را این چنین تعریف می‌کند: «مراقبت‌های

اولیه سلامت؛ مراقبت‌های اصلی در زمینه سلامت هستند که باید برای همه افراد و خانواده‌های جامعه قبل و بعد از بیماری قابل دسترس باشند». اصول مراقبت‌های اولیه سلامت، عبارت از:

۱- «اصل هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی»: سلامت به صورت مجرد وجود ندارد و تحت تأثیر ترکیبی از عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی است که به صورت تنگاتنگ با یکدیگر در ارتباط هستند. بنابراین بخش‌های مختلف جامعه که بر سلامت افراد تأثیر دارند باید تلاشی هماهنگ داشته باشند.

۲- «مشارکت مردم و اتکاء به خود»: بدون همکاری و علاقه مردم به تأمین و توسعه خدمات، هیچگونه موفقیتی برای آن پیش‌بینی نمی‌شود.

۳- «روش‌های مناسب»: نه تنها در مراقبت‌های اولیه سلامت، بلکه در تمامی سطوح، ارایه خدمات سلامت درمانی باید از روش، ابزار، پرسنل، دارو، مواد و حتی نظام اداری مناسب و منطبق با شرایط جامعه استفاده شود. در ارایه خدمات به مردم باید از روش‌هایی استفاده شود که با فرهنگ جامعه مطابقت داشته و از ابزار و پرسنلی استفاده گردد که با شرایط کار هماهنگ هستند. بنابراین فناوری مناسب ترکیبی است که هم نیازهای مراقبت سلامت و هم بافت اقتصادی - اجتماعی کشور را در نظر بگیرد. این موضوع باید هزینه، کارآیی، قابل پذیرش و قابل تحمل بودن رویکرد از جمله ظرفیت نگهداری تجهیزات را در نظر بگیرد.

۴- عدالت (برابری): منابع سلامت و خدمات مربوط به آن باید به صورت برابر در اختیار همه افراد جامعه قرار گیرد و مردم با نیازهای یکسان باید دسترسی برابر به مراقبت‌های سلامت داشته باشند. برای اطمینان از دسترسی برابر باید توزیع و پوشش مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطقی بیشتر باشد که بیشترین نیازها وجود دارد. عدالت در سلامت بر این دلالت دارد که هر کس به طور ایده‌آل، باید فرصت عادلانه‌ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود داشته باشد و هیچ کس نباید از به دست آوردن این ظرفیت‌ها محروم گردد.^۱

۵ - جامعیت خدمات: مراقبت‌های اولیه سلامت یک رویکرد جامع بر اساس مداخلات زیر است:

- «مداخلات ارتقایی»: برخورد مراقبت‌های اولیه سلامت در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تأثیر می‌گذارد.

- «مداخلات پیشگیری کننده»: این مداخلات، کاهش دهنده بروز بیماری‌ها یا برخورد سریع با عللی است که برای فرد ایجاد مشکل نموده است.

- «مداخلات درمانی»: این مداخلات سبب کاهش شیوع بیماری، به وسیله توقف پیشرفت بیماری در بیمار است.

^۱مطلق، م. و همکاران (۱۳۸۷)، *سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن* (چاپ دوم)، تهران: معاونت سلامت دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ترویج عدالت در سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انتشارات موفق، ص ۲۴-۲۳.

- «مداخلات بازتوانی»: این مداخلات سبب کوتاه نمودن پیامد یا عوارض مربوط به مشکل سلامت افراد می‌شود.

رویکرد فوق به این دلیل که تأثیر زیادی بر بهبود وضعیت سلامت افراد دارد باید توسط جامعه حمایت گردد. رویکرد جامع مراقبت‌های اولیه سلامت، نیازمند کارکنانی است که بتوانند در برخورد با مشکلات مربوط به سلامت راه‌حل ارائه کنند. برای مثال فقط مایع درمانی خوراکی برای کودک مبتلا به اسهال کافی نیست، نگهداری سلامت کودک نیازمند ارائه آموزش به خانواده در مورد نحوه مراقبت از کودک و سلامت محیط و بهبود تغذیه است.

در این بیانیه اجزای مراقبت‌های اولیه سلامت: آموزش سلامت (آموزش در خصوص مشکلات معمول سلامت، پیشگیری و روش‌های کنترل بیماری‌ها)، بهبود تغذیه، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط، سلامت مادر و کودک و فاصله‌گذاری بین موالید، واکسیناسیون علیه بیماری‌های عفونی قابل انتقال در دوران کودکی، پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی (بیماری‌های عفونی بومی یا محلی)، درمان بیماری‌های معمول و جراحی‌ها، دسترسی به داروهای اساسی. لازم به ذکر است که این اجزاء، حداقل اقدامات لازم‌الاجرا برای همه جوامع بوده و هر جامعه‌ای باید بر اساس نیازها و اولویت‌بندی آن برای ارائه خدمات مورد نیاز مردم، اقدام به برنامه‌ریزی و اجرا نماید. فلسفه اصلی مراقبت‌های اولیه سلامت را توزیع عادلانه منابع سلامت، تشکیل می‌دهد.^۱ این هدف وقتی تحقق می‌یابد که وسیع‌ترین و ابتدایی‌ترین نیازهای سلامت جامعه تا حد امکان در محل کار و زندگی مردم به سهولت قابل دسترس باشد. با این بینش، تأکید برنامه‌ریزان حوزه سلامت باید متوجه تقویت مراکز سطح اول ارائه مراقبت‌ها باشد.^۲

منظور از هدف سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ همانطور که در کنفرانس بین‌المللی آلماتا در مورد مراقبت‌های اولیه سلامت آمده، این است که کلیه مردان و زنان بتوانند بر اساس ۸ رکن اصلی مراقبت‌های اولیه سلامت، از نظر اقتصادی و اجتماعی، زندگی مولد و پربراری داشته باشند. این ارکان عبارتند از: آموزش درباره مشکلات شایع سلامت و راه‌های شناسایی و پیشگیری از آنها، ترویج تدارک غذا و تغذیه مناسب، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی فضولات، مراقبت از سلامت مادران و کودکان از جمله تنظیم خانواده، ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی مهم، پیشگیری و کنترل بیماری‌های بومی شایع، درمان مناسب سوانح و بیماری‌های رایج و دسترسی به داروهای اساسی.^۳ به‌منظور توانمندسازی مردم جهت دستیابی به سلامت، نخستین کنفرانس ارتقای سلامت که از ۱۷ تا ۲۱ سال ۱۹۸۶ در اوتاوا برگزار شد منجر

^۱ سهیلی، ث.، (۱۳۹۲)، کتاب جامع بهداشت عمومی (چاپ سوم)، جلد اول، فصل دوم، گفتار دوم سلامت و بیماری، چاپ سوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ص ۸۷-۷۶.

^۲ Haq, C., et al., eds. (2009), Primary Health Care: Past, Present and Future, Global Health Education Consortium, pp. 19-36.

^۳ صدری‌زاده، ب.، (۱۳۹۲)، کتاب جامع بهداشت عمومی (چاپ سوم)، جلد اول، فصل دوم، گفتار ششم نقش سازمان‌های فراملی در توسعه سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ص ۱۲۲.

به تصویب منشور ۱۹۸۶ اوتاوا با عنوان ارتقای سلامت شد. در گفتار بعد به توضیح مفصل منشور مزبور پرداخته می‌شود.

گفتار سوم: منشور ارتقای سلامت اوتاوا مصوب ۱۹۸۶

ارتقای سلامت روند توانمندسازی افراد در جهت افزایش کنترل بر روی ارتقای سلامتی‌شان است. یک فرد یا گروه برای دستیابی به سلامت کامل جسمی، روحی و اجتماعی باید توانایی شناسایی و درک آرزوها و تأمین نیازها و تغییر و تعامل با محیط را داشته باشد. بنابراین سلامت به‌عنوان منبع زندگی روزمره و نه به‌عنوان هدف زندگی در نظر گرفته می‌شود. سلامت مفهومی مثبت است که بر منابع اجتماعی و فردی همانند ظرفیت‌های فیزیکی تأکید می‌ورزد. لذا ارتقای سلامت فقط مسؤلیت بخش سلامت نیست و به فراتر از شیوه زندگی سالم یعنی به سمت سلامت سوق پیدا می‌کند. ارتقای سلامت نیازمند وجود اساس ایمن در هر یک از این شرایط و منابع است. سلامت و بهداشت خوب منبع اصلی توسعه اقتصادی، اجتماعی و فردی و یکی از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی است. فاکتورهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، محیطی، رفتاری و بیولوژیک همگی می‌توانند به سلامت خدمت کنند یا به آن آسیب برسانند، فعالیت ارتقای سلامت معطوف جهت‌دهی این شرایط در حمایت از سلامت و بهداشت می‌باشد.

ارتقای سلامت بر دستیابی به تساوی حقوق در سلامت تمرکز دارد. فعالیت ارتقای سلامت معطوف کاهش تفاوت‌ها در وضعیت فعلی سلامت و اطمینان از ایجاد فرصت‌ها و منابع مساوی است تا تمام افراد بتوانند به حداکثر ظرفیت سلامت و بهداشت خود دست یابند. این فعالیت‌ها شامل ایجاد ساختاری ایمن در یک محیط حمایتی، دسترسی به اطلاعات، مهارت‌های زندگی و ایجاد فرصت‌ها برای انتخاب گزینه‌های سالم است. افراد تا زمانی که به این فعالیت‌ها دسترسی نداشته باشند، نمی‌توانند به حداکثر ظرفیت سلامت و بهداشت خود برسند. این امر باید در زنان و مردان به‌طور مساوی صورت پذیرد.

منشور ارتقای سلامت اوتاوا، اذعان می‌دارد که پیش‌نیازها و چشم‌اندازهای سلامت به تنهایی توسط بخش سلامت قابل تضمین نیست. مهم‌تر از آن، اینکه ارتقای سلامت نیازمند فعالیت هماهنگ توسط تمام ارگان‌ها از جمله دولت‌ها، بخش‌های سلامت و دیگر بخش‌های اجتماعی و اقتصادی، سازمان‌های غیردولتی و داوطلبانه، حکومت‌های محلی، صنعت و رسانه است. مردم در طول زندگی خود به‌عنوان افراد، خانواده‌ها و جوامع در این امر دخیل هستند. گروه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و کارکنان سلامت، مسؤلیتی اصلی در جهت میانجی‌گری بین علاقه‌های گوناگون جامعه به‌منظور پیگیری سلامت و بهداشت دارند.

راهبردها و برنامه‌های ارتقای سلامت باید با نیازهای محلی و امکانات کشورهای منفرد و مناطق مختلف تطابق داده شوند تا بدین وسیله به سیستم‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی توجه لازم شود. در بند بعد این موضوع تحت عنوان ابزارهای ارتقای سلامت که موجب برقراری جامعه سالم می‌گردد، توضیح داده می‌شود.

بند اول: ابزارهای ارتقای سلامت، سیاست جامعه سالم

ارتقای سلامت پا را فراتر از مراقبت‌های سلامت می‌گذارد. این امر سلامت را وارد حیطه سیاست‌مداران در تمام بخش‌ها و تمام سطوح نموده و آن‌ها را از نتایج سلامت تصمیمات‌شان آگاه نموده و آن‌ها را جهت قبول مسؤلیت‌شان در سلامت جهت‌دهی می‌کند. سیاست ارتقای سلامت رویکردهای گوناگون ولی مکمل شامل قانون‌گذاری، مقیاس‌های مالی، مالیات و تغییرات سازمانی را با یکدیگر ترکیب می‌نماید. در واقع این امر یک فعالیت هماهنگ است که منجر به سلامت، درآمدزایی و سیاست‌های اجتماعی می‌شود که تساوی حقوق بیشتری را پرورش می‌دهد. فعالیت ترکیبی با تضمین ارایه کالا و خدمات ایمن‌تر و سالم‌تر، خدمات عمومی سالم‌تر و محیط‌های تمیزتر و لذت بخش‌تر مرتبط است.

سیاست ارتقای سلامت نیازمند شناسایی موانع تطبیق سیاست جامعه سالم در بخش‌های غیرسالم و راه‌های برطرف کردن آن موانع است. همچنین هدف باید تبدیل سالم‌ترین گزینه به آسان‌ترین گزینه برای سیاست‌مداران نیز باشد. ارتقای سلامت شرایط زندگی و کار را به‌صورتی ایمن، محرک، راضی‌کننده و لذت بخش تبدیل می‌کند. در یک محیط در حال تغییر سریع، ارزیابی سیستماتیک تأثیر سلامت (به‌خصوص در حیطه فناوری، کار، تولید انرژی و شهرنشینی) ضروری است و باید با فعالیت در جهت تضمین اثرات مثبت در سلامت جامعه پیگیری گردد. حفظ محیط‌های طبیعی و ساخته شده و نگهداری منابع طبیعی باید در هر راهبرد ارتقای سلامت مورد توجه قرار گیرد.

ارتقای سلامت از طریق فعالیت اجتماعی به‌هم پیوسته و موثر در زمینه اولویت‌بندی‌ها، تصمیم‌گیری‌ها، راهبردهای برنامه‌ریزی و به‌کارگیری آن‌ها برای دستیابی سلامت بهتر عمل می‌نماید. در بطن این فرایند، توانمندسازی جوامع و ایجاد حق مالکیت آن‌ها و کنترل آن‌ها بر اهداف و سرنوشت خود قرار دارد. توسعه جامعه بر پایه منابع انسانی و مادی موجود در جامعه بنا نهاده شده است تا به تقویت خودیاری و حمایت اجتماعی و تدوین سیستم‌های قابل انعطاف، تقویت مشارکت عمومی و هدایت مسایل سلامت بپردازد. این امر نیازمند دسترسی کامل و مداوم به اطلاعات، فرصت‌های آموزشی و نیز حمایت‌های پایه‌ای است.

ارتقای سلامت از طریق تأمین اطلاعات، آموزش سلامت و تقویت مهارت‌های زندگی به حمایت از توسعه فردی و اجتماعی می‌پردازد. این کار تعداد گزینه‌های موجود برای افراد در جهت ایجاد کنترل بر آن‌ها و نیز بر محیط‌های اطراف‌شان را افزایش می‌دهد. ایجاد توانایی در افراد برای یادگیری در طول زندگی، آماده‌سازی برای تمام مراحل آن و سازگاری با بیماری‌های مزمن و آسیب‌ها امری ضروری است. این کار باید در مدارس، منازل و محیط‌های کار و اجتماعی تسهیل گردد. این فعالیت باید در قالب نهادهای آموزشی، حرفه‌ای، تجاری و داوطلبانه و حتی درون مؤسسات انجام گیرد.

مسئولیت ارتقای سلامت در خدمات سلامت بین افراد، گروه‌های اجتماعی، کارکنان بخش سلامت، مؤسسات خدمات سلامت و دولت‌ها به‌طور مشترک وجود دارد. آن‌ها باید با یکدیگر کار کنند تا بتوانند به سمت یک سیستم مراقبت سلامت که به تشویق بهداشت و سلامت می‌پردازد حرکت نمایند. نقش بخش

سلامت، به طور روزافزون باید به فراتر از مسؤلیت تأمین خدمات بالینی و درمانی، یعنی به سوی ارتقای سلامت در حرکت باشد. خدمات سلامت باید طیف وسیعی از ضرورت‌ها را با توجه به نیازهای فرهنگی جامعه شامل شود. بازآموزی خدمات سلامت علاوه بر تغییر در آموزش حرفه‌ای نیازمند، توجه بیشتر به تحقیقات سلامت نیز می‌باشد.

سلامت توسط افراد در محیط زندگی روزمره‌شان ایجاد می‌شود و آن‌ها با سلامت زندگی می‌کنند. سلامت توسط مراقبت از دیگران و خود فرد، توسط توانایی تصمیم‌گیری و داشتن کنترل بر شرایط زندگی فردی و توسط تضمین این که جامعه‌ای که یک نفر در آن زندگی می‌کند شرایطی را ایجاد می‌کند که امکان دستیابی به سلامت را برای تمام اعضای آن جامعه فراهم می‌کند، ایجاد می‌شود. افرادی که در توسعه راهبردهای ارتقای سلامت دخیل هستند باید این نکته را به عنوان یک اصل راهنما همیشه در نظر بگیرند که مردان و زنان در هر مرحله از برنامه‌ریزی، به‌کارگیری و ارزیابی فعالیت‌های ارتقای سلامت باید به‌طور مساوی سهم باشند.

شرکت‌کنندگان در این کنفرانس متعهد به اجرای این منشور گردیده و این کنفرانس از سازمان جهانی بهداشت و دیگر سازمان‌های بین‌المللی می‌خواهد تا به حمایت از ارتقای سلامت در تمام میادین مناسب پردازند و از کشورها در امر تنظیم راهبردها و برنامه‌ریزی در ارتقای سلامت حمایت نمایند. این کنفرانس بر این باور است که اگر تمام مردم، سازمان‌های غیردولتی و داوطلبانه، دولت‌ها، سازمان جهانی بهداشت و دیگر نهادهای مسؤول، جملگی در جهت ارایه راهبردهای ارتقای سلامت، مطابق با ارزش‌های معنوی و اجتماعی اشاره شده در این منشور، گام بردارند، شعار سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ تبدیل به واقعیت خواهد شد. فعالیت‌ها و اقدام‌های بین‌المللی متعددی جهت تحقق بیانیه آلماتا بعد از سال ۲۰۰۰ صورت پذیرفت که نمونه آن می‌توان به برگزاری همایش ۲۰۰۲ آتلانتا اشاره کرد. ادامه این اقدامات منجر به تجدیدنظر در مقررات بین‌المللی سلامت شد، که در فصل بعد توضیح آن ارایه خواهد گردید.

نتیجه‌گیری

حق بر سلامت، سلامت عمومی، بهداشت و سایر شاخص‌های اساسی سلامت را تحت پوشش قرار می‌دهد. دولت‌ها باید حق بر سلامت را رعایت، حمایت و ایفا کنند. به همین دلیل است که باید مردم را در تحقق این حق توانمند کنند و از تبعیض دسترسی مردم به خدمات سلامت خودداری ورزند و مردم را در مقابل تخلف‌های اشخاص ثالث، یاری، و تحقق کامل این حق‌ها را تضمین کنند. طبق اسناد موجود، دولت‌ها موظف هستند کلیه موانع دسترسی به سلامت را، از میان بردارند و شرایط لازم را برای تأمین و حفظ سلامت آحاد جامعه فراهم کنند. به بیان دیگر نظام بین‌المللی حقوق بشر این انتظار را از دولت‌ها دارد که در راستای تحقق تدریجی و کامل این حق، با به‌کارگیری و تخصیص حداکثر امکانات موجود خود در این زمینه و با اتخاذ اقدامات مشترک و جداگانه به دسترسی کامل حق بر سلامت کمک کنند. در پاسخ به فرضیه فرعی اول

باید گفت حقوق و تعهدات مندرج در اسنادی که مورد بررسی واقع شدند، منجر به تحقق کامل حق بر سلامت می‌شود. اقدام دولت‌ها به سوی این هدف باید در طی یک مدت زمان کوتاه پس از لازم‌الاجرا شدن میثاق برای دولت‌های ذریبط انجام شود در حالی که تحقق کامل حقوق مربوط می‌تواند به طور تدریجی حاصل گردد. این اقدامات باید سنجیده، ملموس و عینی بوده و هدف آن‌ها تا حد امکان آشکارا در راستای تحقق تعهدات به رسمیت شناخته شده در میثاق باشد. لذا تعهدات مندرج در اسناد، دولت‌ها را متعهد و ملتزم به گسترش حق بر سلامت و اجرای مقررات بین‌المللی سلامت می‌کند. و از طرفی دولت‌ها با ایفای تعهدات خود، موجب گسترش جهانی حق بر سلامت می‌شوند.

حق بر سلامت جنبه قراردادی نداشته و دولت‌ها دارای تعهداتی در این زمینه هستند. در این فصل با بررسی اسناد، به متعهد بودن دولت‌ها در قبال حق بر سلامت و حقوق جهانی سلامت پرداخته شد و طبق اسناد موجود مشخص شد ملاحظات دولت‌ها تحت تأثیر تعهدات آن‌ها می‌باشد. حقوق و تعهدات مندرج در اسناد منطقه‌ای، بین‌المللی و جهانی در خصوص حق بر سلامت عامل تعیین کننده‌ای نسبت به ملاحظات دولت‌ها بوده و اجرای تعهدات ناشی از میثاق، بدون هر نوع قید و شرط و فوراً باید صورت گیرد. دولت‌های عضو نمی‌توانند به بهانه وجود مشکلات و ملاحظات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در اجرای تعهدات مزبور قصور نمایند.

در فصل اول بخش اول گفته شد در یک دهه گذشته، شیوع برخی بیماری‌های واگیردار مانند سارس، آنفلونزای پرندگان و ... و بروز پدیده‌هایی چون بیوتروریسم و آثار قابل ملاحظه آن‌ها در روابط و همکاری‌های بین‌المللی باعث شده است مقوله سلامت، متعلق به یک کشور یا منطقه نباشد و هیچ کشوری دیگر نمی‌تواند به تنهایی درباره «سلامت»، تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری کند، بلکه سیاست‌های ملی سلامت در هر کشوری باید با اقدامات جهانی هماهنگ و هم‌سو باشد. این وابستگی متقابل، راه‌های جدیدی برای اقدام جمعی بین‌المللی گشوده است. زندگی مردم در سراسر جهان تحت تأثیر تجارت، سیاست، علم و فناوری قرار می‌گیرد. هم‌گرایی جهانی و پیوستگی درونی، سرمایه، کالاهای تجاری، اشخاص، مفاهیم، تصویرها، ایده‌ها و ارزش‌ها به فراسوی مرزها و ملت‌ها گسترش می‌یابند. «راه دیگری برای تضمین سلامت مردم غیر از همیاری و اقدام اجتماعی و همبستگی جهانی وجود ندارد». جهانی شدن و گسترش ارتباطات و سرعت جابجایی‌ها، سرعت انتشار بیماری‌ها را نیز افزایش داده و بر طبق مفاد مقررات بین‌المللی سلامت این پیام را برای محققان سلامت داشته است که «پیشبرد اهداف سلامت، مستلزم همکاری‌های بین‌المللی است و یک دولت نمی‌تواند به تنهایی و در چارچوب مرزهای خود، سلامت شهروندانش را تأمین کند». این مباحث موجب تقویت دیپلماسی سلامت جهانی و تجدیدنظر در مقررات بین‌المللی سلامت گردید که در فصل بعد به بررسی و توضیح حق بر سلامت در عصر جهانی شدن و تعهدات دولت‌ها با توجه به مقررات بین‌المللی سلامت پرداخته می‌شود.

فصل دوم

بررسی گستره جهانی حق بر سلامت و مقررات بین‌المللی سلامت

ارزش‌های جهانی که خاستگاه انسانی داشته، معیارها و هنجارهای عامی را طلب می‌کنند که همه آحاد بشر در این گستره آنرا ذاتی و در وجدان خود مورد پذیرش قرار داده و بایسته و شایسته تلقی و از این منظر رعایت و احترام به این حقوق را لازم فرض می‌کنند. در اصل «بشر من حیث بشریت»، شایسته دارا بودن این حقوق اولیه است. حقوق اولیه که ناظر بر مشترکات انسانی است و از این حیث تفاوتی در ماهیت آنها نیست. ظرفیت مقررات حقوق بشر برای بهبود و ارتقاء سلامت از شناخت گسترده و پذیرش جهانی معاهدات اصلی آن، اعلامیه‌ها، اصول و حتی اسناد غیر الزام‌آور دیگر استنباط می‌شود. مجموعه مقررات حقوق بشر ناشی از منشور سازمان ملل و اسناد (منشور) بین‌المللی حقوق بشر (نام غیر رسمی اعطا شده به میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، اعلامیه جهانی حقوق بشر و پروتکل‌های اختیاری دیگر) و همچنین معاهدات راجع به حفاظت از جمعیت‌های خاص و تخلفات فاحش، مربوط است.

توسعه جهانی حق بر سلامت، موجب شده است این حق در گفتمان و رویه‌های جامعه بین‌المللی حقوق بشر، به مثابه زبان مشترک، ضابطه و چارچوب عمل گسترش یابد. اهمیت این بحث، محوری است زیرا درک حق بر سلامت، به تعهد، و اقدام همه این جوامع بستگی دارد و به وحدت زبان و درک همیاری بین آنها مساعدت می‌کند. دیباچه منشور سازمان ملل بیان می‌دارد قصد و اراده جامعه بین‌المللی «ایمان به حقوق بنیادین بشر، به کرامت و ارزش شخص انسان» است. از طریق منشور یا معاهده الزام‌آور، دولت‌های عضو سازمان ملل، متعهد به ارتقاء و ترویج «احترام جهانی و رعایت مؤثر حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه بدون تبعیض اعم از نژاد، جنس، زبان، یا مذهب می‌باشند و کلیه اعضاء متعهد به همکاری با سازمان ملل متحد برای نیل به مقاصد مذکور می‌باشند». مقدمه منشور تأکید می‌کند حفظ و ارتقاء حقوق بشر یکی از اهداف اصلی سازمان ملل می‌باشد.

دولت‌ها با توجه به اعلامیه جهانی حقوق بشر، که همه حقوق بشر را جهانی، به هم پیوسته و دارای وابستگی درونی می‌داند، باید حق بر سلامت را رعایت، از آن حمایت و آنرا اعمال کنند. دولت‌ها باید حق بر سلامت را با در نظر گرفتن اقداماتی که انجام می‌دهند حفظ، و سلامت مردم را بازیابی کنند. جهانی شدن مسائل سلامت و بیماری‌های همه‌گیر و ارتباط صحیح و انکارناپذیر جوامع و افراد، با وصف وجود مرجع صالح و واحد بین‌المللی، ضرورت جهانی شدن حقوق سلامت را بیش از پیش تقویت و مبرم کرده است. حقوق بشر، حقوق همه انسان‌هاست و در اساس حقوق جهانی همه مردم جهان است. پس، حقوق بشر مرز

نمی‌شناسد، تجزیه پذیر نیست و بر آن است تا حقوق پذیرفته شده و رسمیت یافته بشر را به سراسر جهان توسعه و تعمیم دهد. لذا جهانی شدن حقوق بشر در این چارچوب، نیز قابل تصور و تحقق است. در این فرایند، باید مراحل را طی کرد تا هنجارها و قواعد حقوقی مشترک کشف یا ابداع شوند. در مرحله اول، حقوق بین‌الملل می‌تواند از طریق همایش‌ها یا کنوانسیون‌های بین‌المللی یا از طریق سازمان‌های بین‌المللی با تدوین معاهدات، بستر لازم برای پیشرفت جهانی شدن حق بر سلامت را فراهم آورد، در نتیجه، معاهدات و کنوانسیون‌ها می‌توانند دولت‌های دارای فرهنگ مختلف را با یکدیگر همسو و متحد کنند. رشد و گسترش فناوری اطلاعات موجب شده است که دولت‌ها، به‌هنگام شیوع یک بیماری خاص به‌سرعت و تسهیل عمل کنند و هشدارهای لازم را به‌موقع، به اطلاع همگان برسانند. مقوله سلامت، متعلق به یک کشور یا منطقه نیست و هیچ کشوری نمی‌تواند به تنهایی درباره «سلامت»، تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری کند، بلکه سیاست‌های ملی سلامت در هر کشوری باید با اقدامات جهانی هماهنگ و هم‌سو باشد. این وابستگی متقابل، راه‌های جدیدی برای اقدام جمعی بین‌المللی گشوده است.

از نظر عده‌ای فرایند جهانی شدن در یک بخش از جهان می‌تواند نتایج مهمی برای افراد و جوامع در بخش‌های بسیار دور کره زمین دربرداشته باشد^۱ و عامل به‌وجود آمدن تحولات بسیاری در ابعاد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، مدنی و حقوقی بوده است و امروزه تمام جنبه‌های زندگی انسان‌ها را تحت تأثیر قرار داده است.^۲ لذا جهانی شدن، واقعیتی انکار نشدنی و تبعات مختلفی در پی داشته و برخی تبعات مستلزم قانون‌گذاری برخی حقوق خاص حاصل و جدید است، در خصوص بحث حاضر می‌توان گفت حق بر سلامت و حقوق جهانی سلامت، نیز باید در این قلمرو وسیع جهانی مورد بررسی، چاره‌جویی و انتظام حقوقی جهانی قرار گیرد. بیماری‌های نوظهور و باز ظهور و اشکال غیر معمول بعضی از بیماری‌ها که پیامدهای آن‌ها می‌تواند از محدوده مرزهای یک کشور خارج شود، سرعت انتقال بیماری‌ها در سراسر جهان، گسترش عوامل خطر آفرین (عوامل بیولوژیک، شیمیایی، هسته‌ای) و ... ضرورت داشتن و جهانی شدن مقررات بین‌المللی سلامت را نیز روزافزون کرده است. که این موضوع متعاقباً بررسی می‌شود.

^۱ این تعریف از آنتونی مک گرو نقل شده است. همچنین رونالد رابرتسون جهانی شدن را فرایندی می‌داند که در حال ساختن فضای جدید اجتماعی است. فضایی که مهمترین مبنا و شالوده آن، حقوق سیاسی و اجتماعی انسان‌هاست. در این خصوص رجوع شود به: رابرتسون، ر.، (۱۳۸۵)، *جهانی شدن: تئوری‌های اجتماعی و فرهنگ جهانی* (چاپ اول)، ترجمه: کمال پولادی (۱۳۸۵)، تهران: نشر ثالث، ص ۸.

^۲ بهروز لک، غ.، (۱۳۸۶)، *جهانی شدن و اسلام سیاسی*، (چاپ دوم)، قم: انتشارات پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی، ص ۹۶.

با توجه به اینکه درباره جهانی شدن،^۱ واژه شناسی و تعریف آن،^۲ فرایند شکل‌گیری جهانی شدن،^۳ علل و مبانی آن،^۴ قلمرو جهانی شدن،^۵ جهانی شدن در حقوق،^۶ روندهای جهانی شدن حقوق^۷ و جهانی شدن در حقوق بشر،^۸ بسیار صحبت شده است از توضیح آن‌ها به منظور جلوگیری از اطاله

Globalization.^۱ این واژه گاهی به معنی جهانی‌سازی هم ترجمه می‌شود. در معنای جهانی شدن، هر جامعه که خواهان رفاه شهروندانش باشد، ناگزیر باید خود را با این جریان نیرومند و ضروری سازگار کند. و در معنای جهانی سازی؛ طرحی است که توسط کشورهای ثروتمند و قدرتمند دنیا تدوین شده و منظور از آن ادامه سلطه اقتصادی، سیاسی و نظامی بر دیگر کشورهای عالم است. اسماعیلی، غ.، (۱۳۴۸)، جهانی شدن یا جهانی سازی؟، مجله تدبیر، شماره ۱۵۵، ص ۱-۲. همچنین در خصوص معنای جهانی شدن رجوع شود به لغت‌نامه رسمی مریام وبستر به آدرس زیر:

<http://www.merriam-webster.com/dictionary/globalization>

۲. در این خصوص رجوع شود به: زینالی، الف.، (۱۳۸۸)، جهانی شدن حقوق کیفری در قلمرو حمایت از کودکان بزه‌دیده، رساله دکترای حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، ص ۱۵. ؛ جاهد، م.، (۱۳۸۹)، جهانی شدن اصول دادرسی کیفری در پرتو اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای حقوق بشر، رساله دکترای حقوق جزا و جرم‌شناسی، پردیس فارابی دانشگاه تهران، ص ۳. ؛ نجفی الف.، علی حسین، ناقلی، ع.، (۱۳۸۹)، جهانی شدن بزهکاری، دیپاچه بر قاجاق انسان در سیاست جنایی ایران و اسناد بین‌المللی (چاپ اول)، تهران: انتشارات میزان، ص ۱۴.

۳. در این خصوص رجوع شود به: برزگر، الف.، (۱۳۸۳)، جهانی شدن، هویت و فقه سیاسی، پژوهش حقوق و سیاست، شماره ۱۰، ص ۲۵. ؛ حسینی، ح.، (۱۳۸۷)، جهانی شدن حقوق و جرایم اقتصادی، مجموعه مقالات همایش جهانی شدن و چالش‌های آن، دانشگاه فردوسی مشهد، ص ۸۷. ؛ سوئیزی، پل و دیگران (۲۰۰۱)، جهانی شدن با کدام هدف؟، ترجمه: ناصر زرافشان، (۱۳۸۰)، تهران: نشر آگاه، ص ۷. ؛ رابرتسون، ر.، (۲۰۰۴)، جهان - محلی شدن: زمان - مکان و همگونی - ناهمگونی، ترجمه: مراد فرهادپور (۱۳۸۳)، فصلنامه ارغنون، شماره ۲۴، ص ۱۱.

۴. در این خصوص رجوع شود به: سریع‌القلم، م.، (۱۳۸۷)، ایران و جهانی شدن (چاپ دوم)، تهران: انتشارات مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام، ص ۴۳.

۵. در این خصوص رجوع شود به: نامور مطلق، ب.، (۱۳۸۷)، نظریه دریافت، پژوهشنامه فرهنگستان هنر، شماره ۱۱، ص ۹۴. ؛ دهقانی، م.، (۱۳۸۶)، ابعاد پدیده جهانی شدن، نشریه مرکز تحقیقات استراتژیک، ویژه‌نامه اقتصاد سیاسی بین‌المللی در عصر جهانی شدن، شماره ۷، ص ۵۲. قابل دسترسی در سایت مرکز تحقیقات استراتژیک، معاونت پژوهش‌های سیاست خارجی. ؛ افخم، ر.، (۱۳۸۸)، تروریسم در حقوق ایران و اسناد بین‌المللی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، ص ۵۵.

۶. در این خصوص رجوع شود به: دلماس مارتی، م.، (۱۹۹۹)، جهانی شدن حقوق: فرصت‌ها و خطرات، ترجمه: اردشیر امیرارجمند (۱۳۷۸)، مجله حقوقی، نشریه دفتر خدمات حقوقی بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران، شماره ۲۴، ص ۱۲۱. ؛ دله، الف.، (۱۹۹۶)، دولت و جهانی شدن حقوق؛ از حقوق بین‌الملل تا جهانی شدن حقوق، ترجمه: ابراهیم بیگزاده (۱۳۷۵)، مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۲۵ و ۲۶، ص ۲۹۴.

Weeramantry, C.G. (2004) *Universalizing International Law*, Leiden, Netherlands: Martinus Nijhoff, p. 114.

7. Delmas-Marty, M. (2003), *Global Law: A Triple Challenge*, (Translated by Naomi Norberg Transnational Publishers), p. vi.

کلام خودداری کرده و تأثیر جهانی شدن بر سلامت (در مفهوم گسترده) و حقوق مرتبط را مورد بحث قرار می‌دهیم.

مبحث اول: رابطه سلامت و عصر جهانی شدن

پیوند و رابطه بین سلامت و عصر جهانی شدن بسیار است. مطالعات متعددی در زمینه اهمیت و تأثیرات جهانی شدن بر سلامت انجام شده است، جهانی شدن سلامت، حیطه‌ای فراتر از بیماری و عوامل خطر را در بر می‌گیرد و آن شامل مراقبت سلامت و ورودی‌های آن است. برای مثال اعمال دقیق محدودیت‌ها برای دسترسی به داروهای آنتی‌بیوتیک در یک کشور، ممکن است در وضعیتی که در کشور همسایه محدودیتی برای خرید آن‌ها اعمال نشود، اثر معکوس داشته باشد و سبب ظهور میکروب‌های مقاوم در کشور اول شود. اینگونه مسایل نمایان‌گر آن است که مقوله سلامت، متعلق به یک کشور یا منطقه نیست و هیچ کشوری نمی‌تواند به تنهایی درباره «سلامت»، تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری کند، بلکه سیاست‌های ملی سلامت در هر کشوری باید با اقدامات جهانی هماهنگ و هم‌سو باشد. این وابستگی متقابل، راه‌های جدیدی برای اقدام جمعی بین‌المللی گشوده است. مثال بارز آن داروهای ضد ایدز است. تلاش‌های اوایل دهه نود، برای دسترسی مبتلایان به ایدز در کشورهای فقیر به داروهای ارزان‌تر، به شکست انجامید، ولی در سال ۱۹۹۵ با فشار مجامع بین‌المللی و شرکت‌های چندملیتی دارویی عمده، این موضوع به نتایج خوبی منجر شد. جهانی شدن به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم بر نظام مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارد. در شکل مستقیم، اثرگذاری از طریق سیاست‌هایی است که به‌طور مستقیم بر تصمیمات بخش سلامت وارد می‌شوند. (مانند موافقت‌نامه عمومی درباره تجارت در زمینه خدمات سازمان جهانی تجارت).

علاوه بر این، بازارهای جهانی به‌طور غیرمستقیم بر نظام مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارند (مانند اثر موافقت‌نامه ابعاد مرتبط با تجارت حقوق مالکیت معنوی سازمان جهانی تجارت بر روی قیمت محصولات دارویی). جهانی شدن بر روی سایر عوامل مرتبط با سلامت نیز تأثیرگذار است. چنانکه در سطح جمعیت، از طریق انتقال فرامرزی بیماری‌های عفونی و فروش محصولات (نظیر دخانیات) مؤثر است.^۲ همچنین می‌توان به این اشاره کرد که جهانی شدن موجب گسترش تله‌مدیسین یا سلامت الکترونیکی شده است. سلامت الکترونیکی به معنی فراهم کردن سرویس‌های پزشکی و بهداشتی از یک مسافت دور است. سلامت

^۱ در این خصوص رجوع شود به: جلالی، م.، مقامی، الف.، (۱۳۹۰)، کارکرد حقوق بین‌الملل در فرآیند جهانی شدن، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۱، شماره ۳، ص ۹۸؛ آل‌کجباف، ح.، مدنیان، غ.، (۱۳۹۲)، نگاه قوانین بین‌المللی به مسأله حقوق بشر، پژوهشکده علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، ص ۳. قابل دسترسی در پرتال جامع علوم انسانی پژوهشکده علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

^۲ Bruntland, G.H. (2003), The Globalization of Health, Seton Hall Journal of Diplomacy and International Relations 4 Volume IV, no. 2, p. 11.

الکترونیکی یک علم توسعه یافته با سرعت فوق‌العاده است که از طریق آن ارایه خدمات بهداشتی در تمامی نقاط دنیا معنا پیدا می‌کند.^۱

تأثیراتی که جهانی شدن در بعد اقتصاد ملی بر جای می‌گذارد، به‌طور غیر مستقیم با تأثیر بر روی نظام مراقبت، نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مانند تأثیر آزادسازی تجارت و جریان‌های مالی بر تأمین منابع برای هزینه‌های عمومی سلامت). همچنین تغییر در اقتصاد ملی به‌واسطه تأثیر بر اقتصاد خانوار (به‌خصوص تأثیر آن بر تغذیه و اوضاع زندگی ناشی از درآمد خانوار) بر روی سلامت نیز اثر دارد. بر طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، این چارچوب مفهومی می‌تواند مبنایی برای تدوین سیاست‌های سلامت و ارایه راه‌کارهایی در سیاست‌گذاری اقتصاد ملی و مذاکرات بین‌المللی باشد.^۲ لذا در این میان همکاری دولت‌ها در سطح بین‌المللی و دیپلماتیک در تحقق و تأمین سلامت جهانی و پیشرفت حقوق جهانی سلامت بسیار مهم است.

ارتباط متقابل و فزاینده بین موضوعات سلامت، تجاری و سیاسی و الزام کشورها به برخورد با موضوعاتی که همزمان بهره‌ای از هر سه این حوزه‌ها داشته‌اند، دولت‌ها را ملزم به ورود به این سلسله مذاکرات کرد. این مذاکرات اغلب چند بخشی و از حساسیت‌های سیاسی و دیپلماتیک قابل ملاحظه‌ای برخوردارند و در عین حال، مشارکت مؤثر در آن‌ها موکول به برخورداری هیأت‌های شرکت کننده از دانش همه‌گیرشناسی، حقوقی و سیاسی نیز هست.^۳

با توجه به اینکه عده‌ای معتقدند که جهانی شدن از حقوق بشر آغاز شده است و حقوق بشر مبنای حق بر سلامت است در مبحث بعد حق بر سلامت و جهانی شدن بررسی می‌شود.

مبحث دوم: حق بر سلامت و عصر جهانی شدن

در زمره آرمان‌های بشر، مفهوم یک جهان واحد، اهمیت به‌سزایی داشته و دارد. حتی می‌توان گفت عده‌ای با ایده‌هایی جهانی، در صدد ایجاد جهان واحد بوده‌اند.^۴ امروزه روابط میان دولت‌ها و رویدادهای اجتماعی در اقصی نقاط دنیا بیش از پیش در هم تنیده شده است. بر این اساس، جهانی شدن را می‌توان تشدید روابط اجتماعی در سطح جهان تعریف کرد.^۵ عده‌ای معتقدند مفهوم جهانی شدن از یک منشأ تقریباً نامعلوم نضج

^۱عباسی، م.، صالحی‌کیا، ن.، (۱۳۹۳)، سلامت الکترونیکی از منظر حقوق بین‌الملل، تهران: مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، انتشارات حقوقی، ص ۲۴.

^۲Bulletin of the World Health Organization, print version ISSN, retrieved from: <http://dx.doi.org/2001>, Last visited (3.4.2016)

^۳احمدی، ک.، (۱۳۸۱)، سیاست خارجی و امنیت سلامت بین‌المللی، فصلنامه سیاست خارجی، سال بیست و چهارم، شماره ۱، ص ۲۷-۲۳.

^۴سی.جویز، ک.، (۱۳۸۷)، حقوق بین‌الملل در قرن بیست و یکم، ترجمه: عباس کدخدایی، امیر ساعد وکیل (۱۳۸۷)، تهران: نشر میزان، ص ۵.

^۵گل محمدی، الف.، (۱۳۸۶)، جهانی شدن فرهنگ - هویت (چاپ سوم)، تهران: نشر نی، ص ۲۴.

گرفته و سپس تبدیل به مفهوم غالب در همه زبان‌های زنده دنیا شده است^۱ و از دهه ۸۰ به بعد، کاربردی کاملاً بین‌المللی پیدا کرده است.^۲ یکی از عرصه‌هایی که در تأثیر و تأثر با جهانی شدن بوده است، سلامت و حقوق مرتبط با آن است. سلامت از مقوله‌هایی است که در دنیای خود مرزی نمی‌شناسد. جهانی شدن بر سلامت تأثیر گذاشته که با عوامل اقتصادی، آموزش، خدمات اجتماعی، شیوه زندگی و تقابل هر یک از آنها با هم، مرتبط است. رشد و گسترش فناوری اطلاعات موجب شده است که دولت‌ها، به‌هنگام شیوع یک بیماری خاص به سرعت و تسهیل عمل کنند و هشدارهای لازم را به موقع، به اطلاع همگان برسانند.^۳ این امر موجب اعتلا و گسترش حق بر سلامت شده است.

طی دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ سیاست‌های مربوط به سلامت و توسعه، به‌طور عمده بر این فرضیه مبتنی بود که آنچه در غرب مؤثر واقع شده است، برای دو سوم بقیه جهان نیز بهترین است، ولی چنین امری تحقق نیافت. موضع برخی از کشورهای جهان سوم، این دولت‌ها را محیط مساعدی برای شرکت‌های چندملیتی و فراملیتی کرده بود. این شرکت‌ها نقش برجسته‌ای در تورم قیمت‌های دارویی و استفاده نادرست از داروها داشتند. اطلاعات پزشکی که شرکت‌های دارویی چندملیتی و فراملیتی در اختیار مشتریان و بیماران خود قرار می‌دادند، در جذب آن‌ها به داروهای غربی مؤثر بود. بروز این امور منجر به این شد که سازمان جهانی بهداشت، تدابیری از قبیل تعیین بیش از دویست قلم دارو برای برآوردن نیازهای سلامت و دارویی جهان سوم بیاندیشد. بانک جهانی نیز از سال ۲۰۰۰ تا کنون، مهم‌ترین منبع تأمین اعتبار اقدامات سلامت جهانی شناخته شده است. این کار در قالب کمک‌های بلاعوض و پرداخت وام بوده است.^۴

سرایت انتقال بیماری‌های مهلک بر ملت‌ها و فرهنگ‌ها اثر می‌گذارد. تلاش‌های زیادی انجام گرفته است، بنابراین، راه‌حل‌های جهانی عرضه شده، و مهم‌تر آنکه جهانی شدن نه تنها تأکید بر آگاهی از مخاطرات تهدید کننده سلامت و زمینه‌های شیوع جهانی آن دارد، بلکه در پی مأمونی در جهان نیز است. ویروس‌ها در دنیا به سرعت ایمیل و پول جابجا می‌شوند.

طبق آمارهای موجود، هر روز بیش از دو میلیون نفر از مرزهای بین‌المللی عبور می‌کنند که در میان آن‌ها یک میلیون نفر از کشورهای در حال توسعه هر هفته به کشورهای صنعتی سفر می‌کنند. بیماری‌ها اغلب با آن‌ها مسافرت می‌کنند و مقامات کشورها نیز نمی‌توانند از ورود آن‌ها جلوگیری کنند.

^۱ احمدوند، ش.، (۱۳۸۵)، جهانی شدن و تکثر فرهنگی، پژوهش حقوق عمومی، شماره ۲۰، ص ۷۵.

^۲ واترز، م.، (۲۰۰۰)، جهانی شدن، ترجمه: اسماعیل مردانی، سیاوش مریدی (۱۳۷۹)، چاپ اول، تهران: انتشارات سازمان مدیریت صنعتی، ص ۱۴.

^۳ کلاهدوزان، ش.، (۱۳۹۲)، رابطه جهانی شدن و سلامت یک رابطه دو جانبه است، بانک مقالات جهانی شدن، پایگاه اطلاع‌رسانی هفته‌نامه سپید، سال ۸، شماره ۳۸۲، ص ۱. قابل دسترسی در پایگاه اطلاع‌رسانی هفته‌نامه سپید.

^۴ ری، ک.، مارفلیت، ف.، و دیگران (۲۰۰۱)، جهانی شدن و جهان سوم، ترجمه: حسن نورائی بیدخت و محمدعلی شیخ علیان (۱۳۸۰)، تهران: دفتر مطالعات سیاسی و بین‌المللی، ۱۱۹-۱۱۸.

ابزار جهانی شدن، به خصوص خدمات حمل و نقل، بستری را برای انتشار بیماری‌های عفونی و مسری به‌ویژه ایدز، سارس، مالاریا^۱ و همین‌طور سل فراهم می‌کند.^۲ با توجه به گزارش برونتلند^۳ - از دبیران کل سازمان جهانی بهداشت- که اقدامات تهاجمی آن سازمان در زمینه مهار ویروس سارس نتیجه‌بخش بوده، همایش ۲۰۰۲ آتلانتا، گام مهمی در زمینه تثبیت و انسجام مقررات بین‌المللی سلامت برداشته است. افزون بر این، این اقدام، موجب همگرایی بیشتر رشته‌های حقوق و پزشکی، و تقویت این رشته دانشگاهی شده است.^۴ افزایش تعداد مهاجران و پناهندگان، افزایش حمل کالا بین کشورها از طریق کامیون، افزایش جمعیت شهرنشین و مسافرت میلیون‌ها مسافر خطوط هوایی، زمینه را برای سرایت بیماری‌ها فراهم کرده است. در واقع، نیاز به حمایت از سلامت انسان به‌عنوان مسأله حیاتی، سرفصل امنیت ملی برای تمام کشورها شده است.^۵ سازمان جهانی بهداشت برای مبارزه با آثار منفی جهانی شدن بر سلامت بشر، نقش رهبری را به‌دست گرفته و در سال ۱۹۹۵ با دولت‌ها و سایر کارگزاری‌های بین‌المللی، همکاری‌هایی را به‌منظور ارتقای راه‌کار جامع جهانی، نسبت به سلامت با تأکید بر سه بیماری ایدز، سل و مالاریا آغاز کرد که این اقدامات منجر به تجدیدنظر در مقررات بین‌المللی سلامت ۱۹۶۹ گردید. در مبحث بعد به این موضوع در قالب دیپلماسی سلامت جهانی پرداخته می‌شود.

مبحث سوم: دیپلماسی سلامت جهانی

دیپلماسی فرایندی است که به موجب آن یک دولت سعی می‌کند با بهره‌گیری از توانایی‌ها و ظرفیت‌های خود و با استفاده از مقررات دیپلماتیک و تعامل با دیگر دولت‌ها در سطح بین‌المللی، منافع خود را تأمین کند. روند جهانی شدن عملاً مرز مشخص سنتی میان سیاست داخلی و خارجی را در هم نوردیده است؛ به‌گونه‌ای که بسیاری از مسائلی که قبلاً در سطح نظام بین‌الملل مطرح می‌گردید، اینک به درون واحدهای سیاسی، یعنی به سطوح ملی و فراملی راه یافته و همچنین موضوعاتی که به طریق سنتی در چارچوب قوانین و سیاست‌های داخلی مورد توجه قرار می‌گرفت، از جمله قوانین جزایی و حقوق تجارت به عرصه سیاست بین‌الملل کشیده شده است.^۶

^۱ www.rbm.rollbackmalaria.org, Last visited (3.4.2016)

^۲ جویسر، ک.، پیشین، ص ۴۱۴-۴۱۳.

^۳ Brundtland

^۴ Myong Sei, S. (2003), Public Health Law: The Values of Global Collaboration, Journal of law, Medicine & Ethics Volume 31, no. 4, pp. 30-32.

^۵ در این خصوص رجوع شود به:

Price Smith, A. (2003), **The Health of Nations: Infectious Disease, Environmental Change, and Their Effects on National Security and Development**, Cambridge: Mass, MIT Press. ; Ban, J. (2003), Health as a Global Security Challenge, Seton Hall Journal of Diplomacy and International Relations 4 Volume IV, no. 2, pp. 19-28.

^۶ قوام، ع.، (۱۳۸۴)، از دیپلماسی مدرن به دیپلماسی رسانه‌ای، پژوهش حقوق عمومی، شماره ۱۷، ص ۹-۱۱.

دیپلماسی سلامت جهانی «روش و طریقی است که در جریان آن، آن دسته از موضوع‌های مؤثر و مربوط به سلامت را که از طریق یک کشور یا سازمان به تنهایی نمی‌توان حل کرد، در سطح جهان چاره‌جویی می‌شود». در این دیپلماسی، مشارکت خلاق دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی، جامعه مدنی و بخش خصوصی نیاز است. این موضوع، با معرف‌ها و عامل‌های زیستی، اقتصادی، زیست محیطی و اجتماعی سلامت، که متبایه همه مردم جهان، اعم از اینکه در کشورهای غنی یا کشوری فقیر و کم درآمد ساکن باشند، مرتبط است. دیپلماسی سلامت جهانی از حدود ۱۶۰ سال پیش آغاز شده است اما جهانی شدن در دهه اخیر، اهمیت و لزوم قطعی این فعالیت و رابطه را وسعت بخشیده است. این دیپلماسی، شاخه‌های تخصصی سلامت عمومی، امور بین‌الملل، مدیریت، حقوق و اقتصاد را متحد می‌کند تا موضوع سلامت را در فراسوی مرزها که ماهیت جهانی دارند، سازمان‌دهی کند و مقرراتی برای اجرای جهانی فراهم سازد. بی‌گمان بسیاری از عهدنامه‌ها و کنوانسیون‌ها از این رهگذر به سامان رسیده‌اند.^۱

مبحث چهارم: تاریخ تکوین و تعریف دیپلماسی سلامت جهانی

جامعه مدنی جهانی به دو دلیل «جهانی» است. یکی به دلیل پیوندهای اعضای آن جامعه که مرزهای ملی را درمی‌نوردند و در محدوده «منطقه غیر سرزمینی جهانی» فعالیت می‌کنند. دیگر آنکه، آگاهی جهانی در مورد شیوه عمل اعضای آن جامعه، رشد فزاینده داشته است. این فرایندهای عملی و نظری، منجر به «جهانی شدن» اقدامات می‌شود.^۲

با گسترش سفرها و جابجایی افراد در مرزها، انواع ویروس‌ها و بیماری‌ها نیز با آن‌ها انتقال می‌یابد و در موقع بروز بحران‌های مربوط به سلامت، همکاری و هماهنگی دیپلماتیک دولت‌ها در حل آن لازم و ضروری است. لذا دیپلماسی سلامت جهانی نیز در همین راستا، مصداق و جریان دارد و فرایندی است که می‌کوشد با استفاده از مقررات بین‌المللی و دیپلماتیک، اهداف حقوق جهانی سلامت را با بهره‌برداری از ظرفیت‌ها و مقررات موجود در سراسر جهان و برای همه مردم جهان تأمین کند.

همیاری بین‌المللی در سده گذشته در قالب دیپلماسی، تکامل یافته و از ۱۶۰ سال پیش، تلاش جمعی برای مبارزه با بیماری‌ها در خارج از مرزهای ملی آغاز شده و اینک در قالب دیپلماسی سلامت جهانی، توسعه یافته است. دیپلماسی توسعه و دیپلماسی سلامت، تأثیری به‌سزا بر یکدیگر داشته‌اند. در سده نوزدهم این دیپلماسی اغلب دو جانبه بوده است.

در سده بیستم با شکل‌گیری سازمان‌های بین‌المللی، سازمان‌های متعددی، داوطلب امر سلامت شده‌اند. در اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، دولت‌های عضو مکلف شده‌اند تا «در هدایت و همیاری امور سلامت بین‌الملل» بکوشند. از سال ۱۸۲۱ تلاش‌های بین‌المللی برای قرنطینه و مبارزه با وبا در اروپا آغاز شد. اولین

^۱ Kickbusch, I. (2013), *Global Health Diplomacy, Concepts, Issues, Fora and Cases*, Springer Science + Business Media New York, preface.

^۲ ضیایی بیگدلی، م. (۱۳۸۱)، جامعه مدنی جهانی و حقوق بین‌الملل، پژوهش حقوق عمومی، شماره ۷، ص ۱۵-۱۴.

همایش بهداشت بین‌المللی در سال ۱۸۵۱ در پاریس برگزار شد. و منجر به تصویب مقررات بین‌المللی بهداشت شد.

امر مبارزه با امراض و پیشگیری از آن، به منظور حفظ و حمایت از «سلامت» در میثاق جامعه ملل گنجانده شد. ماده ۲۳ میثاق مزبور مؤید این دغدغه و چاره‌جویی است. و بعدها، سازمان جهانی بهداشت تأسیس شد. بنابراین در مورد سلامت جهانی نیز، دیپلماسی بسیار فعال شده و ضرورت آنرا ایجاب کرده است.

در حالی که دیپلماسی سلامت جهانی توجه کشورها را به خود جلب کرده، این امید نیز قوت گرفته است تا پیشرفت سلامت جهانی و توانش‌های مربوط گسترش یابند. خانم مارگارت چان، دبیرکل سازمان جهانی بهداشت، دیپلماسی سلامت جهانی را «عرصه آموزش جدید» نامیده است. طی ده سال اخیر، اقدامات عملی مهم در چارچوب سازمان جهانی بهداشت در جهت گسترش دیپلماسی سلامت جهانی برداشته شده است. از سال ۲۰۰۵ به بعد، مذاکرات بین‌الدولی مهمی در حوزه حق بر سلامت و حقوق سلامت عمومی صورت گرفته که به تدوین مقررات بین‌المللی سلامت، تدوین کنوانسیون کنترل دخانیات، تدوین راهبرد جهانی در حوزه سلامت، نوآوری و حقوق مالکیت معنوی و طرح پیشنهادی کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی انجامیده و مذاکراتی نیز، در مورد موضوعاتی چون به اشتراک گذاشتن ویروس آنفلوانزا و شراکت در منافع حاصله و تدوین پروتکل مقابله با تجارت غیر مجاز مواد دخانی صورت گرفته است.

با وجود همه اقداماتی که نزدیک به دو قرن در خصوص دیپلماسی سلامت جهانی صورت پذیرفته، این عبارت از تعریف دقیق برخوردار نیست. اتفاق نظر وسیعی وجود دارد که مذاکره در قلب آن قرار دارد، و نظرات هنجارگرا، درباره اینکه دیپلماسی سلامت جهانی، در خدمت سیاست خارجی یا اهداف سلامت است، وجود دارد. نخست اینکه دیپلماسی سلامت جهانی به سلامت جمعیت در بافت و متن جهانی می‌پردازد. برخی؛ تعریف را شامل بررسی مسایل سلامت در کشورهای فقیر، و در تفسیر موسع، آنرا بررسی مسایل سلامت مردم در بیش از یک کشور یا منطقه دانسته‌اند. موافقت‌نامه‌هایی مانند مقررات بین‌المللی سلامت و کنوانسیون مبارزه با دخانیات و مذاکرات مربوط به تغییر آب و هوا، همه به مسایل سلامت جمعیت مربوط می‌شوند.^۲

بنابراین در مجموع، دیپلماسی سلامت جهانی به «فرایندهای شکل دهنده سیاست؛ که عاملان، دولت‌ها یا سازمان‌های مردم‌نهاد، چالش‌های مربوط به سلامت را بررسی می‌کنند و مفاهیم و سازوکارهای سلامت را،

۱. ماده ۲۳ میثاق جامعه ملل: با رعایت و حفظ اعتبار معاهدات بین‌المللی موجود یا معاهداتی که در آینده انعقاد خواهد یافت، اعضای جامعه: ... (و) کوشش خواهند کرد برای مبارزه با امراض و پیشگیری از آن، اقدامات بین‌المللی ضروری به‌عمل آورند.

۲. Lee, K. (2013), Health and Diplomacy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, pp. 16-18, retrieved from: http://www.kelleyleeIshtm.ac.uk/Health_and_Diplomacy_2013, Last visited (3.4.2016)

در شکل‌دهی سیاست‌ها (سیاست‌گذاری‌ها) تلفیق می‌کنند تا اهداف اقتصادی، اجتماعی و سیاسی حاصل شود،^۱ گفته می‌شود. این سیاست‌ها در دوران جهانی شدن با مشارکت و حساسیت عاملان متفاوت، نتایج مطلوب به بار آورده است.

برخی تعریف‌های ارایه شده از دیپلماسی سلامت جهانی به شرح زیر است:

۱- دیپلماسی سلامت جهانی؛ فعالیتی با گرایش تحول سیاسی که دارای اهداف دوگانه بهبود سلامت جهانی از سویی، و حفظ تقویت روابط بین‌الملل در خارج از سوی دیگر است. (تعریف نوتوتنی و آدامز ۲۰۰۷)

۲- فرایند مذاکره چند عاملی - چند سطحی است که فضای سیاست جهانی برای سلامت را شکل و سازمان می‌دهد.

۳- تأمین رضایت خاطر کشورهای فقیر از طریق خدمات سلامت و بهداری تخصصی و تربیت کارکنان مربوط.

۴- اعتماد و مذاکره با هدف منافع متقابل در بافت اهداف سلامت جهانی.

۵- روش تعامل بین دست‌اندرکاران سلامت عمومی و سیاست جهت نمایندگی، همیاری، بهبود نظام سلامت، تأمین حق بر سلامت برای اقشار آسیب پذیر جامعه.^۱ این تعاریف هر یک جنبه‌ای از حقیقت را دربردارند، و مجموع آن‌ها قابل توجه است. معذک از نظر نگارنده دیپلماسی سلامت جهانی «فرایندی است که می‌کوشد با استفاده از مقررات بین‌المللی و دیپلماتیک و همچنین ظرفیت‌های موجود، اهداف و رسالت حقوق جهانی سلامت را در سراسر جهان و برای همه مردم جهان تأمین کند». دیپلماسی سلامت جهانی با ایجاد تحول سیاسی، فضای سیاست جهانی را برای سلامت شکل داده و آنرا سازمان‌دهی می‌کند.

روند جهانی شدن و دیپلماسی سلامت جهانی نیاز به تجدیدنظر در قوانین موجود، مطابق با نیازهای روز را طلب می‌نمود و این امر در نهایت موجب تصویب مقررات بین‌المللی سلامت سال ۲۰۰۵ گردید که در مبحث‌های بعد بحث و بررسی می‌شوند.

مبحث پنجم: مقررات بین‌المللی سلامت

مقررات حقوق بشر مبتنی بر حفظ کرامت انسان است و از اساس با این امر آغاز می‌شود. دیگر حقوق بشری و در این بحث، حق بر سلامت برای تثبیت، تأمین و تداوم بخشیدن به این حیات کریمانه هستند. حدود بیش از صد سال، دولت‌ها برای جلوگیری از گسترش بیماری‌های فرامرزی، مذاکراتی انجام داده‌اند. رویکردهای قرن بیستم با تمرکز بر حمایت از مسافرت و تجارت بین‌الملل، و با هماهنگ سازی اقدامات سلامت عمومی گسترش یافته است، و در حمایت از سلامت عمومی از طریق روش‌های اطلاع

^۱Lee, K., Richard S., eds. (2011), What is Global Health Diplomacy, Global Health Governance Volume 7, no. 1, p. 1.

رسانی بر چند بیماری خاص متمرکز گردید. به مرور، این توافقات، اهمیت شماری از بیماری‌هایی که تجارت جهانی را مورد تهدید قرار داده بودند، چاره‌جویی کردند.

نظام‌های سنتی، پاسخی برای بروز بیماری‌های عفونی نوظهور مانند ایدز یا بیماری‌های عفونی عود کننده مانند بیماری سل نداشته‌اند.^۱ به موجب ماده ۲۱ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، به مجمع جهانی سلامت^۲ اختیارات شبه قانونی داده شد تا مقرراتی با دامنه وسیع عنوان‌های سلامت تصویب کند. مجمع نیز با استفاده از این اختیارات، دو سند بین‌المللی «نومن‌کلاتور»^۴ (احصای نام‌های خاص بیماری‌ها به منظور وضع و تجدیدنظر در نام و مشخصات بیماری‌ها، علت‌های مرگ، رویه‌های سلامت عمومی و روش‌های تشخیص معیار) و «مقررات بین‌المللی سلامت، IHR»^۵ را (برای وضع هنجارها و فرایندهایی جهت اقدام جمعی جهانی نسبت به فوریت‌های سلامت عمومی موضوع نگرانی بین‌المللی) وضع نمود.^۶

^۱Fischer, J.E., Kornblet, S., and Katz, R. (2011), **International Health Regulations (2005): Surveillance and Response in an Era of Globalization**, Joint Stimson Global Health Security Program, School of Public Health and Health Services, George Washington University, p. 2.

^۲Article 21: The Health Assembly shall have authority to adopt regulations concerning:

(a) sanitary and quarantine requirements and other procedures designed to prevent the international spread of disease;

(b) nomenclatures with respect to diseases, causes of death and public health practices;

(c) standards with respect to diagnostic procedures for international use;

(d) standards with respect to the safety, purity and potency of biological, pharmaceutical and similar products moving in international commerce;

(e) advertising and labelling of biological, pharmaceutical and similar products moving in international commerce. (WHO, Constitution of the World Health Organization Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, 2006, 7.)

^۳World Health Assembly (WHA)

^۴Nomenclatures

^۵International Health Regulations (IHR)

در متن حاضر از عبارت «آی اچ آر» و عبارت «مقررات» هم استفاده شده و منظور همان مقررات بین‌المللی سلامت است. لازم به ذکر است که حقوق جهانی سلامت، صرفاً شرح مقررات خاص ناظر بر سلامت جهانی به معنی مضیق نیست بلکه با توجه به دامنه فرامرزی این مقررات و سیر تحول و گسترش آن‌ها، امروز آن‌ها را می‌توان ریشه و پایه جهانی سلامت محسوب کرد. مقررات بین‌المللی سلامت با توجه به عنوان، منبع مهم حقوق جهانی سلامت معرفی شده است. مقدمه مقررات مزبور، مسؤلیت اصلی و تاریخی سازمان جهانی بهداشت را اعمال مدیریت نظام جهانی مهار و واپایش سرایت بین‌المللی بیماری اعلام کرده است. از نظر نگارنده با مذاقه در متن این مقررات و با توجه به تعریفی که از حقوق جهانی سلامت در فصل اول بخش اول ارایه شد، و اینکه هدف این مقررات، وضع هنجارها و فرایندهایی جهت اقدام جمعی جهانی نسبت به فوریت‌های سلامت عمومی موضوع نگرانی بین‌المللی است و با عنایت به مواد ۱۳ و ۱۴ مقررات، که به همکاری سازمان جهانی بهداشت با دیگر مجامع و سازمان‌های بین‌المللی برای حمایت و تأمین سلامت عمومی در سراسر جهان اشاره دارد، اصطلاح «جهانی» مناسب‌تر و نزدیک‌تر به مقصود واضعان مقررات موصوف است. به‌طوری‌که عده‌ای از نویسندگان از جمله گاستین و بلائز عبارت «مقررات جهانی سلامت» را به‌کار برده‌اند. همچنین در این خصوص رجوع شود به: فن‌تیگروم، ب.، پیشین، ص ۲۱۵.؛ نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۸۹.

^۶Fidler, D.P. (1998), The Future of the World Health Organization: What Role for International Law?, *Vanderbilt Journal of International Law* Volume 31, no. 5, p. 1087.

«هدف از این مقررات؛ پیشگیری، محافظت، کنترل و پاسخ سلامت عمومی به بیماری‌هایی با گسترش و سرعت انتشار بین‌المللی با روش‌های مناسب و محدود سازی خطرات ناشی از آن‌ها و اجتناب از مداخلات غیرضروری در حمل و نقل تجارت جهانی است.» (ماده ۲)

همه کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت لازم است سازمان‌های اساسی مرکزی خود را در زمینه توانمند سازی سلامت عمومی و گزارش و ثبت کلیه حوادث ایجاد کننده بحران سلامت عمومی، بین‌المللی و جهانی تقویت کنند. این حوادث محدود به بیماری‌های واگیردار با توان همه‌گیری یا جهان‌گیری نبوده و شامل کلیه بحران‌ها و موارد اضطراری می‌شود که ناشی از آلودگی با میکروب‌ها، سموم و زهرها، مواد شیمیایی و مواد رادیواکتیو هستند.

مقررات بین‌المللی سلامت، یک شبکه قوی کشوری، بین‌المللی و جهانی را فراهم می‌کند تا مدیریت مراحل مختلف، اقدامات، فعالیت‌ها و اطلاعات در طی بحران‌های سلامت عمومی توانمند عمل کنند. این مقررات نیازمند تقویت هسته‌های مراقبت و ظرفیت‌های پاسخ‌دهی در همه سطوح، به‌منظور مقابله با چالش‌های سلامت عمومی کشوری، بین‌المللی و جهانی از جمله گزارش، واکنش و پاسخ زود هنگام به حوادث با اولویت کشوری می‌باشند.

همه‌گیری وبا در طی سال‌های ۱۸۳۰ تا ۱۸۴۷، کشورهای جهان را به این نتیجه رساند که بایستی در کنار مسایل دیپلماتیک برای برخورد با بعضی بیماری‌های واگیردار که توان ایجاد همه‌گیری بین‌المللی با ابعاد گسترده و مرگ و میر فراوان دارند، اقدامات مشترکی اتخاذ کنند.^۱

قبل از مقررات بین‌المللی سلامت، تاریخ نگاران، پیشینه حقوق بین‌الملل حاکم بر بیماری‌های عفونی را ده کنفرانس مربوط به سلامت می‌دانند، که اولین جلسه آن در سال ۱۸۵۱ در پاریس تشکیل شد. در طی این کنفرانس، اولین برنامه‌های بین‌المللی سلامت با کشورها در میان گذاشته شد اما اقدام جدی، بعد از آن صورت نگرفت. دولت‌های بزرگ آن زمان در مقابل وبایی که اعلام می‌شد منشأ آسیایی یا خاورمیانه‌ای دارد به چاره‌جویی در مورد مخاطرات خارجی سلامت پرداختند.

تجارت جهانی، بیماری‌های مهلک را به سواحل اروپا کشاند و ناگزیر باید چاره‌ای حقوقی و بین‌المللی اندیشیده می‌شد. در پاریس، نتیجه‌ای مطلوب حاصل نشد و توافقی نسبت به معاهده بین‌المللی صورت نگرفت،^۲ اما دولت‌های اروپایی چندین کنوانسیون را برای مبارزه با آثار بیماری‌های عفونی فرامرزی در

^۱. سروش، م. و دیگران، (۱۳۹۱)، آشنایی با مقررات بهداشتی بین‌المللی (بازنگری ۲۰۰۵) و اقدامات کشوری و بین‌المللی به‌منظور اجرای آن، تهران: انتشارات اندیشمند، ص ۵-۷.

^۲. در این خصوص رجوع شود به:

Abbot, S.L. (1867), **International Sanitary Conferences, Report to the International Sanitary Conferences, of a Commission from body on the Origin, Endemic, Transmissibility and Propagation of Asiatic Cholera**, Boston: Harvard University Library, retrieved from: <http://www.ocp.hul.harvard.edu/html>, Last visited (3.4.2016)

اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم تشکیل داده‌اند. کنوانسیون بین‌المللی بهداشت^۱ سال ۱۸۹۲ توجه کامل بر وبا^۲ داشت.

کنوانسیون ۱۸۹۷ محدود به طاعون^۳ بوده است و کنوانسیون سال ۱۹۲۶ به آبله و حصه نیز تسری یافت. همه‌گیری و سرایت آنفلوآنزای اسپانیایی در سال ۱۹۱۸ میلادی که با مرگ و میر شدید، جهان را درنوردید نیز، از جمله مسایلی بود که بعد از جنگ جهانی اول تا شروع جنگ جهانی دوم، نظام سلامت دنیا را به ایجاد یک تفکر همگرا برای دستیابی به راه‌حل‌های مناسب جهت حفظ حیات و سلامت انسان و کاهش مرگ و میر ترغیب کرد. در سال ۱۹۳۳ کنوانسیون جداگانه‌ای برای هوانوردی تشکیل شد که آثار سلامت عمومی سفر هوایی را بررسی نمود.^۴

کشورهای اروپایی به این نتیجه رسیده بودند برای اینکه آمادگی و کارایی در این زمینه وجود داشته باشد باید «سازمانی بی‌طرف و کارآمد»^۵ تأسیس شود تا مانع شود کنوانسیون‌ها روی کاغذ بمانند و «نامه مرده و متروک»^۶ شوند.

در سال ۱۹۰۷ موافقت‌نامه رم، دفتر بین‌المللی بهداشت عمومی^۷ را در پاریس تأسیس کرد و پیگیری و انجام وظایف مقرر در کنوانسیون‌های پیش گفته را به‌عهده آن نهاد. بنابراین فلسفه وجودی سازمان‌های قبلی بین‌المللی بهداشت، اداره و مبارزه با بیماری‌های عفونی بود. و بعد از تأسیس سازمان جهانی بهداشت و به‌منظور چاره‌جویی همه انواع بیماری‌ها، این سازمان وارد عمل شد و دست به اقداماتی در این خصوص زد. در بندهای بعد این اقدامات مورد بررسی واقع می‌شوند.

گفتار اول: اختیار استثنایی سازمان جهانی بهداشت مندرج در اساسنامه خود

مهم‌ترین و اصلی‌ترین سازمانی که در نظام حقوقی بین‌المللی در خصوص سلامت وجود دارد، سازمان جهانی بهداشت است که در سال ۱۹۴۸ تأسیس شده است. هدف این سازمان نیز این است که تمامی افراد به بالاترین سطح ممکن سلامت دست یابند. این سازمان کارکردهای گوناگونی دارد که شامل ارایه کمک‌های فنی، ارتقای همکاری، وضع معیارها و ارایه اطلاعات در امور مربوط به سلامت می‌شود.^۸ لذا از سال ۲۰۰۵ تا کنون، پیشرفت‌های حقوقی مهمی در چارچوب مأموریت‌های سازمان جهانی بهداشت صورت گرفته است.

1. International Sanitary Convention (ISC)

2. Cholera

3. Plague, Fischer, J.E., op.cit., p. 6.

4. WHO (2013), Global Health Histories, Origin and Development of Health Cooperation, retrieved from: <http://www.who.int/html>, Last visited (3.4.2016)

5. Neutral Agency

6. Dead Letter

3. Office International d'Hygiene Publique (OIHP)

8. Electronic Information System for International Law (EISIL), (2006), Constitution of the World Health Organization 1948, Basic Documents, Forty-fifth session, Supplement 2006, arts. 1-2, p. 2, retrieved from:

http://www.who.int/who_constitution_en.pdf, Last visited (3.4.2016)

مجمع جهانی سلامت بالاترین رکن تصمیم‌گیری در سازمان جهانی بهداشت است. مجمع، همچنین این قدرت را دارد که اقداماتی را در رابطه با موضوعاتی همچون الزامات مربوط به سلامت و بهداشت، قرنطینه و سایر تشریفات لازم برای پیشگیری از گسترش بیماری‌ها انجام دهد.^۱ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت نیز به مجمع جهانی سلامت اختیار تصویب مقررات راجع به «سلامت و بهداشت و شرایط قرنطینه و سایر اقدام لازم برای پیشگیری از پخش بین‌المللی بیماری» را تفویض کرده است. (ماده ۲۱).

اختیار مجمع جهانی سلامت در تنظیم مقررات، اختیاری یگانه و منحصر به فرد در حقوق بین‌الملل است، و هدف از آن، آسان‌سازی و تشویق حصول توافق‌های بین‌المللی است.

مقررات سازمان جهانی بهداشت به‌طور قهری، لازم‌الاجرا می‌شوند و طرف‌ها و دولت‌های عضو باید از آن تبعیت کنند مگر در مورد اعضایی که می‌توانند رد یا حق شرط خود را ظرف مدت مقرر در اختیاریه به دبیرکل اعلام کنند. (ماده ۲۲).^۲ هرچند تصویب دولت‌ها در حقوق بین‌الملل، الزامی اعلام نشده اما اعمال از طریق سیاست‌ها یا قانون می‌توانند برای اجرای تام و تمام مقررات بین‌المللی سلامت ضرورت یابند.^۳

گفتار دوم: از مقررات بین‌المللی بهداشت تا مقررات بین‌المللی سلامت

به موجب مواد ۲۱ و ۲۲ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، آن سازمان به مجمع جهانی سلامت اختیار تصویب مقرراتی که «از پخش و سرایت بین‌المللی بیماری» جلوگیری کند را اعطاء کرده، که پس از تصویب مجمع، برای همه دولت‌های عضو الزامی است مگر در مورد اعضایی که می‌توانند رد یا حق شرط خود را ظرف مدت مقرر در اختیاریه به دبیرکل اعلام کنند.^۴

در تاریخ ۵ می سال ۱۹۵۱، چهارمین مجمع جهانی سلامت، مقررات بین‌المللی بهداشت^۵ را جایگزین کنوانسیون بین‌المللی بهداشت^۶ کرد. این مقررات، اولین نسخه مقررات بین‌المللی بهداشت بود. مقررات سال ۱۹۵۱ شامل شش بیماری همه‌گیر: وبا، طاعون، حصبه، تب راجعه، آبله و تب زرد بود. در سال ۱۹۶۹ بیست و دومین مجمع جهانی سلامت، نام «مقررات بین‌المللی بهداشت» را به «مقررات بین‌المللی سلامت»^۷ تغییر داد. هدف این مقررات، این است که حداکثر امنیت در مقابل گسترش بین‌المللی و جهانی بیماری‌ها تضمین شود.

^۱ فن تیگرشتروم، ب.، پیشین، ص ۲۱۵.

^۲ Article 22: Regulations adopted pursuant to Article 21 shall come into force for all Members after due notice has been given of their adoption by the Health Assembly except for such Members as may notify the Director-General of rejection or reservations within the period state in the notice.

^۳ Gostin, L.O., *Global Health Law*, op.cit., pp. 179-180.

^۴ WHO (2008), *International Health Regulations (2005)*, 2nd edition, Geneva: WHO, p. 1.

^۵ International Sanitary Regulations (ISR)

^۶ International Sanitary Convention (ISC)

^۷ WHO (1983), *World Health Organization 1969*, 3rd annotated edition. ; Resolution WHA 22.46 on the 1969 Regulations and Annex 1: core capacity requirements for surveillance and response. core capacity requirements for designated airports, ports and ground crossings, Geneva: WHO

^۸ International Health Regulations (IHR)

مقررات بین‌المللی سلامت ۱۹۶۹ مانند کنوانسیون‌های قبلی که پایه و اساس آنرا تشکیل می‌دهند، تنها به تعداد معدودی از بیماری‌ها از قبیل طاعون، وبا و تب زرد می‌پردازد. مقررات مزبور در رابطه با این بیماری‌ها، دولت‌ها را ملزم می‌کند که هر موردی از این بیماری‌ها را که در سرزمین خود مشاهده کردند به سازمان جهانی بهداشت اطلاع دهند و همچنین اقدامات مربوط به ورود افراد از مناطق آلوده، و همچنین قرنطینه آن مناطق را به اطلاع سازمان برسانند. سازمان جهانی بهداشت نیز این اطلاعات را با مقامات سلامت سایر دولت‌های عضو به اشتراک می‌گذارد. این مقررات دربردارنده اقداماتی هستند که هر دولتی باید انجام دهد تا از شیوع این بیماری‌ها جلوگیری کند.

بخش سوم این مقررات دربردارنده حداقل معیارهایی است که در زمینه بهداشت و امکانات سلامت عمومی در فرودگاه‌ها و بنادر و نیز برخی از مبادی زمینی باید وجود داشته باشند. سایر بخش‌های این مقررات، اقدامات الزامی و اختیاری مربوط به سلامت را بیان می‌کنند و در ماده ۲۳ مقرر شده است که اقدامات اختیاری حداکثر اقداماتی هستند که باید اعمال شوند.^۱

مقررات ۱۹۶۹ که دومین مجموعه مقررات بین‌المللی سلامت نیز بود، در ابتدا همان شش «بیماری قابل قرنطینه»^۲ مقررات ۱۹۵۱ را تحت پوشش قرار داده بود، ولی در جلسه بیست و ششم مجمع جهانی سلامت که در سال ۱۹۷۳^۳ تشکیل شد حصه و تب راجعه را از فهرست حذف و اصلاحاتی در مقررات راجع به وبا صورت داد. در سال ۱۹۸۱^۴ سی و چهارمین مجمع جهانی سلامت درباره ریشه کن سازی آبله بود. با توجه به رشد و گسترش مسافرت بین‌المللی و تجارت، و ظهور و نوظهوری بیماری‌های بین‌المللی و دیگر مخاطرات سلامت عمومی، چهل و هشتمین مجمع جهانی سلامت در سال ۱۹۹۵ تجدیدنظر قابل توجهی در مقررات سال ۱۹۶۹ صورت داد.^۵ در قطعنامه ۴۸.۷ مجمع جهانی سلامت از دبیرکل خواسته شد تا مقدمات تجدیدنظر و همکاری و حضور گسترده در روند تجدیدنظر را فراهم کند و مقررات بین‌المللی سلامت تنها نسبت به «وبا، طاعون و تب زرد» قابل اعمال شد.^۶ مقررات مزبور در رابطه با این بیماری‌ها، دولت‌ها را ملزم می‌نمایند که هر موردی از این بیماری‌ها را در سرزمین خود مشاهده کردند به سازمان جهانی بهداشت اطلاع دهند و همچنین اقدامات مربوط به ورود افراد از مناطق آلوده و همچنین قرنطینه آن مناطق را به اطلاع سازمان

^۱ فن تیگرشتروم، ب.، پیشین، ص ۲۱۶-۲۱۵.

^۲ Quarantinable Disease

^۳ Official Records of the World Health Organization (1973), Resolution WHA 26.55 on Additional Regulations of 23 May 1973 amending the International Health Regulations (1969), in particular with respect to Articles 1, 21, 63 to 71, and 92, pp. 29-30.

^۴ World Health Organization (1981), Document WHA 34/1981/REC/1 on International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, Annex 3. ; WHA (1981), Resolution 34.13.; also Official Records of the World Health Organization. ; WHA (1974), Resolution 27.45, no. 217. ; Resolution EB 67.R13, Amendment of the International Health Regulations (1969).

^۵ WHO (1995), WHA Resolution 48.7 on Revision and Updating of the International Health Regulations.

^۶ WHO (1969), World Health Organization.

برسانند. سازمان جهانی بهداشت نیز این اطلاعات را با مقامات سایر دولت‌های عضو به اشتراک می‌گذارد. این مقررات دربردارنده اقداماتی هستند که هر دولتی باید انجام دهد تا از شیوع این بیماری‌ها جلوگیری کند. در اوایل ۱۹۹۰ با بازگشت ناگهانی بیماری وبا به کشورهای امریکای جنوبی پس از سال‌های طولانی و مشکلاتی که به دنبال آن ایجاد شد و از سوی دیگر پیدایش بعضی بیماری‌های جدید مثل بیماری ابولا و سایر بیماری‌های گروه تب‌های با علائم خونریزی و دغدغه‌هایی که در مورد تأثیر محدود مقررات جهانی سلامت وجود داشت، موجب شد در سال ۱۹۹۵ تصمیم به اصلاح و بازنگری این مقررات گرفته شود. بروز مخاطرات سلامت نظیر حادثه اتمی چرنوبیل، حادثه شیمیایی بوپال هند یا رودخانه سانگوآ در چین، همه‌گیری آنفلوانزا در جمعیت پرندگان در سال ۱۹۹۷ در کشورهای حوزه آسیای جنوب شرقی و موارد تک‌گیر انسانی و تهدید بروز همه‌گیری آنفلوانزا و سارس در سال ۲۰۰۳ که با تدبیر و هماهنگی جهانی کنترل شد و حدود ۴۰ مورد دیگر (اعم از بیماری) از سال ۱۹۶۹ تا سال ۱۹۹۵ نشان داد که علاوه بر طاعون، تب زرد و بیماری‌های نوظهور یا بازظهور، حوادث شیمیایی یا هسته‌ای نیز می‌توانند سلامت جمع زیادی را در سطح جهانی به مخاطره بیاندازند. بنابراین این نیاز جهانی، ضرورت بازنگری نسخه ۱۹۶۹ بیش از پیش احساس شد.

در ماه می سال ۲۰۰۱ اجلاس عمومی سازمان جهانی بهداشت، مسأله «امنیت سلامت جهانی، هوشیاری و پاسخ‌دهی به‌موقع به همه‌گیری‌ها» را مطرح کرد و حمایت خود را از کشورهای عضو در جهت شناسایی، تأیید و پاسخ به چنین وقایعی که می‌تواند سلامت مردم را در عرصه بین‌المللی به خطر اندازد، اعلام داشت و در سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۵ به‌طور مجدد مورد تجدیدنظر قرار گرفت، علت تغییر در مقررات قبلی، شناسایی نقاط ضعف آن در رابطه با فعالیت‌های آمادگی و پاسخ‌دهی در برابر بیماری‌های همه‌گیری بود که سلامت بین‌المللی و جهانی را مورد تهدید قرار داده بودند.^۱

در مبحث‌های بعد فرایند تجدیدنظر مقررات بین‌المللی سلامت سال ۲۰۰۵ و ویژگی‌های آن بررسی می‌شود.

مبحث ششم: فرایند تجدیدنظر مقررات بین‌المللی سلامت سال ۲۰۰۵

ضرورت مقابله با بیماری‌های عفونی در اواخر قرن بیستم موجب شد در سال ۱۹۹۵ مجمع جهانی سلامت بر آن شود تا به‌لحاظ همه‌گیری وبا در پرو و طاعون در هندوستان و ابولا در زئیر اصلاحاتی در مقررات بین‌المللی سلامت صورت دهد.

چنانکه در بند دوم گفتار پنجم گفته شد مقررات ۱۹۶۹ کافی نبودند و چالش‌ها کماکان ادامه داشت.^۲ در حقیقت محدود بودن دامنه مقررات ۱۹۶۹ به سه بیماری وبا، طاعون و تب زرد و وابستگی‌اش به اعلام

^۱ سروش، م.، و دیگران، پیشین، ص، ۹-۸.

^۲ در این خصوص رجوع شود به:

Fidler, D.P., & Gostin, L.O. (2008), *Biosecurity in the Global Age: Biological Weapons, Public Health, and the Rule of Law*, Palo Alto: Stanford University Press.

رسمی کشورها و عدم وجود پیش‌بینی یک سازوکار هماهنگی جهانی برای جلوگیری از شیوع بیماری‌ها در سطح بین‌المللی بود. محدود بودن دامنه آن مقررات مانع از آن بود که بتوانند به تهدیدات جدی و متنوع علیه سلامت عمومی در شرایط جدید بین‌المللی بپردازند.^۱

تجربه شیوع سارس در سال ۲۰۰۳ (اولین ضرورت برای سلامت عمومی جهانی در قرن ۲۱)^۲ و ترس فزاینده‌ای که از شیوع آنفلوآنزای بعدی وجود داشت، باعث گردید که تلاش‌ها در این زمینه سرعت بیشتری بگیرد. مجمع جهانی سلامت کارگروه بین‌دولتی در همان سال تشکیل داد تا همه دولت‌های عضو پیش‌نویس تجدیدنظر مقررات مجمع را مورد بررسی قرار دهند.^۳ در نهایت مقررات اصلاح شده بین‌المللی سلامت در پنجاه و هشتمین جلسه مجمع جهانی سلامت در تاریخ ۲۳ می سال ۲۰۰۵ پذیرفته شود.^۴

این مقررات یکی از تحولات بسیار اساسی و ریشه‌ای در حقوق بین‌الملل راجع به سلامت عمومی از آغاز همیاری بین‌المللی سلامت در اواسط قرن نوزدهم بوده است.^۵ این مقررات در ۱۵ ژوئیه ۲۰۰۷ لازم‌الاجرا و بر اساس ماده ۲۲ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، برای دولت‌های عضو سازمان الزام‌آور گردید مگر آنکه آن‌ها به دبیرکل سازمان اعلام نمایند که آن مقررات را رد کرده و یا نسبت به آن اعمال حق شرط کرده‌اند. یکی از قطعنامه‌های مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۰۶ از دولت‌ها درخواست کرد که مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ را به طور اختیاری اعمال کنند، چرا که در آن زمان آنفلوآنزای مرغی شیوع یافته بود و خطر گسترش آن وجود داشت و همچنین از مدیرکل سازمان جهانی بهداشت خواست که برخی مسؤولیت‌ها را در این مورد تا زمانی که این مقررات لازم‌الاجرا شوند، بر عهده بگیرد.^۶ لذا به منظور رفع نقاط ضعف در رابطه با فعالیت‌های آمادگی، پاسخ‌دهی و چاره‌جویی در برابر بیماری‌های همه‌گیری که سلامت بین‌المللی را مورد تهدید قرار می‌دادند،^۷ مقررات سال ۲۰۰۵ تدوین و به تصویب مجمع جهانی سلامت رسید و تحولی اساسی و دامنه‌دار در حقوق بین‌الملل عمومی در حوزه سلامت عمومی از شروع همکاری‌های سلامت بین‌المللی در اواسط قرن نوزدهم را موجب شد. هدف این مقررات جلوگیری از گسترش بیماری‌ها به ورای مرزهای ملی از طریق ایجاد سازوکار حقوقی لازم برای پیشگیری، تشخیص، ارزیابی و در صورت لزوم ارایه پاسخی هماهنگ به وقایعی است که می‌توانند در زمره «وضعیت‌های اضطراری در حوزه سلامت عمومی موجب نگرانی بین‌المللی» باشند. مقررات سال ۲۰۰۵ از نظر حقوقی الزام‌آور و از نظر دامنه بسیار گسترده‌تر از سلف

۱. احمدی، ک.، پیشین، ص ۳۵.

۲. WHO (2003), Resolution WHA 56.29 on Sars.

۳. WHO (2003), Resolution WHA 56.28 on Revision of the International Health Regulations.

۴. WHO (2005), WHA, Resolution 58.3 on Revision of the Updating of the International Health Regulations [IHR (2005)]

۵. Fidler, D.P. (2005), From International Sanitary Convention to Global Health Security: The New International Health Regulations, Chinese Journal of International Law, p. 1 (325).

۶. فن تیگروم، ب.، پیشین، ص ۲۱۷.

۷. سروش، م.، و دیگران، پیشین، ص ۱۰.

خود است. مشخصات و ویژگی‌های آن نیز گسترده‌تر می‌باشد. در گفتار بعد به توضیح ویژگی‌های مقررات سال ۲۰۰۵ پرداخته می‌شود.

گفتار اول: ویژگی‌های عمده مقررات بین‌المللی سلامت سال ۲۰۰۵

ویژگی‌های عمده مقررات سال ۲۰۰۵ عبارتند از:

۱- آی اچ آر ۲۰۰۵ تمرکز توجه را از فرودگاه‌ها و بندر و مبادی مرزی برای جلوگیری از شیوع عوامل بیماری‌زا در سطح جهانی به سر منشأ بیماری در داخل کشورها تغییر داده است. برای این منظور، در آی اچ آر، مجموعه‌ای از «ظرفیت‌های اصلی مورد نیاز»^۱ برای تشخیص، ارزیابی و اعلام وقایع مدنظر به سازمان جهانی بهداشت تعریف شده و از کلیه کشورها خواسته شده تا نسبت به ایجاد این ظرفیت‌ها اقدام کنند.

۲- در آی اچ آر ۲۰۰۵ اطلاع‌دهی الزامی با مشاهده نمونه‌ای از یکی از بیماری‌های چهارگانه، شامل آنفلوآنزای همه‌گیر، فلج اطفال، سارس و آبله که بتواند سلامت عمومی جهانی را مورد تهدید قرار دهند، خواسته شده است.

۳- آی اچ آر ۲۰۰۵ به صراحت منابع غیردولتی اطلاع‌رسانی در مورد بروز یک بیماری را می‌پذیرد. این امر شامل شرایطی می‌شود که کشورها ممکن است نسبت به اعلام و افشای یک واقعه در قلمروشان اکره داشته باشند. آی اچ آر جدید به سازمان جهانی بهداشت، مجوز لازم را داده تا اطلاعات دریافتی از منابع غیر از منابع دولتی را نیز مدنظر قرار دهد. بر این مبنا، سازمان همواره باید قبل از دست زدن به هر اقدامی، صحت یا سقم چنین اطلاعاتی را از کشورهای مربوطه درخواست کند.

۴- محدوده این مقررات به‌طور جدی گسترده شده و دیگر محدود به یک لیست حصری از بیماری‌ها نیست، تعریف موسع از حالت اضطراری در حوزه سلامت عمومی مورد نگرانی بین‌المللی در آی اچ آر ۲۰۰۵ امکان داده است تا تهدیداتی ورای بیماری‌های عفونی نیز مانند تهدیدات ناشی از رها شدن تصادفی عوامل بیماری‌زا یا مواد شیمیایی یا هسته‌ای نیز در شمول آی اچ آر قرار گیرد. این امر امکان داده است تا دامنه شمول قانون گسترش یافته و امنیت سلامت جهانی را به‌نحوی جامع در برگیرد.

۵- آی اچ آر ۲۰۰۵ منعکس‌کننده انقلابی در روابط بین سلامت و سیاست خارجی است، چرا که در آن، به طیفی از اهداف توسعه و مفاهیم حقوق بشری توجه شده و از اینرو هم روند و هم محتوای دیپلماسی سلامت جهانی را دستخوش تحولی بنیادی کرده است.

۶- در مجموع، آی اچ آر ۲۰۰۵ در پی آن است که نشان دهد که «همکاری بین‌المللی از طریق تلاش برای بهبود ظرفیت‌های سلامت ملی و تبعیت از این مقررات به‌سود خواهد بود». از اینرو، انگیزه برای تبعیت

^۱Core Capacity Requirements

از این مقررات در این است که در وهله اول نسبت به پیشگیری از عواقب وخیم بروز همه‌گیرها و حفظ وجهه کشور در چشم جهانیان کمک و اقدام می‌کند و دوم اینکه مهار بیماری‌ها را سرعت می‌بخشد.^۱ در این گفتار ویژگی‌های مقررات سال ۲۰۰۵ بیان شد. مقررات سال ۲۰۰۵ با مقررات سال ۱۹۶۹ دارای تفاوت‌هایی هستند در گفتار بعد این مقررات با یکدیگر مقایسه می‌شوند.

گفتار دوم: مقایسه مقررات بین‌المللی سلامت سال‌های ۱۹۶۹ و ۲۰۰۵

مقررات بین‌المللی سلامت سال ۲۰۰۵ با مقررات سال ۱۹۶۹ از برخی جهات دارای تفاوت اساسی است. در نسخه جدید مقررات سال ۲۰۰۵، هر رویدادی که ترکیبی از ۴ شاخص زیر را داشته باشد، به‌عنوان یک واقعه اضطراری سلامت با اهمیت و نگرانی بین‌المللی تلقی می‌گردد: ۱- شدید بودن تأثیرات سوء واقعه بر روی سلامت عمومی، ۲- غیر معمول یا غیر قابل انتظار بودن واقعه، ۳- توان گسترش رویداد در سطح بین‌المللی، ۴- خطر ایجاد محدودیت برای مسافرت و تجارت. در تعاریف جدید بعضی از بیماری‌های نوظهور و بازظهور و همچنین وقایع اضطراری مربوط به سلامت و بیماری‌های حیوانی نیز در این مقررات منظور گردیده‌اند.^۲ تفاوت این دو نوع مقرر در این است محدود بودن مقررات به‌طور جدی گسترده شده و دیگر محدود به یک لیست حصری از بیماری‌ها نیست، بلکه مفهوم کلی «وضعیت اضطراری سلامت ملی که نگرانی بین‌المللی ایجاد کند» را مورد اشاره قرار داده است و همین وضعیت است که نقطه آغازین ایجاد تعهدات دولت‌ها برای اعلام وضعیت و همچنین مسؤولیت‌های سازمان جهانی بهداشت است. در مبحث بعد این مفهوم بررسی می‌شود.

مبحث هفتم: بررسی مفهوم وضعیت اضطراری سلامت عمومی موجب بروز نگرانی بین‌المللی

مفهوم وضعیت اضطراری سلامت عمومی که موجب بروز نگرانی بین‌المللی گردد از مفاهیم بنیادین در مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ است که در ماده ۱ بدین شرح تعریف شده است: «یک وضعیت غیر عادی که به شرحی که در این مقررات آمده، دارای این ویژگی‌ها باشد: ۱- از طریق گسترش بین‌المللی بیماری، یک مشکل سلامت عمومی برای سایر دولت‌ها به‌وجود آید و تعداد قابل توجهی از دولت‌ها را درگیر کند. ۲- نیاز به پاسخگویی از طریق همکاری بین‌المللی داشته باشد».

ضمیمه دوم این مقررات، چارچوب و معیاری را معرفی می‌کند که از طریق آن می‌توان معین کرد چه زمانی یک حادثه می‌تواند یک وضعیت سلامت عمومی ایجاد کننده نگرانی بین‌المللی را موجب شود. وضعیتی که دو تا از چهار مؤلفه ذیل را داشته باشد، وضعیت سلامت عمومی ایجاد کننده نگرانی بین‌المللی تلقی می‌گردد: «اثر جدی، وقوع غیر عادی یا غیر منتظره، خطر مهمی که گسترش بین‌المللی دارد و یا خطر مهمی که در خصوص مسافرت‌های بین‌المللی ایجاد می‌گردد و یا تجارت را محدود می‌کند». ایجاد یک

^۱ احمدی، ک.، پیشین، ص ۳۷.

^۲ سروش، م.، و دیگران، پیشین، ص ۲۷.

وضعیت عمومی موجد نگرانی بین‌المللی منجر به این می‌شود که دولت‌ها متعهد شوند به سازمان جهانی بهداشت اطلاع دهند و اطلاعات خود را با آن به اشتراک گذارند و در صورت درخواست سازمان جهانی بهداشت، گزارش‌ها را مورد راستی‌آزمایی قرار دهند. سازمان جهانی بهداشت نیز به نوبه خود، خواستار راستی‌آزمایی گزارش‌های مربوط به وضعیت‌های سلامت عمومی ایجادکننده نگرانی بین‌المللی خواهد شد و کمک‌ها و مساعدت‌هایی را در این رابطه پیشنهاد خواهد داد.

در مواردی که یک وضعیت سلامت عمومی ایجادکننده نگرانی بین‌المللی وجود دارد، سازمان جهانی بهداشت این اختیار را دارد که توصیه‌های موقتی را صادر کند که این توصیه‌ها باید توسط دولت‌هایی که وضعیت در قلمرو آن‌ها در حال به‌وقوع پیوستن است، مورد توجه قرار گیرد و همچنین سایر دولت‌ها نیز باید اقدامات لازم پیشگیری را به‌عمل آورند تا از گسترش آن در قلمرو خود جلوگیری کنند. تعاریف موجود در مقررات بین‌المللی سلامت، این نکته را روشن می‌سازد که «نگرانی بین‌المللی» در این سیاق، متمرکز بر امکان اثر فرامرزی است. به‌عبارت دیگر، شیوع یک بیماری در یک دولت خاص می‌تواند موجبات نگرانی سایر دولت‌ها، چنانچه آن بیماری موجب تهدید آن دولت‌ها نیز باشد، را فراهم آورد. شیوع یک بیماری لزوماً به این خاطر که آن بیماری اثر ناگواری بر جمعیت محلی دارد و یا پرداختن به آن خارج از توانایی دولت محلی می‌باشد به یک نگرانی بین‌المللی مبدل نمی‌شود.

پس از ارایه پیشنهادهایی مبنی بر اینکه سازمان جهانی بهداشت باید این اختیار را داشته باشد که تیم‌هایی را برای راستی‌آزمایی اطلاعات و ارزیابی کیفیت اقدامات کنترلی حتی بدون رضایت دولت مربوطه ارسال نماید،^۱ بسیاری از دولت‌ها در طی مذاکرات خواستار تضمین این امر شدند که تیم‌های سازمان جهانی بهداشت تنها با رضایت قبلی دولت‌های عضو وارد سرزمین آن‌ها شوند.^۲ بنابراین مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ یک موضع محدودتر اتخاذ کرده و تنها وقتی به سازمان جهانی بهداشت اجازه می‌دهند که کمک و مساعدتی را ارایه کند و اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت عمومی ایجادکننده نگرانی بین‌المللی را با دیگران به اشتراک بگذارد که دولت مربوطه از مشارکت خودداری ورزد. در بازنگری‌های این مقررات، یک مقرر جدید اضافه شد که به سازمان جهانی بهداشت اجازه می‌دهد تا اطلاعات مربوط به شیوع بیماری‌ها از منابع غیر رسمی (غیردولتی) را نیز مورد استفاده قرار دهد. در مواردی که چنین اطلاعاتی دریافت می‌شوند، سازمان جهانی بهداشت خواستار راستی‌آزمایی آن‌ها از سوی دولت‌ها خواهد شد.^۳

مورد دیگر که قابل توجه است در رابطه با مقررات اطلاع‌رسانی و تحقیقات نیز می‌باشد. که شامل دو جنبه است. نخست اینکه اطلاع‌رسانی به سازمان جهانی بهداشت در وهله اول می‌تواند محرمانه باشد تا

^۱. فن تیگرشتروم، ب.، پیشین، ص ۲۳۹-۲۳۸.

^۲. WHO (2004), Intergovernmental Working Group on Revision of the International Health Regulations, Doc A/IHR/IGWG/2 on Summary Report of Regional Consultations, Paras. 8 & 2.

^۳. فن تیگرشتروم، ب.، پیشین، ص ۲۴۱-۲۴۰.

دولت‌ها را ترغیب کند که به تعهدات اطلاع‌رسانی خویش عمل کنند. دوم اینکه مقررات به‌صراحت به سازمان جهانی بهداشت اجازه می‌دهند که بر اطلاعاتی که از مجاری غیر رسمی به‌دست آورده است، تکیه کند؛ یعنی اطلاعاتی که از منابعی غیر از اطلاع‌رسانی دولت مربوطه تحصیل کرده است. با پیشرفت‌هایی که در تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات به‌دست آمده است، منابع غیر رسمی بسیاری در اختیار سازمان قرار دارد که می‌تواند از آن‌ها در تحقیقات جهانی استفاده کند، اما پیش از این، اختیار سازمان در استفاده از این نوع منابع مورد تردید قرار داشت. مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ دربردارنده مقررات مفصل‌تری در خصوص حداقل الزامات تحقیقات در مورد بیماری‌ها و پاسخ‌هایی است، که دولت‌ها باید به آن‌ها بدهند.

مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ بیش از مقررات سابق، از افراد حمایت می‌کند و بیانگر اثر فزاینده حقوق بشر بر سلامت عمومی است. مقررات بین‌المللی سلامت ۱۹۶۹، مقرر می‌داشتند که اقدامات مربوط به سلامت نباید منجر به آلام غیر ضروری و یا آسیب به سلامت شوند و نیز اشعار داشتند که باید اقداماتی اتخاذ گردد که کمترین محدودیت‌ها را موجب شود. با این حال، مقررات بازنگری شده، بیانگر توجه بسیار صریح‌تری نسبت به حقوق و آزادی‌های افراد است. اما اصول راهنمای مقررات جهانی سلامت ۲۰۰۵ به حیثیت، حقوق بشر و آزادی‌های اساسی افراد توجه کامل دارند و نیز این الزام را ایجاد کرده که دولت‌های عضو در اجرای اقدامات سلامت بر اساس این مقررات باید با مسافران با توجه به حیثیت، حقوق بشر و آزادی‌های اساسی‌شان برخورد نمایند و هر نوع ناراحتی و یا فشاری را که با چنین اقداماتی همراه است به حداقل برسانند.^۱

تمامی اقدامات در این خصوص بایستی بر مبنای غیر تبعیض‌آمیز انجام گیرند. اقدامات مربوط به سلامت مسافران بین‌المللی، نیازمند رضایت صریح قبلی آن‌ها با اطلاع ایشان، از انجام آن اقدامات است مگر در مواردی که شواهدی از یک خطر سلامت عمومی قریب‌الوقوع وجود داشته باشد که در آن مورد، مسافران را می‌توان توصیه و یا مجبور کرد که آزمایش‌ها، واکسیناسیون و یا سایر اقدامات پیشگیرانه و یا اقدامات سلامت دیگری همچون جداسازی، قرنطینه و یا ملاحظات دیگر را تا جایی که برای کنترل آن خطر ضروری باشد، انجام دهند.

هدف از این مقررات، این است که تا حد ممکن، مداخله در آزادی فردی و یا تمامیت جسمانی را که در نتیجه اقدامات سلامت برای جلوگیری از گسترش بیماری به‌عمل می‌آید، به حداقل برسانند. مقررات مربوط به رضایت پس از اطلاع، به اقداماتی مربوط می‌شوند که در رابطه با مسافران بین‌المللی و نه در رابطه با جمعیت‌های داخلی اعمال می‌شود.^۲

¹Gostin, L.O. (2005), World Health Law: Toward a New Conception of Global Health Governance for the 21st Century, Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics Volume 5, Issue 1, p. 417.

²Foreign Affairs Canada (2006), Pandemics: A Human Security Perspective, pp. 17-18, retrieved from: <http://www.geo.international.gc.ca>, Last visited (4.4.2016)

نظریه یا «تئوری رضایت» نگرشی نوین و رویکردی مهم در حقوق پزشکی تلقی می‌گردد. این تئوری بر این نکته دلالت دارد که هر فرد عاقل و بالغی حق دارد در مورد در مان یا روش درمانی که برایش توصیه شده یا ضرورت دارد، تصمیم بگیرد.^۱ کدهای اخلاقی نورنبرگ، حاصل دادگاه نظامی نورنبرگ در مورد سران نازی و مشتمل بر ۱۰ نکته اساسی است که حدود آزمایش‌های پزشکی بر روی انسان را تعیین می‌کند. اعلامیه هلسینکی به‌عنوان راهنمای نحوه آزمایش بر روی انسان تا حدی جایگزین کدهای نورنبرگ شده است. نکته اول این بیانیه می‌گوید که: «رضایت اختیاری فرد مورد آزمایش کاملاً ضروری است». یعنی اینکه فرد مورد آزمایش باید از نظر قانونی صلاحیت دادن رضایت را داشته باشد. یعنی در موقعیتی باشد که بتواند به راحتی و بدون دخالت هر عامل فشار، فریب، حيله، اکراه (اجبار، شدت) چه در مراحل اولیه و چه در مراحل بعدی بدور از اضطرار و اجبار عمل کند.^۲

الزام به استفاده از اقداماتی که حداقل دربردارنده مداخله است در مورد همه اقدامات وجود ندارد و محدود به آزمایش‌های پزشکی است.^۳ اگر چه مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ محدودیت‌هایی را بر اقدامات کنترلی که می‌تواند اتخاذ شود، ایجاد می‌کند اما به‌صراحت اشاره‌ای به احتمال اثرات جدی بر زندگی افراد و امنیت اقتصادی آن‌ها نمی‌کند. به‌عنوان مثال قریب به ۳۰۰ مورد پرونده انسانی و ۱۵۰ مورد مرگ ناشی از آنفلوآنزای مرغی گزارش شده است که تعدادی از افراد، از طریق از دست دادن طیور خود از این بیماری زیان دیدند. این افراد در برخی از کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کردند و با مرگ این طیور، در واقع منبع اصلی غذا و یا درآمد خویش را از دست دادند.^۴ مقررات بین‌المللی سلامت سال ۲۰۰۵ به‌طور مستقیم به این تهدیدات نسبت به امنیت انسان نمی‌پردازند. با این حال، باید این نکته را به‌خاطر داشت که اعضای سازمان جهانی بهداشت، تعهدات بین‌المللی دیگری از جمله تعهدات حقوق بشری نیز دارند که می‌توانند به این خطرات بپردازند. حتی اگر تعهدات به‌طور خاص در مقررات بین‌المللی سلامت گنجانده نشده باشند، باز هم بخشی از چارچوب حقوقی‌ای هستند که مقررات بین‌المللی سلامت در آن چارچوب باید اعمال شود. دبیرخانه سازمان جهانی بهداشت نیز در گزارش خود به هیأت اجرایی از مقررات بین‌المللی سلامت، به‌عنوان ابزاری که هدف امنیت عمومی سلامت جهانی را به‌طور کامل محقق خواهد کرد، یاد کرده است.

^۱عباسی، م.، (۱۳۷۹)، مجموعه مقالات حقوق پزشکی، تهران، انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، ص ۹۹.

^۲عباسی، م.، مجموعه کدهای اخلاق در پژوهش، پیشین، ص ۵۱.

^۳Foreign Affairs Canada (2006), Pandemics: A Human Security Perspective, op.cit., pp. 17-18.

^۴World Bank (2006), Avian and Human Influenza: Update on Financing Needs and Framework, retrieved from <http://www.siteresourcesworldbank.org> [Avian and Human Influenza], Last visited (4.4.2016)

در اجرای مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ این امر که بسیاری از دولت‌ها که ممکن است این قابلیت را نداشته باشند که تعهدات خود را بدون هیچ کمک جدی انجام دهند، نیز مورد توجه واقع شده است.^۱ ماده ۴۴ مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ در مورد همکاری و مساعدت اعضا می‌باشد. در این ماده مقرر شده است: ۱- دولت‌های عضو باید، «تا حد ممکن»، متعهد به همکاری با یکدیگر در؛ الف. تشخیص و ارزیابی، و پاسخ به حوادثی که به موجب این مقررات ارایه شده، ب. ارایه یا تسهیل همکاری فنی و پشتیبانی تکنیکی، به‌ویژه در توسعه، تقویت و نگهداری و حفظ ظرفیت‌های سلامت عمومی مورد نیاز در این مقررات، پ. بسیج منابع مالی برای تسهیل اجرای تعهدات خود تحت این مقررات، و ت. تدوین قوانین پیشنهادی و سایر مقررات حقوقی و اداری برای اجرای این مقررات باشند. ۲- در صورت درخواست از کشورهای عضو توسط سازمان جهانی بهداشت، کشورها باید «تا حد ممکن»، در امور ذیل همکاری کنند؛ الف. تخمین و ارزیابی ظرفیت‌های سلامت عمومی خود به‌منظور تسهیل اجرای مؤثر این مقررات، ب. ارایه یا تسهیل همکاری‌های فنی و پشتیبانی تکنیکی به دولت‌های عضو، ج. بسیج منابع مالی برای حمایت از کشورهای در حال توسعه، تقویت و حفظ ظرفیت‌های مقرر و ارایه شده. ۳- همکاری به‌موجب این ماده ممکن است از طریق کانال‌های متعدد، از جمله به‌صورت دو طرفه از طریق شبکه‌های منطقه‌ای و دفاتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت و از طریق سازمان‌های بین‌دولتی و نهادهای بین‌المللی انجام شود.^۲

در مقررات بین‌المللی سلامت ۱۹۶۹ تمرکز بر حداقل معیارهای مبادی ورودی و خروجی بود. مقررات بازنگری شده، شامل یک سری الزامات اصلی برای فرودگاه‌ها، بنادر و مبادی زمینی است، اما دربردارنده حداقل قابلیت‌ها برای تحقیق و پاسخ‌ها نیز می‌باشد. این مورد اخیر، شامل توانایی تحقیق و گزارش موارد بیماری در قلمرو دولت، توانایی اجرای فوری اقدامات مقدماتی نظارتی و واپاشی و توانایی تأیید و پاسخگویی آن دولت، توانایی اجرای فوری اقدامات مقدماتی کنترل، و توانایی تأیید و ارزیابی فوری گزارش موارد بیماری (در سطح محلی) و یا در طول ۴۸ ساعت (در سطح ملی) است و نیز شامل ایجاد و اجرای برنامه‌های اضطراری سلامت عمومی ملی برای پاسخگویی به وضعیت‌های سلامت عمومی که ایجاد کننده نگرانی بین‌المللی هستند، می‌باشد.

نتیجه‌گیری

جهانی شدن فرایند تحول و تغییر است که بر ماهیت تعامل انسان‌ها اثرگذار است زیرا مرزها در یک رشته گسترده‌ها و در سه بعد از میان برداشته می‌شوند. این بعدها شامل بعد فضا، بعد زمان، بعد شناختی و اعتباری است. بسیاری از کشورها، بیانیه‌هایی در مورد سلامت جهانی در راستای سیاست خارجی خود صادر کرده‌اند و از اصطلاح جدید دیپلماسی سلامت جهانی استفاده کرده‌اند. سلامت جهانی چالش عمده‌ای برای

¹.World Bank (2007), Enhancing Control of Highly Pathogenic Avian Influenza in Developing Countries through Compensation, Washington DC., pp. 1-10 (i-x), p. iv, retrieved from <http://www.web.worldbank.org>, Last visited (4.4.2016)

².WHO, International Health Regulations (IHR), op.cit., art. 44, p. 30.

جهانی شدن و سیاست‌گذاری امور خارجی در امر سلامت است. ارتباط بین مسایل جهانی شدن، سلامت و سیاست خارجی کاملاً آشکار است. سلامت همواره از موضوعات مهم این دو حوزه و جهانی شدن از چالش‌های مهم پیش‌روی سیاست‌گذاران بخش سلامت بوده است.

اگر می‌خواهیم جهانی شدن به بهبود سلامت کمک کند، باید دگرگونی‌های بنیادین در رویکردهای کنونی به موضوعات اقتصادی، هم در سطح ملی و هم بین‌المللی به وجود آید. در سطح ملی باید سیاست‌هایی طراحی کنیم که آشکارا بالاترین معیار سلامت را برای مردم تأمین کند و در سطح بین‌المللی لازم است که قواعد جهانی فعالیت سازمان‌های بین‌المللی و سیاست‌های خارجی کشورها، توسعه یافته و به سمت حذف موانع و به حداکثر رساندن انگیزه کشورهای در حال توسعه برای دنبال کردن چنین سیاست‌هایی باشد. دستیابی به یک سلامت جهانی در صورتی ممکن است که منافع کشورهای در حال توسعه و جمعیت‌های آسیب‌پذیر به‌طور کامل در مجامع تصمیم‌گیری بین‌المللی و سیاست خارجی و به هنگام تجدیدنظر در قوانین موجود و وضع قوانین و مقررات جدید در نظر گرفته شود.

مقررات بین‌المللی سلامت، در حقیقت یک چارچوب امنیت دسته جمعی مقرر می‌کند که برای تسهیل مشارکت میان دولت‌ها طراحی شده تا هر یک از آن‌ها، سرزمین و جمعیت خود را از تهدیدات خارجی محافظت کنند. هدف مقررات ۲۰۰۵ مانند پیشینیان آن، عبارت از پیشگیری از گسترش بین‌المللی بیماری‌ها است. دولت‌ها این تکلیف را بر عهده می‌گیرند که از اینکه بیماری‌ها، دولت‌های دیگر را تهدید نمایند، جلوگیری کنند و این اجازه را به دست می‌آورند که اقدامات خاصی را برای پیشگیری از گسترش بیماری در سرزمین خود انجام دهند. در حقیقت رژیم مقررات بین‌المللی سلامت به منظور تحقق این امر طراحی شده که به دولت‌ها اجازه دهد در حمایت از سرزمین و جمعیت خود در برابر تهدیدات بیماری‌های خارجی، آزادی کافی و وافی داشته باشند، و تعارضات احتمالی میان این هدف و امنیت افراد با حمایت از حقوق بشر که در مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ گنجانده شده و نیز با سیاق وسیع‌تر حقوق بین‌الملل، تقلیل داده شده است. لذا هم دیدگاه‌های امنیت انسان و هم دیدگاه‌های حقوق بشر از اجرای قوی مقررات مربوط به همکاری و مساعدت در مقررات بین‌المللی سلامت ۲۰۰۵ پشتیبانی می‌کنند.

دولت‌ها تلاش خود را به کار گیرند تا آنجا که می‌توانند اقدامات توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت را به اجرا گذارند و برای کشف، گزارش‌دهی و پاسخ به وقایعی که در مقررات مزبور تعریف شده است ظرفیت‌سازی، همکاری و مشارکت کنند.

افزایش تأثیر مقوله جهانی شدن در گزارش توسعه انسانی برنامه سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۹ با عنوان «جهانی شدن با چهره انسانی» مورد تأیید قرار گرفته است. این امر موجب شد با توجه به رشد جهانی شدن و اثری که بیماری‌های همه‌گیر بر سلامت می‌گذارند و همچنین مطابق ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد، که «احترام جهانی و رعایت مؤثر حقوق بشر برای همه را در زمره وظایف دولت‌ها دانسته و کلیه اعضاء متعهد به همکاری با سازمان ملل برای نیل به این مقاصد می‌باشند» حقوق‌دانان و دست‌اندرکاران امر

سلامت، طرح کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی به منظور چاره‌جویی چالش‌های جهانی به‌ویژه در امر نظارت بر سلامت جهانی را پیشنهاد کنند. این طرح در راستای روند جهانی شدن حق بر سلامت و تکلیف دولت‌ها بر احترام جهانی حقوق بشر صورت پذیرفت. که در صورت تصویب موجب می‌شود دولت‌ها؛ چگونگی در برابر هم متعهد باشند و در عین حال نیاز دارند تا در مورد چگونگی اجرای آن تصمیم بگیرند، منابع مربوط را تأمین کنند، وسایل و امکانات مربوط را مدیریت کنند، بودجه اختصاصی در نظر بگیرند، اولویت تعیین کنند، تصمیمات متعاقب اتخاذ کنند، فعالیت‌ها را مدیریت کنند، اختلافات را حل و فصل کنند، به تصمیمات اعتراض کنند، با عمل به تعهدات خود سطح رعایت و احترام را ارتقاء دهند، شفافیت را افزایش دهند، و نحوه اجرای تعهد یکدیگر را زیر نظر بگیرند. حقوق بشر، مبنای توجه، عمل و حمایت این کنوانسیون است. با اعمال حقوق بشر به‌مثابه مبنای وسیله توسعه، اجرای این کنوانسیون و چارچوب و ضوابط تحول یافته آن، می‌تواند موجب اصلاح و تکمیل سازوکارهای نظارت بر سلامت جهانی شود. کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی بهتر می‌تواند حق بر سلامت را از رهگذر درج آن در حقوق ملی و سیاست‌گذاری‌های ملی تأمین کند زیرا پیگیری قضایی و توانمندسازی جامعه برای پیشبرد مقتضیات این حق و به‌ویژه در امر برقراری و گسترش حق بهره‌مندی از سلامت، به‌مثابه محور نظارت بر سلامت جهانی امر بسیار ضروری و حیاتی است.

سلامت، پدیده‌ای است که مرز نمی‌شناسد و خطرهای متوجه آن جهانی است، پس ضرورت دارد توجه به این پدیده و مقابله با خطرهای متوجه آن نیز جهانی باشد. مقررات حمایت سلامت برای کل جوامع جهان است. بنابراین باید بر همه مردم جهان حاکم باشد و جهان‌شمولی، ضرورتی است برای جلوگیری از تفرقه در کارآیی حمایت سلامت که همه باید آنرا گردن نهند. در مقام پاسخ به فرضیه دوم فرعی، در این فصل با بررسی روند جهانی شدن و اثرات آن بر امر سلامت و حق بر سلامت و همچنین با توضیح در خصوص دیپلماسی سلامت جهانی که در طی زمان موجب طرح و تصویب مقررات بین‌المللی سلامت شده است، اعلام می‌دارد مطابق اسناد موجود، و با عنایت به «احترام جهانی و مؤثر حقوق بشر برای همه و بدون تبعیض» مندرج در منشور سازمان ملل، اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاقین، حق بر سلامت یک حق جهانی است و بر اقدام جمعی و هماهنگ دولت‌ها در خصوص تحقق حق بر سلامت تأکید ورزیده و همکاری بین‌المللی آن‌ها را طلب می‌نماید. لذا حقوق و تعهدات آن‌ها در اسناد متعدد در خصوص حق بر سلامت، در تأثیر و تأثر با روند جهانی شدن و در اصل موجب جهانی شدن آن شده است. و در حقیقت می‌توان گفت این تأثیر و تأثر منجر به اعتلای حقوق جهانی سلامت می‌شود. اکنون که با توجه به بررسی مباحث مورد نظر این بخش طی دو فصل گذشته، تعهدات دولت‌ها نسبت به حق بر سلامت محرز گردید، در فصل بعد به بررسی ماهیت و محتوای تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت و تحلیل و تفسیر آن پرداخته می‌شود.

فصل سوم

بررسی تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت

همانگونه که در فصل دوم از بخش اول در خصوص مبانی حقوق جهانی سلامت گفته شد، حق بر سلامت یکی از حقوق اساسی بشر است. این حق، دامنه گسترده‌ای دارد و حوزه‌های به هم پیوسته فراوانی را در بر می‌گیرد. لذا شناخت تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت، جزئی از تبیین مفهوم و محتوای آن خواهد بود. حق بر سلامت افزون بر ارتباط با حوزه‌ها و قلمروهای مختلف، حقی جهان‌شمول است بدین معنی که هر انسان، در هر جای دنیا، از این حق برخوردار است.

حق بر سلامت، ویژه شهروندان یک کشور نیست. اعلامیه جهانی حقوق بشر از «حق هر کس» نسبت به معیاری از زندگی سخن می‌گوید که برای سلامت و رفاه او و خانواده‌اش کفایت می‌کند. همچنین، حق بر سلامت، حقی مسلم در نظام بین‌المللی حقوق بشر است که همه کشورها در قبال تأمین آن متعهد هستند، لذا حقی نیست که تنها جنبه قراردادی و معاهده‌ای داشته باشد و تنها کشورهای عضو میثاق یا دیگر معاهداتی که این حق در آن‌ها شناسایی شده است، ملزم به تأمین آن باشند. ولی بحث بر سر این است که تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت، و ماهیت این تعهدات به‌طور دقیق چیست. در فصل دوم از بخش اول به بحث و بررسی حق بر سلامت پرداخته شد. در این فصل به بررسی ماهیت، ابعاد، قلمرو و محتوای تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت پرداخته می‌شود.

در بدو امر، ماهیت تعهدات دولت‌ها بر اساس نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بررسی و در ادامه از تعهدات سازمان‌های بین‌المللی غیردولتی و کارگزاری‌های تخصصی سازمان ملل و بخش‌های خصوصی در قبال حق بر سلامت بحث می‌شود.

مبحث اول: ماهیت تعهدات دولت‌ها با توجه به نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته حقوق

اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

هیچ نظر تفسیری اجماعی جهانی، در مورد حق بر سلامت وجود ندارد. معذک، معاهدات حقوق بشر و قوانین اساسی اکثر کشورها بر ایده منحصر به فرد موضوع اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، تأکید ورزیده‌اند. ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز تحت عنوان «حق هر کس به بهره‌مندی از بالاترین معیار قابل حصول سلامت جسمی و روحی» بر همین مضمون و حکم تأکید دارد.

نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، قطعی‌ترین تفسیر حق بر سلامت را ارائه کرده است. هرچند که از نظر حقوقی الزام‌آور نیست.^۱ در این نظر تفسیری، حقوق و آزادی‌هایی که «اجزای جدایی‌ناپذیر حقوق سلامت» هستند؛ مثل غذا، مسکن، زندگی، آموزش، محرمانه بودن و دسترسی به اطلاعات، خدمات سلامت عمومی و شرایط سلامت، مشخص، و اعلام شده است. حق بر سلامت شامل چهار «عنصر اساسی و مرتبط» می‌باشد که مراقبت سلامت، سلامت عمومی کالاها، خدمات و امکانات سلامت و تأمین بهره‌مندی از شرایط اساسی سلامت را در بر می‌گیرد. کالاها، خدمات و امکانات سلامت باید؛

۱- به مقدار کافی در دسترس باشند.^۲

۲- برای هر شخص بدون تبعیض، از لحاظ جغرافیایی و مقرون به صرفه بودن، قابل دستیابی باشند.^۳

۳- از نظر اخلاقی، فرهنگی و با در نظر گرفتن محرمانه بودن قابل پذیرش باشند.^۴

۴- از نظر کیفی و کمی مناسب باشند.^۵

نظر تفسیری عام شماره ۱۴، اصول اساسی را بدین شرح پیشنهاد می‌دهد:

۱- برابری و عدم تبعیض^۶ (دسترسی بدون تبعیض به خدمات سلامت)،

۲- مشارکت عمومی معنادار سیاست سلامت،^۷

۳- پاسخگویی^۸ (دولت باید به عامه مردم در نحوه اجرای خود به حق بر سلامت پاسخگو باشد).

دولت‌ها با توجه به اعلامیه جهانی حقوق بشر، که همه حقوق بشر را جهانی، به هم پیوسته و دارای وابستگی درونی می‌دانند، باید حق بر سلامت را رعایت، از آن حمایت و آنرا اعمال کنند. این بدان معنی است که دولت‌ها با تشخیص این حقوق و با عدم تبعیض در ارائه خدمات سلامت باید به آن احترام گذارند. حمایت به این شکل است که مردم را از نقض حق بر سلامت خود به وسیله اشخاص ثالث مثل زمانی که شرکت‌های خصوصی علیه بیماران آسیب‌پذیر تبعیض قایل شوند، حمایت کنند. و در نهایت دولت‌ها باید حق بر سلامت را با در نظر گرفتن اقداماتی که انجام می‌دهند حفظ، و سلامت مردم را بازیابی کنند. نقض‌های دولت‌ها می‌تواند از طریق حذف، مثل عدم حمایت علیه تبعیض اشخاص خصوصی، و ارتکاب تبعیض به وسیله بخش دولتی باشد.

حق بر سلامت، دولت‌ها را ملزم به رعایت «حداقل تعهدات اصلی» شامل مراقبت اولیه سلامت می‌کند. به بیان دیگر دولت‌های عضو در کمترین حالت دارای «حداقل تعهدات بنیادین» در جهت تضمین برخورداری

¹.Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000), General Comment No.14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health, E/C.12/2000.

².Aailable

³.Accessible

⁴.Acceptable

⁵.Good Quality

⁶.Equality and Nondiscrimination

⁷.Participation

⁸.Accountability

از حداقل مطرح پایه‌ای هر یک از حقوق مندرج در میثاق می‌باشند. این حداقل تعهدات بنیادین، خدشه ناپذیر می‌باشد یعنی موکول و مشروط به هیچ استثنائی نیست. این حداقل تعهدات اصلی؛ شامل امکانات سلامت، کالاها و خدمات، غذای سالم و مغذی، پناه‌گاه عمومی، مسکن، بهسازی، آب سالم و قابل شرب، داروهای اساسی و توزیع منصفانه امکانات سلامت می‌باشد. بنابراین باید گفت که میثاق، چارچوبی ایجاد کرده و دولت وفق آن چهار تعهد دارد: احترام و رعایت حقوق خاص، حمایت از حقوق خاص، تضمین حقوق خاص و پیشبرد و ارتقاء حقوق خاص.

دولت‌ها باید یک راهبرد سلامت عمومی علمی را بپذیرند و کشورهای پیشرفته باید همکاری و مشارکت بین‌المللی و به‌ویژه همکاری فنی و اقتصادی را، برای به انجام رساندن تعهداتشان اعمال کنند. بنابراین، چالش‌های پیشرفت حق بر سلامت شامل تعریف دقیق‌تر میثاق و ابزار مؤثرتر برای نظارت، تفسیر و اجرای آن است. با توجه به این توضیحات، در مبحث بعد به بررسی تکلیف دولت‌ها در قبال ارائه خدمات در صورت مطالبه شهروندان خود پرداخته می‌شود. با توجه به اینکه حق بر سلامت، مبنای حقوق جهانی سلامت است در این فصل به بررسی تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت پرداخته می‌شود.

مبحث دوم: حق شهروندان از حیث مطالبه (حق - ادعا)

حقوق بشر معاصر، نظامی هنجاری است که متضمن حق‌های افراد در برابر دولت است. کارکرد اصلی این نظام هنجاری، محدود کردن قدرت دولت در برابر افراد است. علیرغم اینکه نمی‌توان مدعی شد که حقوق بشر در روابط بین افراد مطرح نیست، اما فضای غالب در گفتمان حقوق بشر، فضای تضمین حق‌های افراد در برابر دولت است. فضایی که دولت را متعهد به تضمین حق‌ها می‌داند. به همین دلیل، ادبیات حاکم بر اسناد بین‌المللی حقوق بشر در رابطه با دولت‌ها، ادبیاتی تعهد مدار است.^۱

حق بر درمان و مراقبت‌های سلامت از جمله حق - ادعاهای مثبتی است که لازمه آن مکلف بودن دولت در ارائه خدمات و امکانات مقتضی در قبال مطالبه و ادعای مزبور است. اکنون جای این سؤال وجود دارد که شهروندان نسبت به چه چیزی حق دارند؟ محتوا و مفاد این حق کدام است؟ حق بر سلامت، طیف گسترده‌ای از اقدامات عاجل و ضروری در پیشگیری، درمان و مراقبت‌های پس از درمان را شامل می‌شود. این اقدامات شامل سه گروه عمده است:

الف - اقدامات و مراقبت‌های پیشگیرانه^۲

ب - اقدامات و مراقبت‌های درمانی^۳

ج - اقدامات و مراقبت‌های حین و پس از نقاهت^۴

^۱. رزمخواه، ن.، پیشین، ص ۹۰.

^۲. Preventive Cares

^۳. Curative Cares

^۴. Rehabilitative Cares

واضح است که هر کدام از موارد فوق، خود شامل طیف بسیار گسترده‌ای از اقدامات سلامت - درمانی خواهد شد. اقداماتی همچون پژوهش‌های علمی تا واکسیناسیون، از درمان‌های ضروری فوریتی / اورژانسی گرفته تا عمل‌های سنگین همچون پیوند اعضا و حتی برخی عمل‌های زیبایی، و البته اقدامات مراقبتی پس از نفاخت نیز از مراقبت‌های کوتاه مدت تا اقدامات طولانی مدت مشمول اقدامات سلامت- درمانی و مراقبتی هستند. لذا رویه واحدی در این زمینه در کشورهای مختلف وجود ندارد. در ایالات متحده امریکا بیمه‌های درمانی دولتی وجود ندارد، لذا افراد کم درآمد جامعه که اغلب توان مالی بیمه‌های خصوصی را نیز ندارند، عملاً تحت پوشش جدی درمانی نیستند. گرچه بیمارستان‌ها بر اساس قانون نمی‌توانند از ارائه خدمات درمانی فوریتی به افراد در خطر امتناع کنند، اما در همین زمینه افراد کم درآمد جامعه وضعیت مطلوبی ندارند.^۱

در مقابل این سیاست درمانی، می‌توان از پوشش به نسبت فراگیر و البته با کیفیت خدمات سلامت ملی^۲ در کشور انگلستان یاد کرد که در حال حاضر تمام افراد بدون لحاظ توان مالی آن‌ها مشمول این خدمات هستند. این خدمات تقریباً هر سه اقدامات پیشگیرانه، اقدامات درمانی و اقدامات بازبازی پس از درمان را شامل می‌گردد.^۳ لذا گستره و کیفیت خدمات سلامت بسته به وضعیت اقتصادی کشور، دچار فراز و فرودهایی در نیم قرن اخیر بوده است. نظام‌های ترکیبی نیز در برخی کشورهای اروپایی همچون هلند وجود دارند که تلفیقی از حمایت و بیمه‌های دولتی و مشارکت‌های فردی و بخش خصوصی است.^۴ به هر روی، حتی در دولت‌های دارای رویکرد حداقلی همچون ایالات متحده امریکا که به صورت سنتی، دولت‌های رفاه کمتر مورد اقبال اهل نظر و شهروندان بوده‌اند، حمایت‌های سلامت در حد تکلیف مراکز سلامت در ارائه خدمات فوریتی به افراد، که لازمه آن حق افراد بر این خدمات است، پیش‌بینی شده است. لذا حق - ادعاهای افراد بر

۱. در آمریکا مسائل مربوط به بهداشت و سلامت عمومی، از نظر تاریخی تحت لوای قوانین ایالتی و یا قوانین دولت‌های محلی اداره می‌شوند. دلیل این امر آن است که بر اساس تئوری سنتی، دولت ملی یا فدرال، محدود به قوانینی است که در قانون اساسی آمریکا، آشکارا بدان اختصاص یافته است. مسائلی که طبق قوانین ایالت‌ها اداره می‌شوند، ممکن است در هر ایالت به گونه‌ای متفاوت باشد. عباسی، م.، (۱۳۹۲)، *مطالعه تطبیقی پیوند اعضا، تهران: مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، انتشارات حقوقی، ص ۱۵.*

۲. National Health Service (NHS)

۳. در ایران مطابق ماده ۵ مجموعه دستورالعمل‌های برنامه تحول نظام سلامت، «سازمان بیمه سلامت باید همه افراد فاقد بیمه مراجعه کننده به بیمارستان‌های مشمول برنامه را بر اساس دستورالعمل مربوطه بیمه کند. ایرانیان فاقد شناسنامه نیز با مراجعه به نیروی انتظامی یا مراجع ذیربط، اعلام هویت شده و می‌توانند جهت پوشش بیمه‌ای و استفاده از مزایای برنامه اقدام کنند». طبق سیاست‌های اعلامی وزارت بهداشت در صورت تحقق کامل اجرای این طرح، سطح پوشش بیمه درمان تا سقف ۹۵٪ می‌رسد. در این خصوص رجوع شود به: مجموعه دستورالعمل‌های برنامه تحول نظام سلامت (۹۴-۱۳۹۳)، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، صص ۱۰-۱۱.

۴. Daniels, N., eds. (1999), chapter 31. *Is there a Right to Health Care and If So, What Does It Encompass*, in Khuse H, Springer P., *A Companion to Bioethics*, p. 316, retrieved from www.hsph.harvard.edu, Last visited (4.4.2016)

خدمات سلامت، که لازمه آن تعهد دولت‌ها به ارایه این خدمات است، در پیوند نزدیک با امکانات و توان اقتصادی کشورها است.^۱ به‌طور کلی عناصر تکلیف دولت در قبال شهروندان خود عبارت است از:

- فراهم کردن منابع کافی سلامت در چارچوب ظرفیت خود.

- نظارت صحیح: پول، تنها تضمین‌کننده تأمین تحقق سلامت جهانی نیست. دولت‌ها باید منابع اجتماعی و اقتصادی ملی را به‌نحو کارآمد اداره کنند. مراجع رسمی و عمومی که در این زمینه اختیار عمل دارند باید امانت و میزان وظیفه و بودجه را رعایت کنند و مسئولیت شخصی نیز از حیث عمل به‌نفع افراد موضوع خدمات رسانی دارند.

- اختصاص منابع اندک به‌صورت برابر و کارآمد: دولت‌ها اختیار تنظیم اولویت‌های خود را دارند اما در این کار، مسئول هستند. از نظر اخلاقی در اختصاص بودجه و منابع اندک بکوشند و به‌نحو عادلانه و کارآمد، خدمات سلامت را بین شهروندان خود توزیع کنند. بنابراین توجه خاص به رفع نیازهای محرومان، اقلیت‌ها، زنان و معلولان و تأمین خدمات سلامت آنان، مبرم و ضروری است.^۲

در مبحث بعد ماهیت کلی تعهدات ناشی از میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بررسی می‌شود.

مبحث سوم: ماهیت کلی تعهدات ناشی از میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در خصوص دولت‌ها

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، معاهده‌ای بین‌المللی است که طرف‌های آن به اجرای توأم با حسن نیت مفاد آن متعهد می‌باشند.^۳ این معاهده در میان اسناد بین‌المللی حقوق بشر، دارای

^۱قاری سیدفاطمی، م.، حقوق بشر در جهان معاصر، دفتر دوم، پیشین، ص ۳۰۰.

^۲تنظیم اولویت یکی از چالش‌های بزرگ برای سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمات سلامت است، زیرا تقاضا برای خدمات سلامت خیلی بیشتر از منابع موجود می‌باشد و اولویت‌های سلامت بایستی طوری تنظیم شوند که استفاده صحیح از منابع برای برآورده کردن نیازهای سلامت جامعه را تضمین کنند. علم اخلاق و رویکردهای اخلاقی نیز بر منصفانه بودن در تخصیص منابع برای برآورده کردن نیازهای سلامت متمرکز است. در این خصوص رجوع شود به: عباسی، محمود، فرجی، عبیدالله (۱۳۹۱)، جایگاه اخلاق در تخصیص عادلانه منابع سلامت، فصلنامه اخلاق زیستی، سال دوم، شماره ششم، صص ۱۲۶-۱۲۷. در این زمینه می‌توان به این نکته اشاره داشت که اخلاق سازمانی بخش مهمی در مدیریت سلامت و ارایه خدمات سلامت می‌باشد که به موضوعات اخلاقی مدیران و سرپرستان اشاره دارد. اخلاق سازمانی در کل با تعهد اخلاقی سازمان، در خصوص نحوه رهبری فعالیت‌های مناسب، شایسته و صادقانه مراقبتی بر روی بیماران در ارتباط است. اخلاق سازمانی با مواضع سازمانی و رفتار افراد (بیماران، فراهم‌کنندگان و کارکنان)، گروه‌ها، سازمان‌های دیگر و جوامعی که به وسیله سازمان خدمت رسانی می‌شوند سروکار دارد. در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م.، انور، الف.، (۱۳۹۱)، تعالی اخلاق سازمانی در گستره نظام سلامت، فصلنامه اخلاق زیستی، سال دوم، شماره چهارم، ص ۱۲.

^۳ضیایی بیگدلی، م.، حقوق معاهدات، پیشین، ص ۱۱۵.

این ویژگی است که، دست‌کم تا مدت‌ها، بخش مغفول نظام بین‌المللی حقوق بشر را تشکیل و پوشش می‌داد.^۱

فهم ماهیت تعهدات دولت‌ها بر اساس میثاق از سه مرحله عبور می‌کند: اول؛ فضای زیست میثاق، که همان حقوق بین‌الملل می‌باشد. در این فضای کلی، هر دولتی که به معاهده‌ای می‌پیوندد، خود را به همه مفاد آن ملتزم می‌سازد. بر اساس اصول حقوق بین‌الملل عام، هر دولت عضو معاهده بین‌المللی، متعهد است مندرجات آنرا به اجرا بگذارد و نمی‌تواند برای فرار از اجرای معاهده به قوانین داخلی خود استناد کند.^۲ در همین فضا است که اجرا و تفسیر معاهده، تابع اصول و قواعد می‌شود. لذا توجه به این فضا، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در قالب سند حقوقی الزامی، همراه دیگر اسناد حقوق بشر و به‌طور خاص، میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی قلمداد کرده که تعهداتی جدی بر دولت‌های عضو تحمیل می‌کند و موجب مطرح شدن سه نوع یا سطح متفاوت از تعهد برای دولت‌ها از قبیل؛ تعهد به رعایت، تعهد به حمایت و تعهد به ایفاء می‌شود که در گفتارهای بعد توضیح داده خواهد شد.

دوم؛ مرحله دیگری که در تبیین و فهم ماهیت تعهدات دولت‌ها به موجب میثاق ترسیم شده است، مقررات کلی خود میثاق در خصوص تعهدات دولت‌های عضو است که محور آن بند ۱ ماده ۲ می‌باشد. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر تفسیری عام شماره ۳ خود با عنوان «ماهیت تعهدات طرف‌های عضو» به تحلیل این تعهدات پرداخته است.^۳

سوم؛ آخرین مرحله این است که هر یک از مواد، به حق خاصی پرداخته است و اقدام‌هایی را که باید در جهت تحقق آن حق انجام پذیرند، مشخص می‌کنند. به‌جز ماده ۹ که تنها به بیان حق تأمین اجتماعی می‌پردازد بی‌آنکه اقدام‌های مقتضی برای تحقق آنرا برشمارد. در مبحث بعد به‌دلیل ارتباط موضوع، به توضیح و تبیین بند ۱ ماده ۲ می‌پردازیم.

مبحث چهارم: بند ۱ ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

آنچه از عبارت‌های بند ۱ ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر می‌آید آن است که کشورهای عضو، موظف به اتخاذ اقدام‌هایی برای تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق هستند. بنابراین تعهد فوری و مستقیم بر دوش دولت‌های عضو قرار گرفته است. به‌عبارت دیگر، اصل تعهد به اتخاذ اقدامات، «مقید یا محدود به ملاحظات دیگر» نشده است. به‌همین دلیل، نمی‌توان گفت حقوق اقتصادی،

^۱ Simma, B. (1991), *The Implementation of International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, University of Michigan Law Library Catalog, pp. 75-79.

^۲ ضیایی بیگدلی، م.، حقوق معاهدات، پیشین، ص ۱۲۰.

^۳ UN (2003), CRC General Comment No. 3 on HIV/AIDS and the Right of the Child.

^۴ Each state party to the present covenant undertakes to take steps, individually and through international assistance and co-operation, especially economic and technical, to the maximum of its available resources, with a view of achieving progressively the full realization of rights recognized in present covenant by all appropriate means, including particularly the adoption of legislative measures.

اجتماعی و فرهنگی بر خلاف حقوق مدنی و سیاسی موجد تعهدات فوری نیست. این اقدام‌ها باید به گونه‌ای باشد که در جهت تحقق کامل حقوق شناخته شده در میثاق اتخاذ شده باشد. از اینرو مناقشه قدیمی بر سر ماهیت تعهدات ناشی از میثاق و اینکه از نوع تعهد به نتیجه است یا تعهد به رفتار، چندان موضوعیتی نمی‌یابد. گفتنی است که کمیسیون حقوق بین‌الملل به خاطر توصیف این تعهدها به تعهد به نتیجه و نه تعهد به رفتار مورد انتقاد قرار گرفته است.^۱ این تعهد آمیزه‌ای از هر دو تعهد است؛ هدف کلی، تحقق کامل حقوق مصرح در میثاق برای همگان به‌عنوان نتیجه و غایت مطلوب است ولی اختیار کشورها در اتخاذ تدابیر و رفتار منتهی به این نتیجه، مطلق نیست. این اختیار عمل، با تدبیرهایی خاص که برای بیشتر حق‌ها مشخص شده، محدود شده است.

آن دسته از مواد میثاق که به بیان حق‌ها می‌پردازند، بیشتر دربردارنده اقدام‌هایی می‌باشند که دولت‌ها به‌طور مشخص، ملزم به اتخاذ آن‌ها هستند. در هر صورت، بند ۱ ماده ۲ میثاق، کشورهای عضو را ملزم به اتخاذ تدبیرهایی برای تحقق کامل حقوق مندرج در آن می‌کند. این اقدام‌ها هر چند با توجه به منابعی است که در اختیار هر کشور قرار دارد، ولی چنان نیست که به بهانه نبود منابع، اتخاذ نگردد. میزان و حجم اقدام‌ها به منابع وابسته است، و نه اصل وجود این اقدام‌ها. از آنجا که کشوری نیست که حداقلی از منابع در اختیار نداشته باشد، این تعهد همواره وجود خواهد داشت. مسأله فقط به اندازه و میزان منابع مربوط می‌شود که با توجه به بند ۱ ماده ۲، حداکثر ممکن از این منابع، باید به تحقق حقوق مندرج در میثاق اختصاص یابد.

حصول تدریجی تحقق کامل حق‌ها به معنای آن است که دولت‌های عضو باید پیوسته در تدارک تأمین حق‌ها باشند، و در صورت وجود نابرابری کشورها در دسترسی به منابع، تحقق کامل حق‌های شناخته شده در میثاق، نیازمند یاری و همکاری جمعی اعضای بین‌المللی است. کشورهای در حال توسعه، بدون این یاری، قادر به ایفای کامل تعهد خویش نیستند. بنابراین، عبارت «انفرادی و از طریق مساعدت و همکاری بین‌المللی، به‌ویژه اقتصادی و فنی» در بند ۱ ماده ۲، از اهمیت بالایی برخوردار است. در نظام حقوق بین‌الملل مبتنی بر منشور ملل متحد، اصل «همکاری بین‌المللی در حل مسائل بین‌المللی دارای خصلت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یا بشردوستانه»^۲ و تشریک مساعی در ارتقاء و پیشبرد «معیارهای بالاتر زندگی، اشتغال کامل، شرایط پیشرفت و توسعه اقتصادی و اجتماعی»^۳ و «حل مسایل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی،

^۱ در این خصوص رجوع شود به:

UN (1977), Year Book of the International Law Commission, Report of the Commission to the General Assembly on the Work of its Twenty-Ninth Session, New York, Paras. 8, pp. 107-108.

^۲ بند ۳ ماده ۱ منشور سازمان ملل متحد:

to achieve international cooperation in solving international problems of an economic, social, cultural, or humanitarian character.

^۳ بند الف ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد:

a higher standards of living, full employment, and conditions of economic and social progress and development.

سلامت و مسایل مربوط به آنها و همکاری بین‌المللی و فرهنگی و آموزش^۱ سنگ بنای این نظام و «مرکز ثقل منشور» را تشکیل می‌دهد.^۲ این اصل، در «اعلامیه ۱۹۷۰ اصول حقوق بین‌الملل راجع به روابط دوستانه و همکاری میان دولت‌ها مطابق منشور ملل متحد»،^۳ تبیین و تأکید بیشتری یافته است. روشن است که میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حاوی فهرستی از حق‌های بشری است که تحقق آنها در بسیاری از کشورها، نیازمند مساعدت و همکاری کشورهای است که در وضعیت ارایه این مساعدت قرار دارند.

از یک‌سو، دولت عضو میثاق در اجرای تعهدهای خود بازیگر اصلی صحنه است و «به‌لحاظ حقوق بین‌الملل، مسؤول نهایی تحقق حق‌های» مذکور در میثاق است و باید با اتخاذ تدبیرهای مقتضی برای تحقق کامل آن اقدام کند. عدم وجود مساعدت و همکاری بین‌المللی، دولت عضو را به حاشیه معافیت از تعهدهای خود نمی‌کشاند. دولت عضو میثاق، افزون بر به خدمت گرفتن منابع و امکانات داخلی، باید به هنگام لزوم در جست‌وجوی منابع خارجی نیز باشد. از سوی دیگر، دولت‌های واجد منابع بیشتر که توان مساعدت دارند، نمی‌توانند به بهانه عدم وجود تعهدی حقوقی در این خصوص، از ارایه آن خودداری ورزند. از اینرو، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی «حداکثر منابع موجود در اختیار» دولت عضو را شامل منابع موجود در داخل کشور و منابع قابل دسترس در جامعه بین‌المللی از راه همکاری و یاری بین‌المللی می‌داند.^۴ کمیته همچنین همکاری بین‌المللی در جهت توسعه و تحقق کامل حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را «تعهد همه دولت‌ها» قلمداد می‌کند و در تأیید نظر خود به اعلامیه حق بر توسعه، مصوب ۱۹۸۶ مجمع عمومی، استناد می‌نماید.^۵ کمیته در نهایت به این جمع‌بندی می‌رسد که با «فقدان برنامه‌ای فعال در خصوص مساعدت و همکاری بین‌المللی از ناحیه تمام دولت‌هایی که در وضعیت اجرای آن قرار دارند، تحقق کامل حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بسیاری از کشورها در حد آرزویی برآورده نشده باقی خواهد ماند».^۶ تعهد

^۱ بند ب ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد:

solutions of international economic, social, health, and related problems; and international cultural and educational cooperation.

^۲ Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice San Francisco, 1945, retrieved from:

<http://treaties.un.org/doc/publication/ctc/uncharter.pdf>, Last visited (4.4.2016)

^۳ حبیبی مجنده، م.، (۱۳۹۲)، تحریم اقتصادی یک‌جانبه و اصل حاکمیت دولت‌ها، پایگاه اختصاصی حقوق بین‌الملل،

پیشین، ص ۲. قابل دسترس در:

International-law.blog.ir/1392, Last visited (4.4.2016)

^۴ General Comment No. 3, Paras. 13 & 14.

^۵ اصل مزبور بدین‌نحو تکرار شد: «این آرمان که آحاد بشر آزاد و برخوردار از آزادی مدنی و سیاسی و آزادی از ترس و فقر باشند تنها زمانی تحقق می‌یابد که شرایطی ایجاد شوند تا هرکس بتواند از حقوق مدنی و سیاسی خود و نیز از حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خویش برخوردار گردد»، سنگوپتا، آ. (۲۰۰۴)، حق توسعه در نظریه و عمل، ترجمه: منوچهر توسلی جهرمی (۱۳۸۳)، مجله حقوقی بین‌المللی، شماره ۳۰، ص ۱۸۲-۱۸۱.

^۶ General Comment No. 3, Para. 14.

به همکاری بین‌المللی برای تسهیل و هموار ساختن مسیر تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق، در برخی از موارد خاص میثاق (از قبیل مواد ۱۱، ۱۵، ۲۲ و ۲۳) مورد تأکید قرار گرفته است. کمیته در نظر تفسیری عام مربوط به حق آموزش ابتدایی رایگان، به تبیین بیشتر تعهد بین‌المللی دولت‌ها به همکاری و یاری در تحقق حقوق میثاق پرداخته و از جمله گفته است: «در جایی که دولت عضو آشکارا فاقد منابع مالی و یا تخصص لازم برای ترسیم و اتخاذ برنامه‌ای تفصیلی است، جامعه بین‌المللی تعهدی روشن به مساعدت دارد»^۱. به‌طور خلاصه، تعهد کلی دولت‌های عضو میثاق بر اساس بند ۱ ماده ۲، مطابق نظر تفسیری عام، «اتخاذ اقداماتی فوری، سنجیده، ملموس و هدف‌دار در جهت تحقق حقوق»^۲ پیش‌بینی شده در میثاق است. راه‌های ایفای این تعهد شامل «تمام طرق مقتضی، از جمله به‌طور خاص اتخاذ اقدامات تقنینی» است. نمی‌توان تصور کرد با نبود چنین قانون‌هایی، حق‌هایی چون سلامت، آموزش و پرورش، کار، حمایت از کودکان و مادران، به‌طور مؤثر اعمال گردد. تصویب قانون‌های مقتضی البته به تنهایی به معنای ایفاد تعهد دولت نیست. فراهم آوردن امکان دادخواهی در مراجع قضایی برای افرادی که از نقض حقوق مندرج در میثاق متضرر شده‌اند و طرح دعاوی حقوقی جهت مطالبه اجرای این حقوق، دست‌کم در مورد حق‌هایی که به‌صورت فوری قابلیت اجرا دارند، بخش اساسی از تعهد دولت‌ها را تشکیل می‌دهد.^۳

کمیته در این خصوص به ماده ۳ «حق برابر مردان و زنان برای بهره‌مندی از کلیه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مقرر در میثاق»، جزء (الف) بند (۱) ماده ۷ «حق بهره‌مندی از شرایط عادلانه و مطلوب کار، دستمزد عادلانه و اجرت برابر در قبال کار دارای ارزش مساوی»، اشاره می‌کند.^۴ با تحلیل بند ۱ ماده ۲ میثاق در این گفتار، وجود تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت محرز گردید. در مبحث بعد ابعاد و وسعت این تعهدات بررسی می‌شوند.

^۱.Office of the High Commissioner for Human Rights (1999), CESCR, General Comment No. 11, Action Plans for Primary Education, 1-3 (art. 14 of the Covenant, E/C.12)

^۲.General Comment No. 3, Para. 2.

^۳.کمیته در نظر تفسیری عام شماره ۹ در زمینه اجرای داخلی میثاق می‌گوید: «میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، معادل و هم‌تراز مستقیم برای بند ۳ ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی که دولت‌های عضو را به تدارک امکانات راه‌های قضایی احقاق حق موظف می‌کند، ندارد. با این حال، دولت عضوی که درصدد توجیه قصور خود در فراهم ساختن راه‌های جبرانی قانونی برای نقض حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی برمی‌آید، باید ثابت کند این راه‌ها، به تعبیر بند ۱ ماده ۲، «ابزاری مناسب» نیست، یا نظر به دیگر ابزارها و راه‌های مورد استفاده، غیرضروری می‌باشد. اثبات این امر، مشکل نیست و کمیته معتقد است که در بسیاری از موارد، چنانچه دیگر ابزارهای استفاده شده، با طرق قضایی، تقویت یا تکمیل نشوند، ناکارآمد خواهند بود». در این خصوص رجوع شود به:

UN (1998), General Comment No. 9, The Domestic Application of the Covenant, E/C.12/1998/24, Paras. 3, 2.

^۴.General Comment No. 3, Para. 5.

مبحث پنجم: ابعاد، ماهیت و قلمرو تعهدات دولت‌ها

اغلب گفته می‌شود دولت‌هایی که قادر نیستند اقدامات لازم در این زمینه را انجام دهند، ملزم به برداشتن گام‌هایی جهت تحقق این هدف نیستند یا اینکه می‌توانند به‌طور نامحدود تعهدات خود را به تأخیر اندازند. در زمان بررسی سطح اعمال این حق در یک کشور خاص، در دسترس بودن منابع در شرایط توسعه، لحاظ می‌شوند. با این وجود، هیچ دولتی نمی‌تواند کوتاهی در رعایت تعهدات را به‌لحاظ نبود منابع توجیه کند. دولت‌ها باید حق بر سلامت را در اکثر منابع موجود خود تضمین کنند. همه کشورها باید در جهت ایفای تعهدات خود از حیث رعایت، حمایت و ایفاء کوشش کنند.

«سنخ‌شناسی سه طرفه»^۱ تعهدات را به‌صورت سه طبقه نشان می‌دهد. در حقیقت، اصل کلی حق بر سلامت، به‌عنوان یک حق بشری و نه قراردادی از اهمیت فراوان و جایگاهی خاص در اسناد بین‌المللی برخوردار است. حق بر سلامت موجب پدید آمدن «تعهدات منفی» بر «رعایت» و نیز «تعهدات مثبت» به «حمایت و اجرا» است. اصل حق بر سلامت، منشأ وضع چند قاعده حقوقی مهم در عرصه حقوق بین‌الملل شده است که فلسفه وضع آن‌ها، کمک به تحقق این اصل کلی بوده است.

ماهیت تعهدات دولت‌ها برای اجرای حقوق بشر در ارتباط با سلامت، با توجه به گستره و محتوای هر حق مورد بررسی، و «تعهدات عام»^۲ که کشوری به موجب معاهده‌ای خاص از حقوق بشر پذیرفته، متفاوت است. در واقع، تعهد کلی یک کشور با توجه به حقوقی که با میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی حمایت می‌شود، تعهد مستقیم است. ماده (۲) میثاق مزبور مقرر می‌کند:

«هر کشور عضو میثاق حاضر متعهد می‌شود به حقوق شناخته شده در میثاق حاضر احترام گذاشته و آنرا تضمین نماید...»^۳

تعهد هر کشور «رعایت» به حقوق و «تضمین» آن است. یک کشور در صورتی وظیفه خود را در مورد رعایت قانون انجام داده که آنرا ایفاء کند اما تعهد تضمین، گسترده‌تر است. حقوق مطرح در میثاق تنها حقوق منفی نیست که طبق آن کشورها نباید مانع قوه ابتکار فرد، جهت استفاده به‌نفع خود شوند، بلکه قوانین مثبت هم در این میثاق مطرح می‌شوند. کشورها باید به‌منظور دسترسی افراد به این حقوق، اقدامات لازم را انجام دهند. به‌عنوان مثال، تعهد تضمین اجرای قوانین، می‌تواند کشورها را وادار به انجام اقدامات مثبت برای منضبط کردن مسؤولیت سلامت کشور کند. قطع نظر از سایر معاهدات، تعهدات کلی مطرح در میثاق

^۱. Tripartite Typology

^۲. General Undertakings

^۳. طرح تقویت ظرفیت‌های آموزش و پژوهش حقوق بشر، گزیده‌ای از مهمترین اسناد بین‌المللی حقوق بشر، ص ۱۶. همچنین در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م.، و دیگران، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران، پیشین، ص ۱۸۶-۱۸۵.

بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز انجام اقدام‌های فوری را طلب می‌نمایند. ماده (۲) این میثاق مقرر می‌کند:

«هر کشور عضو پیمان حاضر متعهد می‌شود که رأساً و از طریق همکاری بین‌المللی به‌خصوص کمک اقتصادی و فنی تا حدی که منابع موجود به آن کشور امکان می‌دهد، با هدف دستیابی به شناخت کامل از حقوقی که در میثاق حاضر مطرح می‌شود و با استفاده از همه ابزارهای مناسب به‌همراه اتخاذ اقدامات قانونی اقدام کند».^۱ این تعهد یعنی اقدام، با هدف دستیابی روزافزون به شناسایی کامل حقوق مطرح در میثاق، تعهداتی بر کشورهای عضو تحمیل می‌کند تا در زمان مقتضی آنرا اجرا کنند. این اقدامات برای شناسایی کامل باید بلافاصله پس از تصویب قانون انجام شود.

تمایزی که به‌طور عموم میان وظایف منفی و مثبت کشورها شناخته شده است، نشان دهنده تمایز میان حقوق مثبت و منفی افراد است. وظیفه منفی یک کشور این است که در مورد استفاده افراد از حقوق فردی خود مداخله نکند. نقض وظیفه منفی زمانی محقق می‌شود که کشوری از سازمان دولتی در مطالبه آزادانه فرد نسبت به حقی یا ممانعت از آن مداخله کند. وظیفه مثبت نیازمند این است که کشوری ابزار لازم جهت نیل به اهداف فردی را در اختیار افراد بگذارد. نقض حقوق مثبت توسط کشوری می‌تواند به این شکل باشد که آن کشور در تلاش توأم با حسن نیت در نیل به حق مورد نظر، قصور داشته باشد.

تفسیر حقوقی نشان خواهد داد که آیا حق خاص مستلزم این است که کشورها فقط در آن مداخله نکنند یا اینکه به‌طور قاطع ارایه خدمت کنند. یا اینکه این حق پیچیده‌تر از داشتن جنبه‌های مثبت و منفی است. به‌عنوان مثال، حق حفظ سلامت در برابر ابتلا به ویروس نقض سیستم ایمنی، جنبه‌ای منفی دارد، به این شکل که یک کشور نباید مانع دسترسی افراد به منابع و ابزارهای پیشگیری شود. اما این حق جنبه‌ای مثبت هم دارد دایره به اینکه کشور باید آموزش عمومی را در رابطه با خطر پیشگیری از آلودگی به افراد ارایه دهد.^۲ اطاعت کشورها از تعهدات مثبت و منفی حقوق بشر بستگی به تفسیر حقوقی از ماهیت این حق و ادله اجرایی دارد. تفسیر حقوقی حق مرتبط با شرایط میثاق و اجرای قانونی آن نیازمند اعمال آن حق است. اطاعت کشورها از آن و نقض حقوق بشر را می‌توان با مراجعه به وقایع و آمارها نشان داد. فرد می‌تواند حادث شدن یک واقعه را ثابت کند. به‌طور مثال، ممانعت کشور از دسترسی به خدمات سلامت، که ادعا می‌شود مداخله‌ای غیرقانونی در حق منفی است و یا محروم کردن افراد از خدمت لازم به حق مثبت است. اطاعت کشورها یا نقض تعهدات برای انجام حقوق مثبت را می‌توان نه تنها با پیشامدها، بلکه با معیارها هم، اثبات کرد.

^۱ همان، ص ۸.

^۲ مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر، اسناد جهانی، پیشین، ص ۸۰.

ممکن است کشوری وظیفه خود را با تأمین کامل خدمات سلامت، بدون وصول درخواست‌های شخصی، انجام دهد. سطح ارایه خدمت که پاسخگویی معیار بین‌المللی باشد نشان‌دهنده میزان انطباق با وظایف مندرج در میثاق‌های مزبور است. در مقابل، اگر کشوری به وظیفه خود برای عدم مداخله در اجرای حقوق بشر عمل نکند، می‌توان آنرا نمونه‌ای از دخالت کشور در آن تعهد دانست.

در مورد وظایف مثبت دایر به اجرای حقوق با رعایت معیارها و در مورد حقوق منفی مبنی بر عدم دخالت پیگیری افراد در مورد حقوق خود، کشورها به موجب اصول عام حقوق بین‌المللی بشر، موظفند حقوق بشری را که به آن متعهد هستند، ارتقاء بخشند. کشورها باید معیارهای انجام وظایف مثبت و منفی را به‌گونه‌ای اجرا کنند تا اصول حقوقی پویا، کم‌کم به اجرای حقوق بشر منتهی شود. عدم دخالت کشور در برخورداری افراد از حقوق منفی در صورت لزوم به مسأله‌ای جهانی تبدیل خواهد شد. یعنی از طریق وضع قانونی که مانع مداخله شود، یا مستلزم تفسیر قانون به‌نحو هماهنگ با چنین حقوقی باشد.

گام نهایی در تبیین تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت، تعیین حدود و قلمرو این تعهدات است. مسلم است که حق بر سلامت به‌لحاظ زمانی محدودیتی ندارد و از این منظر تعهدات دولت‌ها نیز محدود به زمان خاصی نمی‌باشد. اما دو مسأله اساسی در زمینه قلمرو تعهدات در قبال حق بر سلامت وجود دارد. مسأله اول به قلمرو مادی تعهدات و مسأله دوم به قلمرو موضوعی آن‌ها مربوط می‌شود. تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت به‌مانند 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 سلامت به افراد تحت صلاحیت آن‌ها واقع در درون قلمرو سرزمینی‌شان محدود می‌شود؟ و یا تعهداتی در برابر همه انسان‌ها است حتی اگر در خارج از حیطه صلاحیت آنان قرار داشته باشند؟ «دولت با عضویت در معاهدات حقوق بشری، متعهد می‌گردد تا نسبت به رفتار تمامی اشخاصی که در حوزه صلاحیتش قرار دارند با مقررات معاهده مزبور عمل کند و لو اینکه آن‌ها اتباع دولتی باشند که عضو آن معاهده نیست»^۱.

به‌نظر می‌رسد شواهد و قرائن فراوانی وجود دارد که بر اساس آن‌ها می‌توان وجود تعهد کلی حقوق دولت‌ها را به رعایت حق بر سلامت انسان‌ها استنباط کرد. مهم‌ترین قواعد استخراج شده و تعهدهای دولت‌ها در قبال حق بر سلامت، همانند هر حق بشری دیگر، دارای سه بعد: تعهد به رعایت، تعهد به حمایت و تعهد به ایفا است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر تفسیری عام شماره ۱۴ خود با استفاده از این الگوی سه بعدی رایج، به تبیین تعهدهای دولت‌ها در قبال حق بر سلامت می‌پردازد. در

^۱ در این خصوص رجوع شود به: گرین‌وود، ک. (۲۰۰۸)، «سیر تحول تاریخی و مبنای حقوق بشردوستانه»، (چاپ اول)، ترجمه: حسین شریفی طرازکوهی (۱۳۸۷)، حقوق بشردوستانه در منحصامات مسلحانه، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی، ص ۳۰.

گفتارهای بعد به توضیح هر یک از این ابعاد پرداخته شده^۱ و مطابق بند ۳ ماده ۱ منشور سازمان ملل متحد، تعهد به مساعدت و همکاری بین‌المللی، نیز با توجه به اهمیت و لزوم همکاری جهانی در امر سلامت، توضیح داده می‌شود.

گفتار اول: تعهد به رعایت^۲

تعهد به رعایت^۳، به این معنا است که دولت‌ها، متعهد به مفاد معاهداتی هستند که امضا کرده‌اند و باید به آن احترام گذاشته و آنرا رعایت کنند. از آنجا که در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به حق دسترسی به سلامت اشاره شده است، دولت‌های عضو مکلف به رعایت آن هستند لذا نباید در بهره‌مندی از این حق، موانع و محدودیت‌هایی برای افراد یا دسته‌ای از افراد ایجاد کنند به این صورت که دولت‌های عضو ضمن آنکه بر رعایت به تعهدات خود در قبال حق بر سلامت متعهد شده‌اند، به همان اندازه در برابر دولت‌های دیگر نیز متعهدند و نباید با اقدامات خود به آن‌ها لطمه وارد سازند.

جنبه بین‌المللی این تکلیف اقتضا می‌کند که کشورهای عضو معاهدات، در تحقق آن با یکدیگر مساعدت و همکاری نمایند. این مسأله در لحن برخی مواد، مانند بند ۳ ماده ۱ و ماده ۵۵ منشور ملل متحد و بند ۱ ماده ۲ میثاق وجود دارد. یکی از مصادیق بارز تعهد به رعایت در سطح بین‌المللی این است که دولت‌ها باید در انعقاد قراردادهای خود، به حق بر سلامت دیگر دولت‌ها توجه نموده و در اقدامات درون سرزمینی خود، حق دیگران را رعایت کنند. این جنبه از تعهد به رعایت که در اصطلاح «تعهد به شناسایی» نامیده می‌شود، در بخشی از کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در مورد حق بر سلامت مورد تصریح قرار گرفته است. به این صورت که دولت‌ها باید اطمینان دهند که در موافقت‌نامه‌های بین‌المللی به حق بر سلامت توجهی شایسته داشته و مطمئن باشند که قراردادهای منعقد شده توسط آن‌ها خللی به حقوق مندرج بر موافقت‌نامه‌ها وارد نمی‌آورد.^۴

این بعد یا سطح از تعهدات دولت‌ها، در حقیقت بعد سلبی تعهدهای حقوق بشری می‌باشد. بعد سلبی شامل دسته‌ای از خودداری‌ها می‌شود. تعهد به رعایت، «تعهد به عدم انجام عملی خاص یا ترک فعل است». این بعد از تعهد به‌طور کلی دولت‌ها را متعهد می‌سازد تا از رفتارهای مداخله‌گرانه و عملکردهای تبعیض‌آمیز خودداری کنند. البته این خودداری‌ها چه بسا دربردارنده رفتار ایجابی هم باشد. به‌عنوان مثال، وقتی گفته می‌شود دولت‌ها باید از رویه‌های تبعیض‌آمیز بپرهیزند، این پرهیز در عمل با وضع مقررات یا دستور دادن یا توجیه مأموران و مجریان و اقدام‌های دیگر تحقق می‌یابد. همچنین، این نوع از تعهد، به‌طور معمول و نه

^۱. Joint Fact Sheet WHO, OHCHR (2007), *the Right to Health*, Fact Sheet no. 323, pp. 1-2, retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/index.html>, Last visited (4.4.2016)

^۲. Obligation to Respect

^۳. بعضی نویسندگان عبارت Obligation to Respect را «تعهد به احترام و رعایت» نیز ترجمه کرده‌اند. در این خصوص رجوع شود به: نامی پارسا، ن.، پیشین، ص ۱۴.

^۴. همان، ص ۱۷۰.

لزوماً هزینه‌ای در بر ندارد و کافی است که دولت، اقدام‌هایی را انجام ندهد. از اینرو، معیار عدم انجام عملی خاص یا بی‌هزینه بودن ایفای تعهد، نمی‌تواند همه‌جا به کار بسته شود و به نظر می‌رسد بیشتر جنبه سهولت در تقسیم‌بندی و بررسی دارد. در هر صورت، در خصوص حق بر سلامت، تعهد به رعایت 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 برطرف سازند. امروزه یکی از اصول^۱ 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».^۲ این اصل که مبنای حقوق بین‌الملل محیط زیست را تشکیل می‌دهد در اعلامیه ۱۹۹۲ ریودوژانیرو، کنفرانس ملل متحد در زمینه محیط زیست و توسعه در قالب اصل‌های ۲، ۷، ۱۰، ۲۱، ۲۲ و به‌ویژه اصل ۲۴ بیان شده است.^۳ این اصل سابقه‌ای کم و بیش طولانی دارد و دیوان بین‌المللی دادگستری در نظر مشورتی ۱۹۹۶ خود در مورد قانونی بودن تهدید یا استفاده از سلاح‌های هسته‌ای، به آن توجه نمود.^۴

لذا تعهد به رعایت حق‌های بشری، تعهدی جهان‌شمول است. کمترین محتوای این تعهد در این بحث، خودداری از مداخله در بهره‌مندی از حق بر سلامت در کشورهای دیگر می‌باشد. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در این خصوص به نمونه‌ای از مواردی که دولت‌ها ملزم به رعایت حق بر سلامت 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 به‌عنوان ابزار سیاسی و اقتصادی مورد استفاده قرار گیرد». تعهد به شناسایی جزء مهمی از تعهد بین‌المللی دولت‌ها در قبال حق بر سلامت را تشکیل می‌دهد. اقداماتی که کشورها در درون سرزمین خود انجام می‌دهند، ممکن است به حق بر سلامت ملت‌های دیگر لطمه بزنند. شناسایی این حق به معنای توجه کافی به آن در روابط میان دولت‌ها است. مطابق نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته، «دولت‌های عضو باید اطمینان دهند که توجه شایسته‌ای به حق بر سلامت در موافقت‌نامه‌های بین‌المللی مبدول گردد و به این منظور باید توسعه موافقت‌نامه‌های دیگر را بررسی کنند».

^۱ این اصل به «اصل استفاده غیر زیانبار از سرزمین» موسوم است.

^۲ برای کسب اطلاعات بیشتر در این خصوص رجوع شود به: وثوقی فرد، ب. (۱۳۹۱)، قضیه سم پاشی هوایی (اکوادور علیه کلمبیا) تریل اسملتر قرن بیست و یکم؟، مجله حقوقی بین‌المللی، نشریه مرکز امور حقوقی بین‌المللی ریاست جمهوری، سال بیست و نهم، شماره ۴۷، ص ۲۰-۱.

^۳ Malanczuk, P. (1997), *Akehurst's Modern Introduction to International Law*, 7th ed., New York: Routledge, p. 241.

^۴ ICJ (1996), *Advisory Opinion on the Legality or Use of Nuclear Weapons, Reports of Judgments, Advisory Opinions and Orders*, Para. 29, pp. 19-20.

از سوی دیگر، دولت‌ها به هنگام انعقاد موافقت‌نامه‌های دیگر باید اقداماتی اتخاذ کنند که این موافقت‌نامه‌ها اثر نامطلوبی بر حق بر سلامت نداشته باشد.^۱ تعهد به رعایت و شناسایی ممکن است در قالب موافقت‌نامه‌های جدید صورت گیرد یا به هنگام انعقاد موافقت‌نامه‌ها در دیگر حوزه‌های روابط میان دولت‌ها، مورد توجه قرار گیرد. افزون بر این، هم‌سو شدن تفسیر و اجرای موافقت‌نامه‌های موجود با حق بر سلامت در چارچوب این تعهد، قابل توجه است. و دولت‌های عضو میثاق همچنین باید اطمینان حاصل کنند که اعمال سازمان‌های بین‌المللی که عضو آن هستند، لطمه‌ای به حق بر سلامت وارد نمی‌سازد. بنابراین، «دولت‌های طرف میثاق که عضو نهادهای مالی بین‌المللی، از جمله صندوق بین‌المللی پول، بانک جهانی و بانک‌های توسعه‌ای منطقه‌ای هستند، باید توجه بیشتری به حمایت از حق بر سلامت در تأثیر نهادن بر خط‌مشی‌های اعطای وام، موافقت‌نامه‌های اعتبار و اقدامات بین‌المللی این نهادها داشته باشند».

در نظر تفسیری عام کمیته، موارد زیر به‌عنوان مصداق‌هایی از تعهد به رعایت به حق بر سلامت ذکر شده است:

- تعهد به خودداری از منع یا محدود کردن دسترسی برابر همه اشخاص به خدمات پیشگیرانه، درمانی و تسکین‌دهنده مربوط به سلامت. این تعهد از نگاهی دیگر، تعهد به ایفا هم به‌شمار می‌آید، چرا که مستلزم وارد کردن برابر همگان به زیر چتر خدمات سلامت است.
- پرهیز از محروم ساختن یا محدود کردن دسترسی گروه‌هایی از انسان‌ها مثل زندانیان، بازداشت‌شدگان، پناهجویان، اقلیت‌ها و مهاجران قانونی، به‌طور طبیعی به معنای گسترش خدمات سلامت به آنان است، که نیازمند هزینه است.
- پرهیز از اجرای رویه‌های تبعیض‌آمیز به‌عنوان خط‌مشی دولت و خودداری از وضع رویه‌های تبعیض‌آمیز در رابطه با وضعیت و نیازهای سلامت زنان.
- اجتناب از ممنوع ساختن یا مانع تراشی برای مراقبت پیشگیرانه رویه‌های مداوا و داروهای سنتی.
- تعهد به خودداری از عرضه داروهای ناسالم و خودداری از به‌کارگیری مداوای پزشکی اجباری، مگر به‌صورت استثنایی برای درمان بیماری روانی یا پیشگیری و کنترل بیماری‌های مسری.
- تعهد به خودداری از محدود کردن دسترسی به داروهای ضد آبتنی یا دیگر شیوه‌ها و ابزار حفظ سلامت جنسی و تولیدمثل.^۲

^۱ General Comment No. 14, Paras. 41 & 42.

^۲ حقوق باروری و جنسی با دو رکن اصلی حق انتخاب و تصمیم‌گیری در زمینه سلامت باروری و جنسی فارغ از تبعیض، اجبار و خشونت و حق دسترسی به اطلاعات و آموزش، متضمن تأمین سلامت باروری و جنسی افراد می‌باشد. مفهوم سلامت باروری به عنوان جزء اصلی سلامت جامعه محسوب می‌شود. در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م.، و دیگران (۱۳۹۳)، مروری بر مفهوم و ساختار حقوق باروری و جنسی در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره هفدهم، شماره ۱۰۰، ص ۲۴؛ عباسی، م.، فرج‌خدا، ت.، لطیف نژاد رودسری،

- پرهیز از سانسور کردن، دریغ داشتن، یا ارایه نادرست عمدی اطلاعات مربوط به سلامت از جمله آموزش و اطلاعات جنسی.

- خودداری از منع مشارکت مردم در مسایل مربوط به سلامت.

- تعهد به خودداری از آلوده ساختن غیرقانونی هوا، آب، و خاک به طور مثال 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 سلامت انسان شود.

- اجتناب از محدود کردن دسترسی به خدمات سلامت به‌عنوان اقدامی تنبیهی، برای مثال در خلال مخاصمات مسلحانه و یا نقض حقوق بین‌الملل بشردوستانه.^۱

در نهایت آنچه از تعهد به رعایت به‌دست آمد، این است که دولت از مداخله مستقیم یا غیر مستقیم نسبت به حق بر سلامت خودداری ورزد.

گفتار دوم: تعهد به حمایت^۲

دولت‌ها علاوه بر رعایت به حق دسترسی افراد بشر به حق بر سلامت، تعهد ایجابی نیز بر عهده دارند که در قالب تعهد به حمایت مطرح شده است و به موجب آن مکلف به تصویب قوانین یا اتخاذ رویه‌ها و اقدامات قانونی جهت تضمین دسترسی به این حق هستند. تعهد به حمایت هم مستلزم اتخاذ اقدامات قانونی لازم جهت تنظیم و قاعده‌مند ساختن چارچوب‌های حمایتی است، و هم دولت‌ها را متعهد می‌سازد تا از مداخله طرفین ثالث در بهره‌مندی از این حق جلوگیری و حمایت کند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز در تفسیر عام شماره ۱۴ خود با اشاره به این تعهد، اعلام می‌دارد که دولت‌ها باید از طریق اقدامات تقنینی و دیگر اقدامات لازم، دسترسی برابر به خدمات مراقبت‌های سلامت و درمانی و داروی با کیفیت و سالم و ... و سایر کالاها و خدمات سلامت و پزشکی را تضمین کنند.

بعد حمایتی تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت در واقع در راستای حفظ این حق در برابر نقض آن از سوی ارکان یا مؤسسه‌های دولتی یا اشخاص خصوصی است. این بعد هم می‌تواند از زاویه‌ای سلبی مورد توجه قرار گیرد. چرا که متضمن پرهیز از نقض حق و بازداشتن دیگران از نقض آن است. در این زمینه نیز کمیته به ذکر نمونه‌هایی برای تعهد به حمایت از حق بر سلامت می‌پردازد:

- تکالیف دولت‌ها به تصویب قوانین یا اتخاذ سایر اقدامات در جهت تضمین دسترسی برابر به مراقبت از سلامت و خدمات مرتبط با سلامت، که طرف‌های ثالث عرضه می‌کنند.

ر.، (۱۳۹۱)، سلامت باروری از منظر اخلاق و حقوق، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ششم، شماره بیست و یک، ص ۵۴.

^۱General Comment No. 14, Para. 34.

^۲Obligation to Protect

- تضمین اینکه خصوصی سازی بخش سلامت، متضمن تهدیدی برای در اختیار بودن، در دسترس بودن، مقبول بودن، و کیفیت تسهیلات کالاها و خدمات سلامت نباشد.
- تعهد به کنترل عرضه تجهیزات پزشکی و داروها توسط اشخاص ثالث.
- اطمینان از اینکه شاغلان در بخش پزشکی و سایر افراد حرفه‌ای در بخش سلامت، برخوردار از معیارهای مناسب تحصیلی، مهارتی، و موازین اخلاقی و رفتاری باشند.
- وظیفه دولت‌ها به تضمین اینکه رویه‌های اجتماعی یا سنتی زیان‌بار مانعی برای دسترسی به مراقبت پیش و پس از زایمان و تنظیم خانواده نباشند.
- بازداشتن طرف‌های ثالث از وارد کردن زنان به تحمل رویه‌های سنتی ختنه دختران.^۱
- اتخاذ اقدام‌هایی برای حمایت گروه‌های آسیب‌پذیر یا به حاشیه رانده شده جامعه- به‌ویژه زنان، کودکان، نوجوانان و اشخاص مسن‌تر- به دلیل جلوه‌های خشونت مبتنی بر جنسیت، و تعهد دولت‌ها به حصول اطمینان از اینکه طرف‌های ثالث، دسترسی مردم به اطلاعات و خدمات مرتبط با سلامت را محدود نسازند.^۲

گفتار سوم: تعهد به ایفاء^۳

تعهد به ایفاء برای تحقق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جنبه محوری دارد. این بعد بسیار به تعهد به حمایت نزدیک است و در واقع مکمل و به نوعی مرحله اجرایی آن محسوب می‌شود. این بعد از تعهد در کل مستلزم اتخاذ اقدامات قانونی، اجرایی و قضایی متناسب می‌باشد. این نوع تعهد مقرر می‌کند: «دولت‌ها، اقدامات قانونی، اداری، بودجه‌ای، قضایی و اعتلایی برای تحقق کامل حق بر سلامت صورت دهند». به این معنا که دولت‌ها باید برای برآورده ساختن نیاز افراد به حق بر سلامت و ایجاد زمینه و امکانات لازم برای بهره‌مندی از این حق، اقدامات لازم را عملی سازند. از اینرو تعهد دولت‌ها برای ایفاء حق بر سلامت به معنای انجام اقداماتی ضروری برای برآورده ساختن نیازهای افراد در خصوص سلامت می‌باشد. به عبارتی دیگر، دولت‌ها موظفند زمینه برخورداری و امکانات لازم برای بهره‌مندی از حق بر سلامت را تأمین کنند.

البته این تعهد تا آنجا ادامه نمی‌یابد که دولت‌ها را ملزم به ایجاد زمینه برای ارایه مستقیم و بدون هزینه امکانات سلامت کند، در حقیقت حق بر سلامت به معنای حق دریافت مستقیم و بدون هزینه امکانات سلامت نیست. بلکه تا حدی مکلفند که به‌طور غیر مستقیم بسترهای لازم را برای دسترسی به این حق فراهم

^۱ ختنه زنان باعث نقض حق بر سلامت، امنیت و صحت جسمانی، رهایی از شکنجه و تحقیر و حق زندگی زن می‌شود. لذا دیده‌بانان حقوق بشر موظف به ثبت موارد ختنه زنان هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر در این خصوص رجوع شود به: عباسی، م.، و دیگران (۱۳۹۰)، بررسی پیامدهای اخلاقی، ابعاد حقوقی و راهکارهای ریشه‌کنی ختنه زنان، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال پنجم، شماره هجدهم، ص ۶۳.

^۲ General Comment No. 14, Para. 35.

^۳ Obligation to Fulfill

کنند. اما این حق، وابسته به وجود شرایط و تسهیلات کافی در امر مراقبت و سلامت است. و بدون آنها تلاش افراد در نیل به بالاترین سطح ممکن از سلامت، ثمری نخواهد داشت. علاوه بر این افرادی وجود دارند که به عللی خارج از اراده خود، توان تأمین نیازهای سلامت خود و خانواده خویش را ندارند. از اینرو، تعهد به ایفاء را می‌توان در دو وضعیت عادی و غیرعادی مورد توجه قرار داد: در وضعیت عادی، افراد به‌عنوان دارندگان مسئولیت اصلی در قبال سلامت خود، نیازمند در اختیار و در دسترس داشتن تسهیلات، کالاها و خدمات مربوط به سلامت هستند تا بتوانند خود به رفع نیازهایشان اقدام کنند. ولی در وضعیت غیرعادی، اشخاص نیازمند دسترسی مستقیم به این امکانات هستند و صرف در اختیار بودن آنها کفایت نمی‌کند. در نظر تفسیری عام شماره ۱۴، کمیته، تعهد به ایفاء را در دو بند مورد بررسی قرار می‌دهد. در بند ۳۶ مواردی از اقدامات موجب بهره‌مندی از حق بر سلامت بیان شده، و در بند ۳۷ تعهد به ایفاء از ابعاد تسهیل، تأمین و ترویج مورد توجه قرار گرفته است. ذکر این موارد و مصادیق از تعهدات دولت‌ها، دست‌کم به جهت شناخت گستردگی و تنوع آنها لازم می‌باشد. شاید تمام این اقدامات را بتوان تحت عنوان «خط مشی ملی سلامت»، یا «طرح جامع و تفصیلی برای تحقق حق بر سلامت» جای داد. شناسایی کافی حق بر سلامت در نظام‌های سیاسی و حقوقی داخلی، عامل اصلی در ایفاء تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت است، ولی نمونه‌های عینی از این تعهدات، موارد زیر را در برمی‌گیرد:

- تضمین ارابه مراقبت سلامت، از جمله برنامه‌های ایمن سازی در برابر بیماری‌های عمده مسری.
- تضمین دسترسی برابر همگان به مؤلفه‌های اصلی سلامت، نظیر غذای مناسب و کافی از نظر اصول تغذیه، آب آشامیدنی سالم، نظافت اولیه و مسکن و شرایط کافی زندگی.
- داشتن زیرساخت‌های سلامت عمومی به گونه‌ای که تأمین کننده خدمات سلامت جنسی و تولیدمثل از جمله مادری سالم - به‌ویژه در مناطق روستایی - باشد.
- آموزش و تربیت مناسب پزشکان و دیگر پرسنل پزشکی.
- تجهیز و تأمین تعداد کافی بیمارستان‌ها، کلینیک و دیگر مراکز و تسهیلات مرتبط با سلامت.
- پشتیبانی از تأسیس نهادهای عرضه کننده خدمات مشاوره و سلامت روحی و روانی.
- پیش‌بینی نظام بیمه عمومی، خصوصی یا مختلط که همگان از عهده آن برآیند.
- ارتقاء و گسترش پژوهش‌های پزشکی و آموزش سلامت و نیز فعالیت‌های اطلاع رسانی به‌ویژه در مورد بیماری‌هایی مانند ایدز.
- تأمین سلامت جنسی و تولید مثل، و توجه به رویه‌های سنتی، خشونت خانگی، مصرف نادرست الکل، سیگار، داروها و سایر مواد زیان‌بار.^۱
- تعهد دولت‌ها در خصوص تسهیل تحقق حق بر سلامت، همچنین متضمن آن است که برخی کارهای ایجابی را انجام دهند تا افراد و جوامع، قادر باشند از این حق بهره‌مند شوند. دولت‌های عضو میثاق همچنین

^۱General Comment No. 14, Paras. 36-37.

متعهد هستند به‌طور مستقیم و در موارد غیرعادی و هنگامی که افراد یا گروهی به‌دلایل خارج از کنترل خود قادر نیستند با ابزاری که در اختیار دارند، خود به تحقق حقوق مندرج در میثاق اقدام کنند، آن‌ها را یاری کنند. این بعد از تعهدات دولت‌ها بسیار حایز اهمیت است. این بعد در وهله اول به معنای تأمین منابع مادی برای دارنده حق است. این منابع ممکن است به‌طور مستقیم توسط دولت در اختیار یکایک دارندگان حق قرار گیرد^۱ یا به‌طور غیرمستقیم و به‌عنوان مثال از طریق اعطای یارانه به مراکز ذی‌ربط به جهت آرایه خدمات ارزان قیمت به ذی‌نفع نهایی حق برسد. هدف از چنین تعهداتی، بهبود وضعیت دارنده حق می‌باشد.^۲ لذا دولت‌ها برای اجرای تعهد به ایفاء باید دارای یک طرح جامع تحقق حق بر سلامت باشند که در آن به مفادی چون ایمن سازی در برابر بیماری‌های عمده مسری، توزیع منصفانه خدمات درمانی و مانند آن توجه شود. البته دایره اجرای این تعهد نباید در همه کشورها یکسان باشد و بستگی زیاد به سطح توسعه اقتصادی و امکانات بهداشتی و درمانی همه کشورها دارد. در نتیجه گستره مزبور در کشورهای پیشرفته نسبت به کشورهای در حال توسعه، قاعدتاً بیشتر است.^۳

در این گفتار، ابعاد تعهدات دولت‌ها مورد بحث واقع شد. در ادامه و در گفتار بعد به ماهیت و قلمرو تعهداتی که دولت‌ها در قبال حق بر سلامت دارند پرداخته می‌شود.

گفتار چهارم: تعهد به مساعدت و همکاری بین‌المللی

نه در اعلامیه جهانی حقوق بشر و نه در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، عبارت‌های صریحی برای محدود بودن تعهدات دولت‌ها به چارچوب سرزمینی و افراد واقع در درون آن، وجود ندارد. تعهد به همکاری برای حل مسایل بین‌المللی، سنگ بنای اصلی نظام مبتنی بر منشور ملل متحد است. بند ۳ ماده ۱ منشور، «حصول همکاری بین‌المللی در حل مسایل بین‌المللی که دارای جنبه‌های اقتصادی، 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» ضروری است را، از مقاصد سازمان ملل معرفی می‌کند.

ماده ۵۵ منشور نیز، سازمان را ملزم به ارتقای «بالاترین معیارهای زندگی» (بند الف) و یافتن «راه‌حل‌های مسایل بین‌المللی مربوط به سلامت» (بند ب) ملزم می‌نماید. و باز، لحن اعلامیه جهانی حقوق بشر و نیز میثاق مزبور، حاکی از وجود تعهد در قبال «هر انسان» است. به‌علاوه 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

^۱ به‌طور مثال توزیع رایگان لوازم پیشگیری از بارداری در شبکه‌های بهداشت و درمان سراسر کشور. این موضوع در سایر کشورها نیز اجرا می‌شود. و در کشوری مانند فیلیپین به‌صورت قانونی تحت عنوان؛ «قانون دسترسی رایگان به وسایل جلوگیری از بارداری» درآمده است.

^۲ Steiner, H. J., op.cit., pp. 183-4.

^۳ صادقی، م، حمایت از اختراعات دارویی و چالش‌های حقوق بشری آن، پیشین، ص ۲۰۹-۲۰۸.

نوع اقتصادی و فنی و 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 سلامت و طیف بسیار پر دامنه اقداماتی که برای تحقق این حق لازم است، به‌خوبی نشانگر آن است که حق بر سلامت نیازمند همکاری و مساعدت جمعی کشورها است. از این‌ها گذشته، بند ۱ ماده ۲ میثاق، هر یک از دولت‌های عضو را در مورد اتخاذ اقدام‌های انفرادی و از راه مساعدت و همکاری بین‌المللی به‌ویژه از نوع فنی و اقتصادی و استفاده از بیشترین منابع در اختیار خویش به‌منظور دستیابی تدریجی به تحقق کامل حق‌های شناخته شده در میثاق، متعهد می‌داند. تعهد به همکاری بین‌المللی برای تسهیل و هموار ساختن مسیر تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق، در برخی از موارد خاص میثاق (از قبیل مواد ۱۱، ۱۵، ۲۲ و ۲۳) مورد تأکید قرار گرفته است.

کمیته در نظر تفسیری عام مربوط به حق آموزش ابتدایی رایگان، به تبیین بیشتر تعهد بین‌المللی دولت‌ها به همکاری و یاری در تحقق حقوق میثاق پرداخته و از جمله گفته است: «در جایی که دولت عضو، آشکارا فاقد منابع مالی و یا تخصص لازم برای ترسیم و اتخاذ برنامه‌ای تفصیلی است، جامعه بین‌المللی تعهدی روشن به مساعدت دارد». کمیته در این نظر تفسیری، «حداکثر منابع موجود در اختیار» دولت عضو را شامل منابع موجود در داخل کشور و منابع قابل دسترس در جامعه بین‌المللی از راه همکاری و مساعدت بین‌المللی می‌داند.^۱

کمیته مزبور همچنین همکاری بین‌المللی در جهت توسعه و تحقق کامل حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را از همه دولت‌ها خواستار است و در تأیید نظر خود به اعلامیه حق بر توسعه، مصوب ۱۹۸۶ مجمع عمومی، استناد می‌نماید.^۲ کمیته در نهایت به این جمع‌بندی می‌رسد که با «فقدان برنامه‌ای فعال در خصوص مساعدت و همکاری بین‌المللی از ناحیه تمام دولت‌هایی که در وضعیت اجرای آن قرار دارند، تحقق کامل حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بسیاری از کشورها در حد آرزویی برآورده نشده باقی خواهد ماند». بنا بر این، روشن‌ترین تعهد بین‌المللی دولت‌ها در قبال حق بر سلامت، تعهد به همکاری و مساعدت است. طبق ماده ۲۳: «کشورهای طرف این میثاق قبول دارند که تدابیر بین‌المللی به‌منظور تأمین تحقق حقوق شناخته شده در این میثاق شامل انعقاد مقاوله‌نامه، دادن کمک فنی و تشکیل کنفرانس‌های منطقه‌ای با شرکت دولت‌های مربوط را باید مد نظر خود قرار دهند». البته تعهد بین‌المللی دولت‌ها در همکاری با یکدیگر به‌منظور تأمین کامل حق‌های بشری قبل از میثاقین در منشور سازمان ملل متحد نیز بیان

^۱General Comment No. 11, Paras. 12-13.

^۲اصل مزبور بدین‌نحو تکرار شد: «این آرمان که آحاد بشر آزاد و برخوردار از آزادی مدنی و سیاسی و آزادی از ترس و فقر باشند تنها زمانی تحقق می‌یابد که شرایطی ایجاد شوند تا هرکس بتواند از حقوق مدنی و سیاسی خود و نیز حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی خویش برخوردار گردد»، سنگوپتا، آ.، پیشین، ص ۱۸۲-۱۸۱.

^۳General Comment No. 3, Para. 14.

شده است. در این راستا مواد ۵۵ و ۵۶ منشور قابل توجه است^۱ که توضیح آن در بخش اول و همچنین در فصل قبل داده شد.

کمیته در نظر تفسیری عام شماره ۱۴، با اشاره به ماده ۵۶ منشور و مواد خاص میثاق که در بالا گفته شد و همچنین اعلامیه آلماتا در خصوص مراقبت اولیه سلامت، می‌گوید: «دولت‌های عضو باید نقش حیاتی همکاری بین‌المللی را باز شناسند و از التزام خود به اتخاذ اقدامات مشترک و جداگانه در نیل به تحقق کامل حق بر سلامت تبعیت کنند». کمیته در این زمینه مفاد اعلامیه آلماتا را گوشزد می‌کند که اعلام می‌دارد نابرابری بین کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه و نیز در داخل کشورها به لحاظ اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در وضعیت سلامت مردم غیر قابل قبول است و بنابراین، دغدغه مشترک همه کشورها است. کمیته به مواردی از همکاری بین‌المللی برای بهره‌مندی از حق بر سلامت اشاره می‌کند:

- همکاری در ارائه امداد رسانی در بلایای طبیعی و مساعدت بشردوستانه در مواقع اضطراری، از جمله مساعدت به آوارگان و کسانی که در داخل کشور بی‌خانمان شده‌اند: هر دولتی باید با حداکثر ظرفیت و توان خود در این مهم مشارکت کند.

- اولویت در ارائه کمک بین‌المللی پزشکی، توزیع و مدیریت منابعی مثل آب آشامیدنی سالم، غذا و مایحتاج پزشکی و کمک مالی باید به آسیب‌پذیرترین یا به حاشیه رانده شده‌ترین گروه‌های جمعیت داده شود. دولت‌های توسعه یافته اقتصادی، مسئولیت ویژه در مساعدت به کشورهای در حال توسعه دارند.^۲

مبحث ششم: تعهدات سازمان‌های بین‌المللی غیردولتی، کارگزاری‌های تخصصی سازمان ملل و بخش‌های خصوصی در قبال حق بر سلامت

تعهد دولت به حمایت از حقوق بشر مستلزم این نیز می‌باشد که عاملان بین‌المللی غیردولتی نیز حقوق بشر را نقض نکنند. در مورد سلامت نیز دولت‌ها باید قانون یا هر اقدام مقتضی مناسب را که دسترسی به خدمات سلامت درمانی از سوی اشخاص ثالث را ایجاد می‌کند، تصویب و مورد پوشش قرار دهند. لذا سایر عاملان مانند افراد، سازمان‌های بین‌المللی غیردولتی، حرفه‌ای کاران سلامت نیز نسبت به ارتقاء حقوق بشر مسئولیت دارند.^۳

بند ۳ ماده ۱ منشور سازمان ملل اعلام می‌کند که از جمله مقاصد سازمان، «پیشبرد و تشویق احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همگان بدون تمایز از حیث نژاد، جنس، زبان یا مذهب و ...» است. معاهدات حقوق بین‌الملل بشر نیز نقش خاصی برای مجامع سازمان ملل و سازمان‌های تخصصی در ایفای وظایف‌شان در این خصوص قایل هستند. به‌طور مثال از بانک جهانی، صندوق بین‌المللی پول، کارگزاری‌های

^۱. رزمخواه، ن.، پیشین، ص ۱۱۶.

^۲. General Comment No. 14, Para. 40.

^۳. UN (2003), E/CN.4/2003/58, the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Chap. IV, Sect. F.

سازمان ملل از قبیل صندوق کودکان سازمان ملل خواسته شده است به طور مؤثر، با دولت‌های متعهد در اجرای مالی کلیه حقوق همپاری کنند. این همپاری می‌تواند در قالب ارایه یارانه یا اعطای وام از طرف نهادهای مزبور به دولت‌ها صورت پذیرد.

اصلاحات سازمان ملل از طریق دبیرکل در سال‌های ۱۹۹۷، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۵ و نیز رهنمودهای کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، نقش و مسؤولیت‌های سازمان ملل و نهادهای مالی بین‌المللی را از حیث حقوق بشر برجسته کرده است. برای مثال کمیته مزبور یادآوری کرده است که تصویب رویکرد حقوق بشر محور از سوی سازمان‌های تخصصی سازمان ملل، برنامه‌ها و مجامع، اجرای حق بر سلامت را تسهیل می‌کند.^۱ در سال ۲۰۰۳ کارگزاری‌های سازمان ملل درباره «درک مشترک سازمان ملل»^۲ با تأکید بر اینکه تمام برنامه‌های توسعه و مساعدت باید حقوق بشر را تحقق بخشند و با اصول و ضابطه‌های آن هدایت شوند، اقداماتی صورت دادند.^۳ این کارگزاری‌ها به‌ویژه یونسف، برنامه مشترک سازمان ملل درباره ایدز،^۴ صندوق جمعیت سازمان ملل و سازمان جهانی بهداشت، فعالیت خود درباره حق بر سلامت و حقوق بشر را بسیار گسترش داده‌اند.

حمایت و رعایت حقوق بشر به‌طور عام، و حق بر سلامت به‌طور خاص، از وظایف دولت‌ها، اعم از دولت‌های عضو سازمان ملل و غیر عضو محسوب می‌شود و دولت‌ها مکلف به وضع قانون یا سایر اقدامات مقتضی جهت دسترسی برابر به مراقبت‌های سلامت می‌باشند.

در کنار دولت‌ها، کارگزاری‌های تخصصی سازمان ملل و بخش‌های خصوصی و سایرین مانند گزارشگران ویژه و متخصصان امر سلامت در ارتقای حق بر سلامت دارای مسؤولیت می‌باشند.^۵

تجار و بخش‌های خصوصی به‌عنوان تأثیرگذاران بر تحقق و ارتقای حق بر سلامت محسوب می‌گردند. شرکت‌های تجاری محصولات دارویی و تجهیزات پزشکی، به‌نوعی، به‌طور خصوصی اجرای حق بر سلامت را بر عهده دارند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر این تأکید دارد که دولت‌ها باید حمایت خود را با اقداماتی در خصوص مقابله و جلوگیری از آلودگی‌هایی که کارخانجات و شرکت‌های خصوصی ایجاد کنند، به‌عمل آورند. تجار و شرکت‌های خصوصی نیز دارای برخی مسؤولیت‌هایی در قبال نقض حقوق بشر هستند. هر چند این مسؤولیت در مقایسه با مسؤولیت‌های دولت‌ها در قبال نقض حقوق بشر اندک باشد اما در اعتلای حق بر سلامت مؤثر است.

در حال حاضر با توجه به پیشرفت نقش بازرگانان در ارایه خدمات پزشکی و فراهم کردن شرایط برای دستیابی به دارو، به‌خصوص داروهایی برای درمان و پیشگیری از بیماری‌های خاص مانند ایدز، کمسیون

¹.General Comment No. 14.

².United Nations Common Understanding

³.Frequently Asked Questions on a Human Rights-Based Approach to Development Cooperation, United Nations publication, Sales N° E.06.XIV.10, annex II.

⁴.UNAIDS/HIV

⁵.UN (2003), E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2 (norms on the responsibilities of transnational corporations and other business enterprises with regard to human rights)

حقوق بشر و متعاقب آن شورای حقوق بشر به نقش شرکت‌های خصوصی توجه خاصی داشته است. نقش، همکاری، تعهدات و مسؤولیت‌های سازمان‌های غیردولتی، سازمان‌های بین‌دولتی، افراد، جامعه مدنی، و کلیه سازمان‌های دست‌اندرکار از قبیل بانک جهانی، صندوق مالی بین‌المللی و سازمان تجارت جهانی در قبال حق بر سلامت و تأمین آن در بندهای ۴۲ و ۶۴ نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌صراحت مشخص شده است.^۱

در گفتارهای قبل، تعهدات دولت‌ها، قلمرو و ماهیت آن بررسی شد. اکنون این پرسش مطرح می‌شود که چه نهادی ناظر بر عملکرد دولت‌ها نسبت به رعایت و ایفای حق بر سلامت است. این موضوع طی فصل جداگانه‌ای مطرح خواهد شد، در مبحث بعد و طی بندهای آن، به‌طور خلاصه این موضوع بررسی می‌شود.

مبحث هفتم: نظارت بر حق بر سلامت

سازوکارهای پاسخگویی برای تعهدات دولت‌ها نسبت به حق بر سلامت حساس و مهم هستند. این بحث همیشه مطرح بوده است که تعهدات دولت‌ها چگونه مورد نظارت قرار می‌گیرند و چه کسی ناظر بر این امر است. چگونه می‌توان دولت را در صورتی که حق بر سلامت را نقض کرده است، پاسخگو دانست. نظارت بر حق بر سلامت ناظر به «اقدامات و ابزارهای مصوب از سوی جامعه برای سازماندهی خود در مقام حمایت و اعتلای حقوق سلامت مردم» است. بیان این موضوع که همه افراد بشر از حق به‌رمندی از بالاترین معیار دست‌یافتنی سلامت برخوردارند، بسیار زیباست اما اگر هیچ مرجعی برای عملی کردن آن وجود نداشته باشد، موجب می‌شود این حق فاقد معنای واقعی و صرفاً دلگرم‌کننده خواهد بود.^۲

حکومت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی و سایر فعالان سلامت جهانی تنها وقتی می‌توانند گردش کار مؤثر و کارآمد داشته باشند که به نحو احسن اداره شوند و پایبند ارزش‌های جهانی مندرج در مقررات حقوق بین‌الملل بشر باشند.^۳ بهبود امور داخلی و حقوق ملی، بی‌گمان به معنی نادیده گرفتن امتیازات و دستاوردهای جهانی شدن نیست. به بیان دیگر، نیاز مبرم برای نظارت بر سلامت به شدت احساس می‌شود.^۴ نظارت بر سلامت نمی‌تواند جایگزین ضرورت نظارت مطلوب در جوامع ملی شود. در واقع در غیاب نظارت کیفی محلی، ترتیبات منطقه‌ای، بین‌المللی و جهانی محکوم به شکست‌اند یا اثر محدود دارند. از جهاتی، نظارت را باید در زمینه‌ای مناسب استوار کرد و سپس آنرا به شرایط محلی و منطقه‌ای و ... مرتبط ساخت. در جهان امروز، مخاطرات سلامت، فرصت‌ها و ظرفیت اثرگذاری بر عامل‌های سلامت، و نتیجه آنرا نمی‌توان تنها از طریق اقدامات ملی به ثمر رساند، زیرا مهاجرت و رفت و آمد مردم به خارج و افزایش آن، کالاها، خدمات و

^۱.General Comment No. 14, Paras. 42 & 64.

^۲.در این خصوص رجوع شود به: ضیایی بیگدلی، م.، (۱۳۸۶)، بررسی تفصیلی مبادی حقوق بین‌الملل عمومی، جزوه کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، ص ۳۳.

^۳.Gostin, L.O., op.cit., p. xiv.

^۴.Quoted from: Louise Frechette (1998), the first Deputy Secretary-General of the United Nations

ایده‌ها هر یک مشکلاتی را در بردارد. لذا با توجه به اینکه جهانی شدن می‌تواند آثار خاصی بر افراد و جوامع داشته باشد و با عنایت به چالش‌های انسانی که در برابر اعتلا و حمایت سلامت وجود دارند، طرح این مباحث، موجب شد مفهوم نظارت بر سلامت موضوع مهم بحث حقوق بین‌الملل شود. اینکه چرا نظارت بر سلامت جهانی موضوع بحث و مناقشه است، ناشی از آثار خاصی است که جهانی شدن می‌تواند بر افراد و جوامع داشته باشد و چالش‌های انسانی که در برابر اعتلا و حمایت سلامت وجود دارند را بررسی می‌کند.^۱

در بند ۵۵ نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بدین شکل مقرر شده است: «راهبردهای ملی سلامت و برنامه عمل نیز باید بر اساس اصول پاسخگویی، شفافیت و استقلال قضایی باشند. از اینرو نظارت مطلوب بر اجرای مؤثر حقوق بشر، موجب تحقق حق بر سلامت می‌شود...»^۲. از جمله اقدام‌های جهانی در مورد نظارت بر سلامت جهانی جهت اعتلای حقوق مرتبط با آن، تهیه و پیشنهاد طرح کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی است.^۳ این عهدنامه، ایده مهمی برای چاره‌جویی چالش‌های نظارتی سلامت جهانی است.^۴

حامیان این کنوانسیون بر این باور هستند که کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی بهتر می‌تواند حق بر سلامت را از رهگذر درج آن در حقوق ملی و سیاست‌گذاری‌های ملی تأمین کند زیرا پیگیری قضایی و توانمند سازی جامعه برای پیشبرد مقتضیات این حق و به‌ویژه در امر برقراری و گسترش حق بهره‌مندی از سلامت، به‌مثابه محور نظارت بر سلامت جهانی امر بسیار ضروری و حیاتی است. کوشش‌هایی در جهت توسعه و اثرگذاری بر حق بر سلامت از طریق اجرای کنوانسیون مبنای انجام شده است.

حقوق بشر، مبنای توجه، عمل و حمایت این کنوانسیون است. با اعمال حقوق بشر به‌مثابه مبنای وسیله توسعه، اجرای این کنوانسیون و چارچوب و ضوابط تحول یافته آن، می‌تواند موجب اصلاح و تکمیل سازوکارهای نظارت بر سلامت جهانی شوند و کنوانسیون پایه و حقوق بشر، مجموعاً می‌تواند پایه هنجاری تثبیت و تقویت شده متقابل و پاسخگویی نظارت بر سلامت جهانی باشند.^۵ از طرفی «کار اقدام مشترک و

^۱. Dodgson, R., Lee, K., and Drager, N. (2002), Global Health Governance A Conceptual Review, Joint Centre on Global Change & Health London School of Hygiene & Tropical Medicine, Dept of Health & Development World Health Organization, pp. 5-6.

^۲. The national health strategy and plan of action should also be based on the principles of accountability, transparency and independence of the judiciary, since good governance is essential to the effective implementation of all human rights, including the realization of the right to health, General Comment No. 14, Paras. 55, p. 19.

^۳. Framework Convention on Global Health (FCGH)

^۴. در این خصوص رجوع شود به:

Edge, J., Liu, Ch., eds. (2011), *Framework Convention on Global Health*, in Steven J. Hoffman (ed), Student voices 2: Assessing Proposals for Global Health Governance Reform, in Chapter 10, Hamilton, Canada: McMaster Health Forum 2011, p. 129, retrieved from <http://www.mcmasterhealthforum.org>, Last visited (5.4.2016). ; Gostin, L.O. (2007), A Proposal for a Framework Convention on Global Health, *Journal of International Economic Law* Volume 10, Issue 4, p. 989.

^۵. Gable, L., Mason Meier, B., eds. (2013), *Global Health Rights: Employing Human Rights to Develop and Implement the Framework Convention on Global Health*, Health and Human Rights Volume 15, no. 1, p. 17.

طرح فراگیر در خصوص مسئولیت جهانی و ملی سلامت^۱ نیز در حمایت از طرح کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی، مؤید تلاش گسترده برای غلبه بر چالش‌های نظارت بر سلامت جهانی است. در حقیقت هدف این «اقدام مشترک» طراحی و تدوین کنوانسیون چارچوب سلامت جهانی است. پس نظارت بر اعمال دولت و پاسخگو دانستن دولت‌ها در سطح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی مطرح، و شامل عامل‌های مختلفی از قبیل خود دولت، سازمان‌های غیردولتی، نهادهای حقوق بشر ملی، سازوکارهای سیاسی، اداری و اجرایی است. این سازوکارها تکمیلی بوده و در کنار سازوکارهای قضایی پاسخگویی قرار دارند. به‌طور مثال توسعه راهبرد یا سیاست سلامت ملی در مورد برنامه‌های کار و بودجه مشارکتی، نقش مهمی در تأمین پاسخگویی دولت دارند. در گفتارهای بعد به توضیح فراز اخیر پرداخته می‌شود.

گفتار اول: حمایت بین‌المللی

پای‌بندی دولت‌ها به تعهدات مقرر در معاهدات، در اجرای حقوق بشر از طریق کمیته‌های پیش‌بینی شده معاهدات گوناگون، مورد نظارت قرار می‌گیرد. اعضای این کمیته‌ها، نه به‌عنوان نماینده دولت، بلکه به‌عنوان متخصص، ایفای وظیفه می‌کنند. کشورهای متعاقد موظف به ارائه گزارش‌های دوره‌ای خود به مؤسسه ناظر بر معاهده هستند. محتوای آن اقداماتی است که متخصص‌ها برای اجرای وظایف‌شان انجام داده‌اند، و نیز رسیدگی به مشکلات موجود است. گزارش‌ها در حضور نمایندگان از کشورهای مربوطه مورد بررسی کمیته‌های مرتبط در هر معاهده قرار می‌گیرد. کمیته‌ها، از طریق سازمان‌های بین‌المللی غیردولتی نیز، در رابطه با پایبندی کشورها به معاهدات کسب اطلاع می‌کنند که در صورت مورد سؤال قرار گرفتن نماینده کشورها، مورد استفاده اعضای کمیته واقع می‌شود.

اگر اعضای تدوین‌کننده معاهده‌ای، ایرادی قوی در عملکرد کشوری ببینند یا بر آن باشند که آن کشور به وظایف خود طبق معاهده عمل نکرده، ممکن است توجه به سازوکارهایی معطوف شود تا اجرای این تعهدات در جایی که سلامت مطرح است، تضمین شود. افزون بر هیأت پیش‌بینی شده در معاهدات، در سازمان ملل نیز نهادهایی وجود دارد که تحت منشور سازمان ملل تأسیس شده و امکاناتی را برای افشای بی‌عدالتی در نادیده انگاشتن حق بر سلامت فراهم می‌کند. لذا در این میان نقش روزافزون و بسیار با ارزش سازمان‌های بین‌المللی غیردولتی، سازمان‌های مردم‌نهاد و همکاری آن‌ها با کارگزاری‌های سازمان ملل در حمایت و توسعه سلامت به‌عنوان یک حق بشری درخور توجه است. به‌همین دلیل بود که سازمان ملل متحد در فوریه سال ۱۹۹۴ نخستین کمیسر عالی حقوق بشر در مورد سلامت را منصوب کرد.

کمیته علیه شکنجه توجه بسیاری به حق بر سلامت در بازداشت‌گاه‌ها شامل مؤسسات روانی و بازپروری قربانیان شکنجه و خشونت جنسی معمول می‌کنند. علاوه بر این، کمیته حقوق بشر تحت عنوان «اقدامات

¹The Work of the Joint Action and Learning Initiative on National and Global Responsibilities for Health (JALI)

ویژه»، کمیته رفع تبعیض نژادی، کمیته رفع تبعیض علیه زنان، کمیته کارگران مهاجر، کمیته معلولان و کمیته اشخاص ناپدید شده اجباری، سازوکار شکایت انفرادی دارند.

کمیته حقوق کودک و کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، سازوکار شکایت انفرادی نداشته و بر اساس گزارش‌دهی به کمیته است. اما در سال ۲۰۰۷ سازمان ملل پیش‌نویس پروتکلی در مورد میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آغاز نمود. این پیش‌نویس شکایت راجع به همه جنبه‌های حقوق سلامت را اجازه می‌دهد. علاوه بر حمایت بین‌المللی، وجود کنوانسیون‌های منطقه‌ای و حمایت‌های ملی و سازوکار قضایی نیز موجب اقدام مقتضی خواهد شد.

گفتار دوم: حمایت منطقه‌ای

گاهی در سطح منطقه‌ای برای حمایت و گسترش سلامت، امکاناتی است که لزوماً در سطح بین‌المللی موجود نیست. نزدیکی جغرافیایی، تشابه فرهنگی و وابستگی اقتصادی، جملگی می‌توانند بر توسعه منطقه‌ای و اعمال معیارهای حقوق بشر در مورد سلامت به کار گرفته شود. طرفداران این امر مدتی است که از نظام‌های منطقه‌ای حقوق بشر برای تثبیت قانون‌مندی حق بر سلامت در فرهنگ‌های منطقه‌ای استفاده کرده‌اند و با کمک و یاری چنین نظام‌هایی، اقدامات بسیاری برای توسعه و حمایت از سلامت میسر است. برخی از سیستم‌های منطقه‌ای، نهادهای ویژه برای رسیدگی به حق بر سلامت دارند که برای توسعه حق بر سلامت، امکانات بسیار عالی فراهم می‌کنند. به‌عنوان مثال کمیسیون بین‌آمریکایی حقوق بشر، درمان‌های مناسبی برای افراد مبتلا به ایدز فراهم کرده است. در سال ۲۰۰۱ این کمیسیون ادعای ۲۷ نفر مبتلا به ایدز را بررسی و اعلام کرد که پروتکل سان سالوادور تعهدات خود را در رابطه با حق بر سلامت و سایر حقوق مرتبط، به‌خوبی انجام نداده است.

گفتار سوم: حمایت ملی

اصولاً هر حقی در نقطه مقابل خود تکلیفی را خواهد یافت. نقض تکلیف، مسؤولیت متعهد در قبال ذی‌حق را در پی خواهد داشت. از آنجا که حق بر سلامت علاوه بر استقرار در حقوق ملی، در نظام حقوق بین‌الملل نیز مقام یافته است، نقض این حق توسط دولت، به موجب ماده ۱ طرح کمیسیون حقوق بین‌الملل، مسؤولیت بین‌المللی دولت را از جمله در قبال شهروندان خویش و بعضاً در قبال شهروندان دولت‌های دیگر به دنبال دارد.^۱

نهادهای ملی حامی حقوق بشر، سازوکارهای مهم داخلی برای ارتقاء حقوق بشر هستند. وظیفه آن‌ها عبارت از پیشنهاد سیاست‌گذاری، اصلاح قوانین و نیز تصویب و اجرای معاهدات حقوق بین‌الملل بشر است.

^۱ در این خصوص رجوع شود به: کمیسیون حقوق بین‌الملل سازمان ملل متحد (۲۰۰۹)، *مسؤولیت بین‌المللی دولت: متن و شرح مواد کمیسیون حقوق بین‌الملل*، ترجمه: علیرضا ابراهیم گل (۱۳۸۸)، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ص ۲۵.

این حمایت، رهنمودهای متصدیان سلامت، آموزش مرتبط با سلامت و به‌کارگیری افراد حرفه‌ای مسئولیت‌پذیر را اقتضا می‌نماید. این قسمت از سه جهت رهنمودهای اخلاقی، آموزش و تعلیم، تقویت مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای بررسی می‌شود.

بند اول: رهنمودهای اخلاقی

خصلت مشترکی که اغلب به عاملین یک حرفه خاص نسبت داده می‌شود، لزوم مواجهه آن با مسایل اخلاقی و حل آن‌ها است. مسئولی که از سطوح «متمایز» اخلاق خرد (اخلاق فرد با فرد) و اخلاق کلان (اخلاق گروه با گروه و گروه با فرد) آگاه است، در مقایسه با همکاران نامطلع خود، با مسایل اخلاقی بیشتری در کار خویش مواجه است. رویکرد از موضع بالا که ممکن است در برخورد متخصصین سلامت با بیماران وجود داشته باشد، از جمله مسایل اخلاقی خرد است.

مجموعه قوانین اخلاقی اغلب با سهولت و توفیق بیشتری مسایل اخلاقی خرد، من جمله جلب رضایت بیمار برای درمان یا رازداری را حل می‌کنند. با این وصف، هنوز برخی از مجموعه‌های سنتی قوانین اخلاق حرفه‌ای، بر این فرض مبتنی هستند که حفاظت و بازیابی سلامت از اولویت بیشتری برخوردار است تا تصمیم خودمختار، که ممکن است بر خلاف اقدامات اساسی باشد.

مسئولین سلامت که شعار اصلی آن‌ها آسیب نرساندن است، زمانی که در خدمت بیماران قرار می‌گیرند و انتخاب‌های آن‌ها از نظر متخصصین صحیح نیست، دچار چالش می‌شوند. اخلاق و حقوق بشر می‌توانند رفتاری را مقرر کنند که فراتر از نص قانون یا حداقل معیارهای حقوقی باشد. توسعه هدایت اخلاقی برای پیشبرد و حمایت از سلامت شاید به‌عنوان قدم اول، خلاقیت محسوب شود، اما گنجاندن آن در یک مجموعه قوانین اخلاقی برای تضمین رعایت عملکرد اخلاقی یا حقوق بشری از سوی متخصصان امر سلامت کافی نیست. آموزش، تعلیم و سازوکارهای گسترش مسئولیت حرفه‌ای، همگی لازم هستند.

بند دوم: آموزش و تعلیم

نوع عملکردی که دانشجویان حرفه‌های مربوط به سلامت در طول تحصیل با آن مواجه می‌شوند، رعایت قواعد اخلاقی را در ایشان تقویت می‌کند. آموزش در رشته‌ای که به حرفه‌های سلامت مربوط است، انتقال حساسیت و مسئولیت اخلاقی نسبت به بیماران و خود حرفه را علاوه بر تعلیم مهارت‌ها و فنون می‌طلبد. همین که مؤسسات آموزشی و مراکز حرفه‌ای با رعایت اخلاق، دانشجویان را از هر دو جنس یا از میان اقلیت‌ها انتخاب می‌کنند، خود موضوع مهمی است. آگاهی از حقوق بشر بیماران، باید از جنبه نظری و عملی و با هدف توجه به سطح عملکرد بالینی و خدمت‌رسانی به جامعه تعلیم داده شود.

بند سوم: تقویت مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای

سازمان‌های متشکل از افرادی که حرفه آن‌ها در پیوند با سلامت است باید در تضمین اینکه اعضایشان از اطلاعات کافی از مسایل خاص فیزیولوژیک، روان‌شناختی و اجتماعی سلامت بیمار برخوردارند و با بیماران

در خور شرایطشان رفتار می‌کنند، گام‌هایی بردارند. سازمان‌ها باید اعضایشان را به گونه‌ای آماده کنند که برای رعایت معیارهای حقوق بشر آماده و ناظر آموزش اعضا در زمینه آن اصولی از حقوق بشر باشند که به سلامت مربوط است و در صورت عدم توفیق، اعضا را مسئول اعمال خود بدانند. لازم است سازمان‌های صادر کننده مجوز حرفه‌ای و نهادهای نظارتی، از نهادهای صلاحیتی، که اعضای آن‌ها افراد حرفه‌ای در زمینه‌های گوناگون حفظ سلامت با علائق مشترک در امور آموزش حرفه‌ای، حفاظت و توسعه هستند، تمایز داده شوند. نهادهای نظارتی برای تقویت مسئولیت حرفه‌ای، اختیار قانونی اقدام کیفری برای اثبات جرم دارند. مؤسسات داوطلب، می‌توانند برای بررسی ادامه عضویت فرد، دادگاه انتظامی تشکیل دهند اما صلاحیت آنان در حد صلاحیتی است که اعضا برای آنان قایل شده‌اند. چنین مؤسساتی می‌توانند اعضا را به لحاظ عملکردشان، معلق یا اخراج کنند، و حتی در صورت ادامه این روند، مجوز فعالیت این مؤسسات به‌عنوان اشخاص حرفه‌ای دارای مجوز، باطل می‌شود. با این وصف، صرف نظر از اینکه عضویت، شرط قانونی کار حرفه‌ای است، تصمیم داوطلبانه در جهت پیوستن به اهداف همکاران و «مؤسسات داوطلبانه» می‌تواند با تکیه بر اصول حقوق بشر، قدرت بیشتری بیابد.^۱

بند چهارم: سازوکارهای حقوقی

برخی از اقدامات بسیار مهم مربوط به اجرای سیاست‌ها، تدارک سازوکار برای نظام حقوقی ملی است. چنین سازوکارهایی باید راه‌های علاجی برای افراد در صورت نقض حق بر سلامت‌شان فراهم کنند. تصویب اسناد بین‌المللی راجع به حق بر سلامت در حقوق داخلی می‌تواند قلمرو کارآیی اقدامات جبرانی را تقویت کند. در این راستا، دادگاه‌ها می‌توانند موارد تخلف از مقررات را با استناد مستقیم به میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد رسیدگی قرار دهند. دادگاه‌های داخلی از جمله دیوان عالی، پرونده‌های حق بر سلامت را مورد رسیدگی قرار می‌دهند. به‌طور مثال در آرژانتین، دیوان عالی حکم داد که دولت باید داروهای خاصی را که برای اشخاص مبتلا به ایدز مفید است، تأمین کند. دیوان عالی آفریقای جنوبی در دسامبر ۲۰۰۱ رأی داد که محدودیت‌های دولت در مورد درمان بیماری ایدز نامعقول است. پس از اعتراض در ژوئیه ۲۰۰۲ دادگاه قانون اساسی، تصمیم پروتوریا را مبنی بر اینکه سیاست حکومت منطبق با تعهدات قانون اساسی از حیث دسترسی به سلامت درمان به شیوه متعارف نبوده است، تأیید کرد.^۲

^۱ فلاحی، ف.، پیشین، ص ۱۴۱-۱۳۳.

^۲ در این خصوص رجوع شود به:

Heywood, M. (2003) Preventing Mother-to-Child HIV Transmission in South Africa: Background, Strategies and Outcomes, Treatment Action Campaign's case against the Minister of Health, South African Journal of Human Rights Volume 19, part 2, p. 278, retrieved from <http://www.tac.org>, Last visited (4.4.2016)

نتیجه گیری

سلامت فردی، به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های کرامت انسان محسوب می‌شود. از اینرو حق بر سلامت، به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. آنگونه که توضیح داده شد، تعداد قابل توجهی از اسناد جهانی، بین‌المللی، منطقه‌ای و ملی حقوق بشری، حق بر سلامت را به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری به رسمیت شناخته‌اند. از آنجایی که بهره‌مندی از بالاترین معیار قابل حصول سلامت، یکی از حق‌های بنیادی هر انسانی شناخته شده است و تأکید گردیده است که سلامت ملت‌ها، جهت دستیابی به صلح و امنیت، اهمیت بنیادی دارد؛ لذا دولت‌ها در قبال ارتقای حق بر سلامت، تعهداتی بر عهده دارند که این تعهدات نظیر هر حق بشری، دارای سه بعد؛ تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به ایفاء است. شایان ذکر است که حق بر سلامت، حقی جهان‌شمول محسوب می‌گردد و وظیفه تمام دولت‌هاست که جهت ارتقای این حق چه در خصوص شهروندان خود و چه غیر آن‌ها، گام بردارند. و از آنجا که دستیابی به حقوق جهانی سلامت مستلزم به رسمیت شناختن حق بر سلامت است لذا ایفای تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامت موجب اعتلا و ارتقای حقوق جهانی سلامت خواهد شد. در نهایت و در تکمیل مباحث پیش گفته، آنچه از عبارت‌های بند ۱ ماده ۲ بر می‌آید آن است که کشورهای عضو، موظف به اتخاذ اقدام‌هایی برای تحقق کامل حق بر سلامت هستند. بنابراین تعهد فوری و مستقیم بر دوش دولت‌های عضو قرار گرفته است. اجرای تعهدات ناشی از میثاق در خصوص حق بر سلامت، بدون هر نوع قید و شرط و فوراً باید صورت گیرد. به عبارت دیگر، اصل تعهد به اتخاذ اقدامات، «مقید یا محدود به ملاحظات دیگر» نشده است. دولت‌های عضو نمی‌توانند به بهانه وجود مشکلات و ملاحظات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در اجرای تعهدات مزبور قصور نمایند.

نتیجه‌گیری نهایی و پیشنهادات

توجه به مقوله سلامت، بهداشت و درمان نقش مهمی در سیاست‌گذاری‌های دولت برای رفاه و سعادت شهروندان خود ایفا کرده و در واقع تعیین کننده موقعیت اقتصادی و اجتماعی کشور می‌باشد. امروزه در اکثر کشورها از بخش سلامت و درمان علاوه بر رعایت معیارهای لازم سلامت و تندرستی، انتظارات تولیدی، فراهم‌آوری فرصت‌های شغلی، کسب درآمد و از این قبیل امور را نیز دارند. در یک نظام کارآمد اقتصادی و اجتماعی، توجه داشتن به اصول اولیه، رفع نیازهای اساسی و اصلاح زیرساخت‌های آموزشی و سلامت جامعه، جزء وظایف اساسی دولت و مسئولین اجرایی آن نظام محسوب شده و در این راستا ارائه برنامه‌های پیشنهادی در زمینه ریشه‌کن کردن فقر اقتصادی و اجتماعی و از میان بردن نابرابری‌ها و تفاوت‌های منطقه‌ای در داخل کشور ضروری به‌نظر رسیده و موجب ارتقای سلامت می‌گردد. ارتقای سلامت، شرایط زندگی و کار را به‌صورتی ایمن، محرک، راضی‌کننده و لذت بخش تبدیل می‌کند.

جوامع به‌هم وابسته هستند. و آنگونه که این بررسی نشان داد، سلامت نمی‌تواند از دیگر اهداف مورد نظر در هر جامعه‌ای جدا باشد. وجود اسناد و مقررات مرتبط در خصوص سلامت، نشان می‌دهد رویکرد به سلامت، رویکرد حق‌محورانه است. حق بر سلامت یک حق بشری است. حق بر سلامت و حقوق بشر، رویکردهای مکمل برای مسأله حیاتی تعریف و پیشرفت رفاه عمومی است. از اینرو، حقوق سلامت عمومی و حقوق بشر همخوان و همسو هستند. حقوق سلامت عمومی امر بسیار نافذ و تأثیرگذار است که با اعتلای حقوق بشر و حمایت از شأن ذاتی انسان همراه است.

اعلامیه و برنامه عمل وین، که در سال ۱۹۹۳ پذیرفته شد، تأکید نمود که «همه حقوق بشر، جهان‌شمول، غیر قابل تجزیه، دارای وابستگی درونی و به‌هم مرتبط هستند». کنفرانس جهانی حقوق بشر تعهدات رسمی تمام دولت‌ها را به‌منظور اجرای تعهداتشان در جهت «ارتقاء احترام جهانی به حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین برای همه و اجرا و حمایت از آن‌ها بر طبق منشور ملل متحد، دیگر اسناد مربوط به حقوق بشر و حقوق بین‌الملل» را مورد تأیید قرار می‌دهد.

وظیفه دولت در این میان، حراست و حفاظت از چنین حقی با برقراری نظام اقتصادی و اجتماعی است که خود فرد با تلاش و صرف ظرفیت‌ها و امکانات خود، بتواند نیازهای اساسی خود را تأمین کند. چون کرامت و استقلال فرد که مبنای کلی نظام حقوق بشر است، اقتضا می‌کند دست نیاز به‌سوی دیگران از جمله دولت دراز نکند. سرپیچی دولت‌ها از تعهدات خود، نقض حقوق بشر است که قابل بازخواست از سوی آحاد مردم جامعه می‌باشد. و با نقض برخی اصول بنیادین حقوق بشر نمی‌توان به دنبال تضمین اجرای سایر اصول بنیادین حقوق بشری بود. لذا استفاده از طرح دعاوی راهبردی موجب پاسخگویی دولت‌ها شده و همچنین موجب می‌شود تغییراتی در نظام سلامت پدید آید.

دولت در مقابل شهروندان خود وفق میثاقین ۱۹۶۶ متعهد به تأمین، تضمین، احترام و ایفای حق بر سلامت است. میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، به‌طور وسیع سند محوری حمایت از حق بر سلامت است. میثاق مزبور عمده‌ترین سند الزام‌آور بین‌المللی است که توجیه حقوق بین‌الملل در دفاع از حقوق مندرج در خود را به تفصیل مقرر کرده است. وجود چنین پشتوانه غنی معاهده‌ای در حمایت از حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، جایگاه ویژه‌ای به این دسته از حقوق در گفتمان حقوق بین‌الملل بشر داده است.

حمایت از افراد در قبال دولت‌های متبوع آن‌ها، از طریق به‌رسمیت شناختن حقوق افراد، از جمله مسائلی است که رفته رفته به یک الزام حقوقی، تبدیل شده است. آنگونه که مطرح شد، علاوه بر آنچه در مقدمه منشور سازمان ملل متحد در خصوص ایمان به حقوق اساسی بشر و حیثیت و کرامت ذاتی انسان مطرح شده است، ارتقاء حقوق بشر در بند ۳ ماده ۱ منشور به‌عنوان یکی از اهداف سازمان ملل به‌صورت: «حصول همکاری بین‌المللی ... در پیشبرد و تشویق احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همه بدون تمایز از حیث نژاد، جنس و مذهب» درج گردیده است. برای نیل به این هدف، هم سازمان ملل متحد (ماده ۵۵ منشور) و هم اعضای آن (ماده ۵۶ منشور) متعهد هستند که معیارهای زندگی مطلوب را به‌منظور تضمین احترام جهانی و رعایت حقوق بشر ارتقاء دهند.

سازمان ملل متحد به‌منظور ایجاد تعهدات حقوقی لازم‌الاجرا در زمینه اصول بنیادین حقوق بشر، گام اساسی در تدوین میثاقین (میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) برداشت. این دو میثاق با الگو برداری از اعلامیه جهانی حقوق بشر، تعهدات مختلفی را در خصوص اجرای اصول بنیادین حقوق بشر بر دولت‌های عضو خود تحمیل نموده‌اند.

حق به معنای مضیق، همان حق - ادعا است که لازمه آن وجود وظیفه یا تعهد در طرف دیگر است. حقوق بشر معاصر، نظامی هنجاری است که متضمن حق‌های افراد در برابر دولت است. کارکرد اصلی این نظام هنجاری، محدود کردن قدرت دولت در برابر افراد است. علیرغم اینکه نمی‌توان مدعی شد که حقوق بشر در روابط بین افراد مطرح نیست، اما فضای غالب در گفتمان حقوق بشر، فضای تضمین حق‌های افراد در برابر دولت است. فضایی که دولت را متعهد به تضمین حق‌ها می‌داند. به همین دلیل، ادبیات حاکم بر اسناد بین‌المللی حقوق بشر در رابطه با دولت‌ها، ادبیاتی تعهد مدار است. به‌عنوان مثال، طبق بند اول ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی: «هر کشور عضو میثاق، متعهد شده است با سعی و اهتمام خود ... و با استفاده از حداکثر منابع موجود به تأمین و تحقق تدریجی حقوق شناخته شده در میثاق با کلیه وسایل مقتضی به‌خصوص از طریق قانونگذاری اقدام نماید». مفهوم تحقق تدریجی، رکن اصلی کل میثاق است و تعهدات دولت‌های عضو حول آن می‌گردد. اکثر حقوق مندرج در میثاق تا حد زیادی به وجود و دسترسی به منابع متکی‌اند و این موضوع در مفهوم تحقق تدریجی نهفته است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند اول نظر تفسیری عام شماره ۳ در مورد ماهیت تعهدات دولت‌های عضو میثاق

می‌گوید: «ماده ۲ برای درک کامل میثاق اهمیت اساسی دارد و باید بین آن و سایر مواد میثاق رابطه‌ای پویا برقرار کرد. این ماده، ماهیت تعهدات قانونی دولت‌ها به موجب میثاق را شرح می‌دهد».

کمیته معتقد است که کاربرد عبارت «تحقق تدریجی» نشانگر شناسایی این مطلب است که تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق در مدت زمان کوتاه ممکن نیست. در عین حال قید چنین مفهومی بدین معنی نیست که میثاق باید به گونه‌ای تفسیر شود که تعهدات مندرج در آن فاقد اهمیت هنجاری شود. این مفهوم باید در پرتو هدف کلی و در واقع علت وجودی میثاق یعنی ایجاد تعهدات روشن و مشخص برای دولت‌های عضو در ارتباط با تحقق کامل این حقوق مورد توجه قرار گیرد. بنابراین تعهدی فوری به حرکت سریع و موثر به سمت آرمان‌های شریف انسانی مندرج در میثاق وجود دارد. میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، تعهدات دولت‌های عضو را به نحو دیگری مطرح نموده است. طبق بند اول ماده ۲ میثاق: «کشورهای طرف میثاق، متعهد می‌شوند که حقوق شناخته شده در این میثاق را درباره کلیه افراد مقیم در قلمرو و تابع حاکمیتشان بدون هیچ گونه تمایزی ... محترم شمرده و تضمین کنند». بدین ترتیب، میثاق کشورهای عضو را بدون قید «امکانات موجود» به تضمین حق‌های مطرح شده در خود مکلف می‌سازد که از این به معنای تعهد به نتیجه فوری برداشت شده است. این موضوع در نظر تفسیری عام شماره ۳۱ کمیته حقوق بشر نیز آورده شده است. با توجه به ادبیات هر دو میثاق، مشخص می‌شود که ماهیت تعهدات دولت‌ها در برابر دو دسته حق‌های متفاوت، فرق دارد. از آنجایی که ماهیت حق‌های اقتصادی و اجتماعی به گونه‌ای است که دخالت مثبت دولت در تهیه امکانات مادی را می‌طلبد، طبعاً می‌توان تصور کرد که گاه دولت با محدودیت‌هایی در این زمینه مواجه باشد. اما حق‌های مدنی و سیاسی به گونه‌ای هستند که تحقق آن‌ها با عدم مداخله غیر موجه دولت امکانپذیر است. بنابراین مقید کردن آن‌ها به قید امکانات موجود ناموجه خواهد بود.

این امر به خوبی روشن است که صرف اعلام، تأکید و تأیید حقوق بشر برای تحقق آن حق‌ها کافی نیست. بلکه تعهدات لازم‌الاجرا شده در مورد آن‌ها باید به مرحله اجرا و انجام برسد. بر این اساس در هر دو میثاق از دولت‌ها خواسته شده است با اتخاذ اقدامات مناسب، به اجرای تعهدات خود در زمینه حقوق بشر بپردازند. بند اول ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از عبارت «کلیه وسایل مقتضی» و بند دوم ماده ۲ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی از عبارت «اتخاذ تدابیر قانونگذاری و غیر آن» برای بیان نحوه اجرای ملی تعهدات ناشی از میثاقین استفاده نموده‌اند.

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند هشت نظر تفسیری عام شماره ۳ به این نکته توجه داشته است: «سعی و اهتمام با کلیه وسایل مقتضی برای اجرای تعهدات، به‌خصوص از طریق تصویب قانون، مانع از اعمال سایر شیوه‌های مناسب به‌منظور نیل به اهداف مطرح شده در میثاق نمی‌شود». در نتیجه دولت‌ها می‌توانند به صلاحدید خود اقدام به اتخاذ اقدامات مناسب با وضعیتشان نمایند. البته یکی از تدابیر مناسب برای تحقق حقوق مندرج در میثاق، قانونگذاری است. به باور برخی حقوقدانان، قانونگذاری به موجب میثاق الزام‌آور نیست و در صلاحدید دولت است که در مورد نیاز یا بی‌نیازی به تصویب چنین قانونی

تصمیم‌گیری کند. اما این امر با توجه به بند اول ماده ۲ میثاق که ابزار قانونگذاری را یکی از ابزارهای دولت‌های عضو در تحقق حقوق مندرج در میثاق دانسته و در کنار آن، در ماده ۴ میثاق که مقرر داشته: «کشورهای طرف این میثاق معترفند که در تمتع از حقوقی که مطابق این میثاق در هر کشوری مقرر می‌شود، آن کشور نمی‌تواند حقوق مزبور را تابع محدودیت‌هایی جز به موجب قانون بنماید و آنهم فقط تا حدودی که با ماهیت این حقوق سازگار بوده و منظور آن منحصرًا توسعه رفاه عامه در یک جامعه دموکراتیک باشد» در تناقض است.

کمیته حقوق بشر نیز در بند هفتم نظر تفسیری عام شماره ۳ خود نیز به موضوع شیوه اجرای تعهدات ناشی از میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی توجه داشته است: «اقدامات مناسبی که در ماده ۲ برای اجرای تعهد توسط دولت‌های عضو مقرر شده است، می‌تواند شامل تصویب قانون، اقدامات اجرایی و قضایی (اقامه‌پذیری دعوا در خصوص نقض حقوق مطرح شده در میثاق) باشد». علاوه بر آنچه بیان شد، تحلیلی سه وجهی از تعهدات حقوق بشری که به‌ویژه در ادبیات حق‌های رفاهی جایگاه مناسبی یافته، نیز مطرح شده است. این چارچوب کلی شامل تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به ایفای حقوق بشر است. در تعهد به احترام، دولت موظف به اجتناب از مداخله در آزادی شهروندان شده است. در تعهد به حمایت، دولت مکلف به بازداشتن دیگران از مداخله در حقوق سایر اعضای جامعه بوده و در تعهد به ایفاء، ملزم به انجام اقدامات ضروری در تأمین محتوای حق است. در کنار این ابعاد تعهدات، تعهد به مساعدت و همکاری بین‌المللی نیاز دارای اهمیت و قابل توجه است. حاصل این مباحث این است که اصل تعهد فوری و مستقیم دولت‌ها به اتخاذ اقدامات عینی، سنجیده، ملموس و هدف‌دار برای تحقق حقوق سلامت (در معنای اعم) و حقوق جهانی سلامت، در اسناد مزبور، مقید یا محدود به ملاحظات دیگر نشده است. و بر طبق بند چهارده نظر تفسیری عام شماره ۳۱ کمیته حقوق بشر این است که: «اجرای تعهدات ناشی از میثاق، بدون هر نوع قید و شرط و فوراً باید صورت گیرد. دولت‌های عضو نمی‌توانند به بهانه وجود مشکلات و ملاحظات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در اجرای تعهدات مزبور قصور نمایند».

از جمله اقدامات مهم، شاخص و ضروری که هر دولت باید همواره انجام دهد، این است که با برقراری نظام درست مراقبت سلامت و بهداشت و نظارت بر عملکرد صحیح آن‌ها، کالاها و خدمات اساسی سلامت که تعهدات محوری حق بر سلامت را تشکیل می‌دهند، توصیف کند. باید گفت دستیابی به درک مشترک در تمام سطوح از مفهوم و اهمیت حق بر سلامت در اعتلای حقوق جهانی سلامت مثمرتر خواهد بود. و این مفید بودن با حضور عاملان غیردولتی، شرکت‌های چند ملیتی مانند شرکت‌های بیمه و ... بیشتر خواهد شد. یکی از این سطوح مهم، با توجه به ضرورت حصول همکاری بین‌المللی در حل مسایل بین‌المللی واجد جنبه بشردوستانه مندرج در منشور سازمان ملل، توجه ویژه به حق بر سلامت و حقوق بشردوستانه است که این توجه به گسترش حقوق بین‌الملل بشردوستانه و حقوق جهانی سلامت و حفظ شأن و کرامت ذاتی انسان کمک بسیار زیادی خواهد کرد.

لذا از آنجا که شناسایی حیثیت ذاتی کلیه اعضای خانواده بشری و حقوق یکسان و انتقال ناپذیر آنان، اساس عدالت و صلح در جهان را تشکیل می‌دهد و از آنجا که عدم شناسایی و تحقیر حقوق بشر منتهی به اعمال وحشیانه‌ای گردیده است که روح بشریت را به عصیان واداشته و اساساً حقوق انسان باید با اجرای قانون حمایت شود، دولت‌ها به منظور احترام جهانی و رعایت واقعی حقوق بشر و آزادی‌های اساسی باید با سازمان ملل متحد همکاری و در راستای تحقق اصول و اهداف مندرج در منشور سازمان ملل، به تعهدات خود عمل نموده و با حسن تفاهم مشترک به تحقق کامل حقوق جهانی سلامت اهمیت داده و باید از رفتارهای مداخله‌گرانه و عملکردهای تبعیض‌آمیز خودداری کنند. در حقیقت دولت‌ها نباید در برخورداری از این حق، موانع و محدودیت‌هایی برای افراد یا دسته‌ای از افراد ایجاد کنند. حق بر سلامت از همان بدو پیدایش بشر به وجود آمده و جهانی می‌باشد و مبانی آن، یعنی شأن و کرامت انسان، شکل گرفته است، پس تعامل همه دولت‌ها در این خصوص ضروری است. و در نهایت تأکید می‌گردد در نظام حقوق بین‌الملل مبتنی بر منشور ملل متحد، اصل «همکاری بین‌المللی در حل مسائل بین‌المللی دارای خصلت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، یا بشردوستانه» و تشریک مساعی در ارتقاء و پیشبرد «معیارهای بالاتر زندگی، اشتغال کامل، شرایط پیشرفت و توسعه اقتصادی و اجتماعی» و «حل مسایل بین‌المللی اقتصادی، اجتماعی، سلامت و مسایل مربوط به آن‌ها و همکاری بین‌المللی و فرهنگی و آموزش» سنگ بنای این نظام و «مرکز ثقل منشور» را تشکیل می‌دهد.

فهرست منابع

۱- منابع فارسی

الف: کتاب‌ها

۱. ابراهیمی، م. (۱۳۹۲)، *امنیت انسانی و حقوق بشر*، تهران: نشر پژوهشکده باقرالعلوم.
۲. اسکچیج، دی. جی. (۲۰۰۹)، *حقوق، اخلاق و پزشکی: مطالعه در حقوق پزشکی*، ترجمه: محمود عباسی (۱۳۸۸)، بهرام مشایخی، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا.
۳. ابو جعفر محمد بن علی بن حسین بن موسی بن بابویه قمی (معروف به شیخ صدوق) (۱۳۶۲)، *جلد اول، النخصال*، قم: جامعه مدرسین.
۴. ابویی مهریزی، م. (۱۳۹۳)، *روابط بین‌الملل سالم: تلاش برای تطبیق نظری و عملی دو حوزه سلامت و سیاست بین‌الملل بحثی در چارچوب مباحث حکمرانی سلامت جهانی*، تهران: مؤسسه کتاب مهربان نشر.
۵. ارفعی، ع. و دیگران (۱۳۷۲)، *حقوق بشر از دیدگاه مجامع بین‌الملل*، تهران: انتشارات وزارت امور خارجه.
۶. اشتراوس، ل. (۱۹۹۶)، *حقوق طبیعی و تاریخ*، ترجمه: باقر پرهام (۱۳۷۵)، تهران: نشر آگاه.
۷. اشولتز، ر.، گادسون، ر. و کوئیستر، ج. (۲۰۰۷)، *رویکردهای جدید در مطالعات امنیتی*، ترجمه: محمدعلی متقی‌نژاد (۱۳۸۶)، چاپ اول، تهران: انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی.
۸. آشوری، د. (۱۳۸۶)، *دانشنامه سیاسی*، جلد ۱۴، تهران: انتشارات مروارید.
۹. آقایی، ب. (۱۳۷۸)، *فرهنگ حقوقی بهمن*، تهران: انتشارات گنج دانش.
۱۰. آل‌کجباف، ح. (۱۳۹۴)، *روش تحقیق در علم حقوق با تأکید بر پایان‌نامه نویسی*، تهران: انتشارات جنگل، چاپ سیزدهم.
۱۱. آناند، س.، فابیان پیترو، آ. و سن، آ. (۱۳۹۴)، *عدالت و اخلاق در سلامت*، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
۱۲. ایده، آ.، کراوزه، ک.، و روساس، الف. (۲۰۱۱)، *حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (به‌انضمام اسناد)*، ترجمه: اردشیر امیرارجمند و گروه همکاران (۱۳۹۱)، تهران: انتشارات مجد.
۱۳. باقری لنکرانی، ک. (۱۳۸۹)، *درآمدی بر عدالت در نظام سلامت*، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت و مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شیراز.
۱۴. باقیانی مقدم، م.، رحیمی، ط.، جوادی، ع.، جوزی، ف.، خواجه‌دهی، ز.، ساکی، م.، و فاریابی، ر.

(۱۳۹۳)، *بهداشت بین‌المللی*، تهران: انتشارات آثار سبحان.

۱۵. بن محمد آل شیخ مبارک، ق. (۱۳۸۹)، *حقوق و مسئولیت پزشکی در آیین اسلام*، (ترجمه محمود عباسی)، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.

۱۶. بهروز لک، غ. (۱۳۸۶)، *جهانی شدن و اسلام سیاسی*، چاپ دوم، قم: انتشارات پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی.

۱۷. پالمر، ر.، واتریل، د. (۲۰۱۱)، *پزشکی برای حقوق‌دانان*، ترجمه و تألیف: محمود عباسی، لادن عباسیان، مهرزاد کیانی (۱۳۹۰)، تهران: انتشارات حقوقی: مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا.

۱۸. پلومر، الف. (۲۰۰۸)، *حقوق و اخلاق در پژوهش‌های پزشکی*، ترجمه: علیرضا زالی، محمود عباسی (۱۳۸۷)، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا.

۱۹. تاموشات، ک. (۲۰۰۷)، *حقوق بشر*، ترجمه: حسین شریفی طرازکوهی (۱۳۸۶)، تهران: نشر میزان.

۲۰. جعفرزاده، ع. (۱۳۷۵)، *قانون کار و تأمین اجتماعی با آخرین اصلاحات*، تهران: شرکت چاپ و نشر بازرگانی.

۲۱. جویز، کریستوفر سی.، (۲۰۰۸)، *حقوق بین‌الملل در قرن بیست و یکم*، ترجمه: دکتر عباس کدخدایی، امیر ساعد وکیل (۱۳۸۷)، تهران: نشر میزان.

۲۲. حجتی اشرفی، غ. (۱۳۷۹)، *مجموعه قوانین اساسی و مدنی*، تهران: گنج دانش.

۲۳. حمیدی، ف.، قاسمیان، پ.، و صباغ نوین، س. (۱۳۸۲)، *حقوق زنان*، حقوق بشر، تهران: روشنگران و مطالعات زنان.

۲۴. دهخدا، ع. (۱۳۷۷)، *لغت‌نامه دهخدا*، جلد چهارم، چاپ دوم، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

۲۵. دیاموند، ج. (۱۹۹۸)، *چرا عشق یک لذت است؟*، ترجمه: مهدی گنجی (۱۳۷۷)، تهران: نشر ویرایش.

۲۶. رابرتسون، ر. (۲۰۰۶)، *جهانی شدن: تئوری‌های اجتماعی و فرهنگ جهانی*، ترجمه: کمال پولادی (۱۳۸۵)، چاپ اول، تهران: نشر ثالث.

۲۷. راجرز، آنتونی پ. و. (۲۰۰۳)، *قواعد کاربردی حقوق مخاصمات مسلحانه*، ترجمه: کمیته ملی حقوق بشردوستانه (۱۳۸۲)، تهران: انتشارات امیر کبیر.

۲۸. ربیعی، ع. (۱۳۸۴)، *مطالعات امنیت ملی، مقدمه‌ای بر نظریه‌های مربوط به امنیت ملی در جهان سوم*، چاپ سوم، تهران: دفتر مطالعات سیاسی و بین‌المللی، مرکز چاپ و انتشارات وزارت خارجه.

۲۹. ربیعی‌فر، ش. (۱۳۸۳)، *از آموزش سلامت تا سلامت*، تهران: نشر تندیس، اداره ارتباطات و آموزش

- سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳۰. ریدل، آ. (۲۰۱۰)، *تأمین اجتماعی به مثابه حق انسانی مبانی نظری و چالش‌های فراروی*، ترجمه: بهرام مستقیمی (۱۳۸۹)، قم: انتشارات آیین احمد.
۳۱. رئیسی، م. (۱۳۸۲)، *کنوانسیون زنان، بررسی فقهی و حقوقی الحاق یا عدم الحاق جمهوری اسلامی ایران به کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان*، قم: نسیم قدس.
۳۲. ژانرومونیک، ش. (۲۰۰۳)، *بشریت‌ها و حاکمیت‌ها*، ترجمه: مرتضی کلانتریان (۱۳۸۲)، تهران: انتشارات آگه.
۳۳. سازمان ملل متحد، دفتر هماهنگی امور بشردوستانه، واحد امنیت بشر (۲۰۱۳)، *امنیت بشر در نظریه و عمل، اعمال مفهوم امنیت بشر و صندوق حمایت بشر سازمان ملل متحد*، ترجمه: محمدعلی نوری (۱۳۹۲)، تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی الماس دانش.
۳۴. سروش، م.، نصردادرس، م.، همتی، پ.، مهرپرور، م. و امیدواری‌نیا، الف. (۱۳۹۱)، *آشنایی با مقررات بهداشتی بین‌المللی (بازنگری ۲۰۰۵) و اقدامات کشوری و بین‌المللی به منظور اجرای آن*، تهران: انتشارات اندیشمند.
۳۵. سریع‌القلم، م. (۱۳۸۷)، *ایران و جهانی شدن*، چاپ دوم، تهران: انتشارات مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام.
۳۶. الفاروقی، س. (۱۹۹۱)، *المعجم الفاروقی*، بیروت: مکتبه لبنان.
۳۷. ساشادینا، ع. (۱۹۵۲)، *اخلاقیات زیست پزشکی اسلامی*، ترجمه: محمود عباسی و دیگران (۱۳۹۰)، تهران: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا، انتشارات حقوقی.
۳۸. سوئیزی، پ.، امین، س.، مگداف، ه.، و اریگی، ج. (۲۰۰۱)، *جهانی شدن با کدام هدف؟*، ترجمه: ناصر زرافشان (۱۳۸۰)، تهران: نشر آگه.
۳۹. سهیلی، ث. (۱۳۹۲)، *کتاب جامع بهداشت عمومی*، جلد اول، فصل دوم، گفتار دوم: سلامت و بیماری، چاپ سوم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۴۰. شایگان، ف.، مستقیمی، ب.، طارم‌سری، م.، مولایی، ی.، و گلشن پژوه، م. (۱۳۸۲)، *تقویت همکاری‌های بین‌المللی در زمینه حقوق بشر*، تهران: انتشارات دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران.
۴۱. شبرنگ، م. (۲۰۰۹)، *منشور سازمان ملل متحد، انگلیسی به فارسی*، به‌انضمام اعلامیه جهانی حقوق بشر، تهران: انتشارات دانشور.
۴۲. شیهان، م. (۱۳۸۸)، *امنیت بین‌الملل*، ترجمه: جلال دهقانی فیروزآبادی (۱۳۸۸)، تهران: پژوهشکده

مطالعات راهبردی.

۴۳. صادقی، م. (۱۳۸۷)، *حمایت از ابداعات دارویی و الحاق به سازمان تجارت جهانی*، چاپ اول، تهران: نشر میزان.

۴۴. صدری‌زاده، ب. (۱۳۹۲)، *کتاب جامع بهداشت عمومی*، جلد اول، فصل دوم، گفتار ششم: نقش سازمان‌های فراملی در توسعه سلامت، چاپ سوم، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۴۵. ضیائی بیگدلی، م. (۱۳۹۱)، *حقوق بین‌الملل عمومی*، چاپ چهل و سوم، تهران: کتابخانه گنج دانش.

۴۶. ضیائی بیگدلی، م. (۱۳۸۵)، *حقوق معاهدات بین‌المللی*، چاپ سوم، تهران: گنج دانش.

۴۷. طالع خرسند، ه. (۱۳۸۴)، *قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، تهران: انتشارات جمال‌الحق.

۴۸. طرح تقویت ظرفیت‌های آموزش و پژوهش حقوق بشر (۱۳۸۱)، *گزیده‌ای از مهمترین اسناد بین‌المللی حقوق بشر*، مرکز مطالعات حقوق بشر، تهران: دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران.

۴۹. طریقت منفرد، م.، حسن‌زاده، ع. و اخوان بهبهانی، ع. (۱۳۸۷)، *اصول و مبانی سیاست ملی سلامت، مطالعه تطبیقی*، ناشر: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

۵۰. عباسی، م. (۱۳۷۹)، *مجموعه مقالات حقوق پزشکی*، تهران، انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا.

۵۱. عباسی، م. (۱۳۸۷)، *مجموعه کدهای اخلاق در پژوهش*، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا.

۵۲. عباسی، م.، و دیگران (۱۳۸۹)، *مجموعه اسناد و اعلامیه‌های بین‌المللی فرهنگی و اخلاق زیستی*، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.

۵۳. عباسی، ب. (۱۳۹۰)، *حقوق بشر و آزادی‌های بنیادین*، تهران: نشر دادگستر.

۵۴. عباسی، م. (۱۳۹۲)، *مطالعه تطبیقی پیوند اعضا*، تهران: مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، انتشارات حقوقی.

۵۵. عباسی، م.، گنج‌بخش، م. (۱۳۹۳)، *درآمدی بر عدالت در سلامت*، چاپ اول، تهران: مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، انتشارات حقوقی.

۵۶. عباسی، م.، صالحی کیا، ن. (۱۳۹۳)، *سلامت الکترونیکی از منظر حقوق بین‌الملل*، تهران: مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا، انتشارات حقوقی.
۵۷. عباسی، م. (۱۳۹۴)، *مطالعه تطبیقی سقط جنین*، تهران: انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی - حقوقی سینا.
۵۸. علینقی، الف. (۱۳۸۰)، *نگاهی به مسائل امنیتی ایران، گفتگو با محمدرضا تاجیک*، عباس عبدی، حسن ره پیک، علی کریمی مله، چاپ اول، تهران: انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی.
۵۹. فتاح‌زاده، الف.، اکبری، م.، امینی، ه.، دره‌التاج، ب.، رزاقی، عمران، م.، سلطانی عربشاهی، ر.، سیاری، ع. و دیگران (۱۳۸۲)، *گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱: سلامت روان: درکی نو، امیدی نو*، تهران: مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ.
۶۰. فروغی، م. (۱۳۹۰)، *سیر حکمت در اروپا و گفتار در روش راه بردن عقل*، تهران: انتشارات زوار.
۶۱. فرهنگستان ایران (۱۳۱۹)، *واژه‌های نو*، تهران: چاپخانه تهران.
۶۲. فریمن، م. (۱۹۹۸)، *حقوق بشر در پرتو تحولات بین‌المللی*، ترجمه: حسین شریفی طرازکوهی (۱۳۷۷)، تهران: نشر دادگستر.
۶۳. فلاحی، ف.، نوری، م. (۱۳۸۸)، *حقوق بین‌الملل سلامت زنان*، تهران: انتشارات گنج دانش.
۶۴. فن‌تیگرشتروم، ب. (۲۰۱۰)، *امنیت انسانی و حقوق بین‌الملل*، ترجمه: اردشیر امیرارجمند (۱۳۸۹)، حمید قنبری، تهران: انتشارات مجد.
۶۵. قاری سیدفاطمی، م. (۱۳۸۲)، *حقوق بشر در جهان معاصر دفتر اول: درآمدی بر مباحث نظری: مفاهیم، مبانی قلمرو و منابع*، تهران: مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
۶۶. قاری سیدفاطمی، م. (۱۳۸۷)، *حقوق بشر در جهان معاصر، دفتر دوم: جستارهای تحلیلی از حقا و آزادی‌ها*، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهردانش.
۶۷. قربان‌نیا، ن. (۱۳۸۰)، *نسبت میان عدالت و حقوق بشر*، در مجموعه مقالات همایش بین‌المللی حقوق بشر و گفتگوی تمدن‌ها، قم: انتشارات دانشگاه مفید.
۶۸. کارولین، ت. (۲۰۰۳)، *حکومت جهانی؛ توسعه و امنیت انسانی*، ترجمه مجتبی بحرانی (۱۳۸۲)، تهران: پژوهشکده مطالعات راهبردی.
۶۹. کاتوزیان، ن. (۱۳۸۰)، *فلسفه حقوق*، جلد یکم، چاپ دوم، تهران: شرکت سهامی انتشار.
۷۰. کاتوزیان، ن. (۱۳۸۶)، *مقدمه علم حقوق*، چاپ چهل و سوم، تهران: شرکت سهامی انتشار.
۷۱. کرسی حقوق بشر، صلح و دموکراسی یونسکو با همکاری سازمان اصلاحات جزایی بین‌المللی

- (۱۳۸۰)، مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر، اسناد جهانی، جلد اول، قسمت اول، زیر نظر اردشیر امیرارجمند، تهران: دانشگاه شهید بهشتی، مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
۷۲. کرسی حقوق بشر، صلح و دموکراسی یونسکو دانشگاه شهید بهشتی با همکاری سازمان اصلاحات جزایی بین‌المللی (۱۳۸۵)، مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر، اسناد منطقه‌ای، جلد دوم، قسمت اول، زیر نظر اردشیر امیرارجمند، تهران: دانشگاه شهید بهشتی، مرکز چاپ و انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
۷۳. کریون، میتوسی. آر. (۲۰۰۹)، چشم اندازی به توسعه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ترجمه: محمد حبیبی مجنده (۱۳۸۸)، قم: انتشارات دانشگاه مفید.
۷۴. کیلی، ر.، مارفلیت، ف. (۲۰۰۱)، جهانی شدن و جهان سوم، ترجمه: حسن نورائی بیدخت و محمد علی شیخ علیان (۱۳۸۰)، تهران: دفتر مطالعات سیاسی و بین‌المللی.
۷۵. کین، ب. (۲۰۰۵)، جنبه‌های حقوقی فناوری ژن، ترجمه: محمدعلی نوری و رضا نخجوانی (۱۳۸۴)، تهران: گنج دانش.
۷۶. گرت، الف. (۲۰۰۱)، جامعه‌شناسی جنسیت، ترجمه: کتابیون بقایی (۱۳۸۰)، تهران: نشر دیگر.
۷۷. گرین‌وود، ک. (۱۳۸۷)، «سیر تحول تاریخی و مبنای حقوق بشردوستانه»، (ترجمه حسین شریفی طرازکوهی)، حقوق بشردوستانه در مخاصمات مسلحانه، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی، چاپ اول.
۷۸. گل محمدی، الف. (۱۳۸۶)، جهانی شدن فرهنگ - هویت، چاپ سوم، تهران: نشر نی.
۷۹. مجیدی، م.، خامسان، الف. (۱۳۸۰)، امنیت انسانی در غرب آسیا، تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
۸۰. محقق داماد، م.، ساشادینا، ع.، عباسی، م. (۱۳۸۸)، درآمدی بر اخلاق زیستی، تهران: مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا، انتشارات حقوقی.
۸۱. محمدباقر بن محمدتقی (علامه مجلسی)، بحارالانوار، جلد هفتاد و هشتم، قرن ۱۱ قمری.
۸۲. محمد بن حسن فتال نیشابوری، رَوْضَةُ الوَاعِظِينَ وَ بصیره المتعظین، جلد دوم.
۸۳. محمدنوری، ع. (۱۳۸۴)، مجموعه قوانین و مقررات اداری و استخدامی، تهران: شرکت تعاونی سازمان معین ادارات.
۸۴. مرتوس، ج. (۲۰۰۳)، آموزش حقوقی انسانی زنان و دختران، ترجمه: فریبرز مجیدی (۱۳۸۲)، تهران: دنیای مادر.
۸۵. مطلق، م.، اولیایی‌منش، ع. و بهشتیان، م. (۱۳۸۷)، سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن،

- چاپ دوم، تهران: معاونت سلامت دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ترویج عدالت در سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انتشارات موفق.
۸۶. مطهری، م. (۱۳۶۹)، *نظام حقوق زن در اسلام*، چاپ چهاردهم، تهران: انتشارات صدرا.
۸۷. معین، م. (۱۳۷۱)، *فرهنگ فارسی*، جلد اول، چاپ هشتم، تهران: انتشارات امیرکبیر.
۸۸. ممتاز، ج.، رنجبریان، الف. (۱۳۸۶)، *حقوق بین الملل عمومی بشردوستانه مخصصات مسلحانه داخلی*، کمیته ملی حقوق بشردوستانه، تهران: میزان.
۸۹. مورژئون، ژ. (۲۰۰۱)، *حقوق بشر*، ترجمه: احمد نقیب‌زاده (۱۳۸۰)، تهران: انتشارات دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران.
۹۰. موسی‌زاده، ر. (۱۳۷۹)، *سازمان‌های بین‌المللی*، تهران: انتشارات دانشگاه تهران، نشر میزان.
۹۱. میرموسوی، ع.، حقیقت، ص. (۱۳۸۸)، *مبانی حقوق بشر از دیدگاه اسلام و دیگر مکاتب*، ناشر: سازمان انتشارات پژوهشگاه فرهنگ و اندیشه اسلامی.
۹۲. نامی پارسا، ن. (۱۳۹۳)، *تأمین دارو: حقوق و تکالیف دولت‌ها در نظام بین‌المللی*، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش.
۹۳. نجفی ابرندآبادی، ع. (۱۳۸۹)، *جهانی شدن بزهکاری، دیباچه بر قاچاق انسان در سیاست جنایی ایران و اسناد بین‌المللی*، عباس ناقلی، چاپ اول، تهران: انتشارات میزان.
۹۴. نجفی، ب. (۱۳۹۲)، *سازمان جهانی بهداشت (WHO) و حقوق سلامت*، تهران: نشر میزان.
۹۵. نویدنیا، م. (۱۳۸۸)، *امنیت اجتماعی*، تهران: انتشارات پژوهشکده مطالعات راهبردی.
۹۶. واترز، م. (۲۰۰۰)، *جهانی شدن*، ترجمه: اسماعیل مردانی و سیاوش مریدی (۱۳۷۹)، چاپ اول، تهران: انتشارات سازمان مدیریت صنعتی.
۹۷. والدون، ج. (۲۰۰۲)، «فلسفه حق»، ترجمه: محمد راسخ (۱۳۸۱)، حق و مصلحت، تهران: انتشارات طرح نو.
۹۸. ودادهیر، الف، ساداتی، م. (۱۳۹۰)، *سلامت در زندگی اجتماعی - فرهنگی شهر، بازنگری در آراء و مطالعات اجتماعی - فرهنگی مرتبط با سلامت در کلان شهر تهران*، تهران: معاونت امور اجتماعی و فرهنگی اداره کل مطالعات اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران، انتشارات جامعه و فرهنگ.
۹۹. وینسنت، الف. (۱۹۹۲)، *نظریه‌های دولت*، ترجمه: حسین بشیریه (۱۳۷۱)، تهران: نشر نی.
۱۰۰. هکی، ف. (۱۳۸۸)، *حقوق اقتصادی - اجتماعی بشر در ایران*، چاپ اول، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی.

ب: مقاله‌ها

۱. احمدوند، ش. (۱۳۸۵)، جهانی شدن و تکثر فرهنگی، پژوهش حقوق عمومی، شماره ۲۰، ص ۷۵-۹۸.
۲. احمدی، ک. (۱۳۸۱)، سیاست خارجی و امنیت سلامت بین‌المللی، فصلنامه سیاست خارجی، سال ۲۴، شماره ۱، ص ۲۳-۵۹.
۳. اسماعیلی، غ. (۱۳۸۵)، جهانی شدن یا جهانی سازی؟، مجله تدبیر، شماره ۱۵۵، ص ۴۶-۴۰.
۴. آل کجباف، ح. (۱۳۸۵)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هفتم، شماره ۲۴، ص ۱۷۰-۱۳۹.
۵. آل کجباف، ح.، انصاریان، م. (۱۳۹۳)، تأثیر تحریم‌های یک‌جانبه و چندجانبه بر ایران از منظر حق بر سلامت شهروندان ایرانی، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هشتم، شماره ۲۹، ص ۵۰-۱۱.
۶. آل کجباف، ح.، مدنیان، غ. (۱۳۹۲)، نگاه قوانین بین‌المللی به مسأله حقوق بشر، پژوهشکده علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، قابل دسترسی در پرتال جامع علوم انسانی، تهران.
۷. امین‌زاده، الف.، علیزاده، م. (۱۳۹۲)، اصول کلی حقوقی و حاکمیت دولت‌ها: مشارکت منبع فراموش شده در ساخت حقوق بین‌الملل، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۳، شماره ۱، ص ۱۷۱-۱۵۵.
۸. باباخانی، م.، قاسمی، ر.، رفیعی، ح.، راغفر، ح. و بیگلریان، اکبر (۱۳۹۲)، رابطه عدالت توزیعی و سلامت در ایران، مجله علمی- پژوهشی/ISC رفاه اجتماعی، شماره ۴۶، ص ۲۷۸-۲۵۹.
۹. بابایی، ن. (۱۳۸۲)، سیاست اجتماعی و سلامت، مجله رفاه اجتماعی، شماره ۱۰، ص ۲۳۲-۲۰۱.
۱۰. برزگر، الف. (۱۳۸۳)، جهانی شدن، هویت و فقه سیاسی، پژوهش حقوق و سیاست، شماره ۱۰، ص ۲۵-۴۶.
۱۱. بزرگی، و.، توکل، ز. (۱۳۸۸)، حق حفاظت از بهداشت عمومی در سازمان تجارت جهانی، پژوهش حقوق و سیاست، سال یازدهم، ویژه‌نامه W.T.O، شماره ۲۷، ص ۴۶-۲۹.
۱۲. بشیریه، ح. (۱۳۷۷)، بستر نظریه‌های حقوق بشر و قانون طبیعی، مجله آدینه، شماره ۱۳۵، تهران.
۱۳. بصیری، م.، نجفی، د. (۱۳۸۰)، حقوق بشر و اخلاق زیست محیطی، حقوق بشر، جلد ۵، شماره ۱، ص ۸۰-۶۹.
۱۴. بهمنی قاجار، م. (۱۳۸۷)، مبانی و سیر تحول حق آزادی و امنیت شخصی، ماهنامه اطلاعات سیاسی- اقتصادی، شماره ۲۵۱ و ۲۵۲، ص ۱۸۷-۱۶۶.

۱۵. پورسعید، ف. (۱۳۸۷)، امنیت انسانی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، فصلنامه مطالعات راهبردی، سال یازدهم، شماره ۳، ص ۵۴۵-۵۷۱.
۱۶. جعفرزاده، ق.، عمرانی، ع.، سیدفاطمی، م. (۱۳۹۵)، مفهوم روش‌های تشخیص در حقوق اختراعات در پرتو حق بر سلامت، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دهم، شماره سی و ششم، ص ۱۵۱-۱۷۶.
۱۶. جلالی، م.، مقامی، الف. (۱۳۹۰)، کارکرد حقوق بین‌الملل در فرآیند جهانی شدن، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۱، شماره ۳، ص ۹۷-۱۱۶.
۱۷. حبیب‌زاده، ت.، عطار، م. (۱۳۹۱)، ارزیابی مفهوم حقوق نرم در نظام منابع حقوق بین‌الملل، فصلنامه پژوهش‌های حقوق تطبیقی، دوره ۱۶، شماره ۲، ص ۱-۲۱.
۱۸. حبیبی مجنده، م. (۱۳۸۶)، حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر، حقوق بشر، جلد ۲، شماره ۱، ص ۷-۳۸.
۱۹. حبیبی مجنده، م. (۱۳۹۲)، تحریم اقتصادی یک‌جانبه و اصل حاکمیت دولت‌ها، قابل دسترسی در پایگاه اختصاصی حقوق بین‌الملل،
۲۰. حبیبی، م. (۱۳۸۲)، حق برخورداری از محیط زیست سالم به‌عنوان حق بشریت، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۱، شماره ۶۰، ص ۱۳۱-۱۷۰.
۲۱. حسینی، ح. (۱۳۸۷)، جهانی شدن حقوق و جرایم اقتصادی، مجموعه مقالات همایش جهانی شدن و چالش‌های آن، دانشگاه فردوسی مشهد، ص ۳۷-۴۷.
۲۲. حسینی اکبرنژاد، ح. (۱۳۸۸)، اجرای سرزمینی میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی با تکیه بر رویه کمیته حقوق بشر، مجله پژوهش‌های حقوقی، شماره ۱۶، ص ۹۵-۱۱۸.
۲۳. حسینی، م. (۱۳۸۸)، پیوند حقوق بشر و حقوق مصرف‌کننده در حمایت از سلامت بیماران مبتلا به ایدز، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دوم، شماره ۵، ص ۵۳-۷۴.
۲۴. دلماس مارتی، م. (۱۹۹۹)، جهانی شدن حقوق: فرصت‌ها و خطرات، ترجمه: اردشیر امیرارجمند (۱۳۷۸)، مجله حقوقی، نشریه دفتر خدمات حقوقی بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران، شماره ۲۴، ص ۱۲۱-۱۴۸.
۲۵. دله، الف. (۱۹۹۶)، دولت و جهانی شدن حقوق؛ از حقوق بین‌الملل تا جهانی شدن حقوق، ترجمه: ابراهیم بیگزاده (۱۳۷۵)، مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۲۵ و ۲۶، ص ۲۸۹-۲۹۸.
۲۶. دهشیری، م. (۱۳۸۸)، امنیت انسانی: چارچوبی برای سیاست خارجی جمهوری اسلامی ایران در قبال آفریقا، فصلنامه مطالعات آفریقا، سال چهاردهم، شماره ۲۰، ص ۱۵-۶۲.

۲۷. دهقانی، م. (۱۳۸۶)، ابعاد پدیده جهانی شدن، نشریه مرکز تحقیقات استراتژیک، ویژه‌نامه اقتصاد سیاسی بین‌المللی در عصر جهانی شدن، شماره ۷، قابل دسترسی در سایت مرکز تحقیقات استراتژیک، معاونت پژوهش‌های سیاست خارجی.
۲۸. رابرتسون، ر. (۲۰۰۴)، جهان- محلی شدن؛ زمان- مکان و همگونی- ناهمگونی، ترجمه: مراد فرهادپور (۱۳۸۳)، فصلنامه ارغنون، شماره ۲۴، ص ۲۱۱-۲۳۸.
۲۹. رجب‌نژاد، م.، رجب‌نژاد، س. و نیک‌نژاد، ش. (۱۳۹۲)، نقد و بررسی مفهوم سلامت از منظر سازمان بهداشت جهانی با آموزه‌های اسلامی، مجله حفظ‌الصحة، سال اول، شماره ۱، ص ۱۱-۱.
۳۰. رضایی قلعه، ح.، میلانی‌بناب، ع. (۱۳۸۵)، استحقاق حق خدمات بهداشتی سلامت و آموزش در کشورهای در حال توسعه، راهبرد، شماره ۴۲، ص ۱۳۳-۱۲۲.
۳۱. روحی، ع. (۹۰-۱۳۸۹)، حق سلامت جنین از منظر اخلاق، فقه و حقوق پزشکی، فصلنامه فقه پزشکی، سال دوم و سوم، شماره ۵ و ۶، ص ۱۱۹-۸۸.
۳۲. زرکش، م.، عباسی، م. (۱۳۹۳)، ملاحظات اخلاقی در فن‌آوری‌های اندازه‌گیری بیان ژن، فصلنامه اخلاق زیستی، سال چهارم، شماره سیزدهم، ص ۱۹۵-۱۸۱.
۳۳. زمانی، سیدقاسم (۱۳۸۵)، شبیه سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر، پژوهش حقوق و سلامت، شماره ۱۹، ص ۴۰-۲۵.
۳۴. سجادیپور، م.، رفعتی آلاشتی، ز. (۱۳۹۳)، سیاست خارجی، بهداشت و امنیت بین‌المللی: چارچوب‌های مفهومی و عملیاتی، فصلنامه روابط خارجی، سال سوم، شماره ۳، ص ۱۴۳-۱۱۳.
۳۵. سجادی، ح.، صدرالسادات، ج. (۱۳۸۳)، شاخص‌های سلامت اجتماعی، مجله علمی- پژوهشی اطلاعات سیاسی - اقتصادی، سال نوزدهم، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸، ص ۲۵۳-۲۴۴.
۳۶. سمیعی، م.، رفیعی، ح.، رارانی امینی، م.، و اکبریان، م. (۱۳۸۳)، سلامت اجتماعی ایران از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار، مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی رضوی، دوره اول، سال اول، شماره ۲، ص ۵۱-۳۱.
۳۷. سنگوپتا، آ. (۲۰۰۴)، حق توسعه در نظریه و عمل، ترجمه: منوچهر توسلی جهرمی (۱۳۸۳)، مجله حقوقی بین‌المللی، شماره ۳۰، ص ۱۷۹-۲۵۰.
۳۸. سواری، ح.، قمری کیوی، ح.، نادر، م. و اسماعیلی، م. (۱۳۹۳)، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان مصرف کنندگان کراک، فصلنامه علمی-ترویجی سلامت اجتماعی و اعتیاد، سال اول، شماره ۴، ص ۶۲-۴۷.

۳۹. سواری، ح.، راشدی، م. (۱۳۹۳)، ماهیت و قلمرو تعهد رفتار ملی در چارچوب موافقت‌نامه عمومی تجارت خدمات، مجله حقوقی دادگستری، سال هفتاد و هشتم، شماره ۸۷، ص ۸۹-۴۷.
۴۰. سیرغانی، م. (۱۳۸۳)، حقوق بشر، ایدز و سلامت عمومی، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دوم، شماره ۵، ص ۱۹۲-۱۷۳.
۴۱. شیروی، ع.، وکیلی مقدم، م. (۱۳۹۳)، حقوق نرم، مطالعات حقوق تطبیقی، دوره ۶، شماره ۱، ص ۲۷۶-۲۵۱.
۴۲. شیخی، م. (۱۳۸۸)، چالش‌های حقوق مالکیت فکری در حوزه سلامت، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰، ص ۸۲-۶۱.
۴۳. صادقی، م. (۱۳۸۳)، حمایت از اختراعات دارویی و چالش‌های حقوق بشری آن، فصلنامه حقوق، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، دوره ۳۹، شماره ۳، ص ۲۱۵-۱۹۳.
۴۴. ضیایی بیگدلی، م. (۱۳۸۳)، جامعه مدنی جهانی و حقوق بین‌الملل، پژوهش حقوق عمومی، شماره ۷، ص ۲۰-۷.
۴۵. عباسی، م.، کاظمی، ع. (۱۳۸۷)، مواد غذایی تراریخته و حقوق مصرف‌کننده، فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، سال سوم، شماره‌های ۳ و ۴، تهران.
۴۶. عباسی، م. و دیگران (۱۳۸۸)، عدالت در سلامت و جایگاه آن در اخلاق پزشکی، فصلنامه اخلاق پزشکی سال سوم، شماره دهم، تهران.
۴۷. عباسی، م. و دیگران (۱۳۸۹)، حمایت قانونی از ابداعات دارویی در پرتو مطالعه تطبیقی، فصلنامه حقوق پزشکی، سال چهارم، شماره پانزدهم، ص ۵۶-۱۱.
۴۸. عباسی، محمود و دیگران (۱۳۹۰)، بررسی پیامدهای اخلاقی، ابعاد حقوقی و راهکارهای ریشه‌کنی ختنه زنان، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال پنجم، شماره هجدهم، ص ۷۱-۵۵.
۴۹. عباسی، م.، صالحی، ح. (۱۳۹۰)، کرامت انسانی؛ فصل‌الخطاب اندیشه‌های دینی و تفکرات اخلاقی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال پنجم، شماره شانزدهم، ص ۷۸-۳۹.
۵۰. عباسی، م.، فرجی، ع. (۱۳۹۱)، جایگاه اخلاق در تخصیص عادلانه منابع سلامت، فصلنامه اخلاق زیستی، سال دوم، شماره ششم، ص ۱۳۴-۱۲۱.
۵۱. عباسی، م.، انور، الف. (۱۳۹۱)، تعالی اخلاق سازمانی در گستره نظام سلامت، فصلنامه اخلاق زیستی، سال دوم، شماره چهارم، ص ۳۸-۱۱.
۵۲. عباسی، م.، خاکپور، م.، فروغی، م. (۱۳۹۱)، حمایت قانونی از ابداعات دارویی در اسناد و کنوانسیون‌های بین‌المللی، سال ششم، شماره بیست و سوم، ص ۴۳-۱۳.

۵۳. عباسی، م. فرج‌خدا، ت.، لطیف‌نژاد رودسری، ر. (۱۳۹۱)، سلامت باروری از منظر اخلاق و حقوق، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ششم، شماره بیست و یک، ص ۶۴-۳۹.
۵۴. عباسی، م.، گشتائی، م. (۱۳۹۱)، اخلاق در سلامت عمومی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال ششم، شماره نوزدهم، ص ۱۵۹-۱۴۹.
۵۵. عباسی، م.، رضایی، ر. و دهقانی، غ. (۱۳۹۳)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هشتم، شماره ۳۰، ص ۱۹۹-۱۸۳.
۵۶. عباسی، م.، حیدری، ب. و رزمخواه، ن. (۱۳۹۳)، محصولات غذایی تراریخته و چالش‌های پیشرو از منظر اخلاق زیستی و حق بر غذا، فصلنامه اخلاق زیستی، دوره ۴، شماره ۱۲، ص ۱۶۴-۱۳۱.
۵۷. عباسی، م. و دیگران (۱۳۹۳)، طراحی و روانسنجی پرسشنامه‌ی جامع سنجش سلامت معنوی در جامعه‌ی ایرانی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال هشتم، شماره سی‌ام، ص ۵۵-۲۵.
۵۸. عباسی، م. و دیگران (۱۳۹۳)، مروری بر مفهوم و ساختار حقوق باروری و جنسی در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره هفدهم، شماره ۱۰۰، ص ۱۶-۲۶.
۵۹. علیزاده، م. (۱۳۸۷)، آشنایی با تشکیلات و نهادهای حقوقی اتحادیه اروپا، فصلنامه اطلاع‌رسانی حقوقی، دوره جدید، سال ۶، شماره ۱۵ و ۱۶، ص ۱۵۲-۱۳۷.
۶۰. فروغ‌نیا، ح. و همکاران، (۱۳۹۳)، ماهیت تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر غذا از منظر حقوق بین‌الملل بشر و حقوق بشردوستانه، دو فصلنامه مطالعات حقوق بشر اسلامی، سال سوم، شماره هفتم، ص ۱۵۹-۱۳۳.
۶۱. قاری سیدفاطمی، م. (۱۳۸۱)، مبانی توجیهی، اخلاقی حقوق بشر معاصر، مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۳۶-۳۵، ص ۱۹۲-۱۱۱.
۶۲. قوام، ع. (۱۳۸۴)، از دیپلماسی مدرن به دیپلماسی رسانه‌ای، پژوهش حقوق عمومی، ص ۱۸-۷.
۶۳. کر، پ. (۱۳۸۴)، امنیت انسانی، (ترجمه سید جلال دهقانی فیروزآبادی)، فصلنامه مطالعات راهبردی، سال یازدهم، شماره ۳، شماره مسلسل ۴۱، تهران.
۶۴. کشاورز محمدی، ن.، زارعی، ف.، پارسی‌نیا، س. (۱۳۹۲)، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در ایران: گذشته، حال و آینده، فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، سال اول، شماره ۲، ص ۵-۸.
۶۵. کلاهدوزان، ش. (۱۳۹۲)، رابطه جهانی شدن و سلامت یک رابطه دو جانبه است، بانک مقالات جهانی شدن، پایگاه اطلاع‌رسانی هفته نامه سپید، سال ۸، شماره ۳۸۲، قابل دسترسی در پایگاه اطلاع‌رسانی هفته نامه سپید.

۶۶. مجله حقوقی بین‌المللی (۱۳۸۸)، منشور اجتماعی اروپایی بازبینی شده مصوب ۳ می ۱۹۹۶، (ترجمه حسن مرادزاده)، نشریه مرکز امور حقوقی بین‌المللی معاونت حقوقی و امور مجلس ریاست جمهوری، سال بیست و ششم، شماره ۴۰، ص ۶۲۷-۶۰۱.
۶۷. مجله حقوقی (۱۳۸۲)، اعلامیه وین و برنامه عملی کنفرانس جهانی حقوق بشر مصوب ۲۵ ژوئن ۱۹۹۳، نشریه دفتر خدمات حقوقی بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران، شماره ۲۸، ص ۳۵۴-۳۰۳.
۶۸. محقق داماد، م. (۱۳۷۵)، تدوین حقوق بشردوستانه بین‌المللی و مفهوم اسلامی آن، مجله تحقیقات حقوقی، شماره ۱۸، ص ۲۱۰-۱۴۷.
۶۹. محمودی کردی، ز. (۱۳۹۲)، جایگاه محیط زیست در سازمان تجارت جهانی، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، سال پانزدهم، شماره ۴۱، ص ۲۰۶-۱۶۹.
۷۰. مشهدی، ع.، کشاورز، الف. (۱۳۹۲)، تأملی بر مبنای فلسفی حق بر محیط زیست سالم، دو فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهشنامه حقوق اسلامی، سال سیزدهم، شماره ۲ (پیاپی ۳۶)، ص ۷۰-۴۷.
۷۱. مصفا، ن.، مخدوم، م.، الماسی، ض. (۱۳۹۰)، رهیافت برنامه‌ریزی محیط زیست، مبتنی بر حقوق بشر، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۱، شماره ۴، ص ۳۲۷-۳۱۱.
۷۲. مصفا، ن. (۱۳۸۷)، نگرشی به کنوانسیون بین‌المللی حقوق همه کارگران مهاجر و خانواده آن‌ها، نشریه علمی- ترویجی سیاست خارجی، شماره ۱، ص ۸۵-۶۷.
۷۳. موسوی، ف.، قیاسیان، ف. (۱۳۹۰)، جبران خسارات زیست محیطی در حقوق بین‌الملل، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۴۱، شماره ۱، ص ۳۴۶-۳۲۷.
۷۴. مولایی، ی. (۱۳۸۶)، نسل سوم حقوق بشر و حق به محیط زیست سالم، فصلنامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۳۷، شماره ۴، ص ۲۹۶-۲۷۳.
۷۵. میرزاده، ن.، سپهری‌فر، س. (۱۳۹۲)، تعامل حق بر محیط زیست سالم و حق بر بهداشت، فصلنامه مطالعات حقوق بشر اسلامی، ص ۶۹-۳۷.
۷۶. نامور مطلق، ب. (۱۳۸۷)، نظریه دریافت، پژوهشنامه فرهنگستان هنر، شماره ۱۱، ص ۱۱۱-۹۳.
۷۷. نمایان، پ. (۱۳۹۰)، صلاحیت قضایی دیوان کیفری بین‌المللی در رسیدگی به تروریسم، فصلنامه مطالعات راهبردی، سال چهاردهم، شماره ۱، ص ۸۴-۵۹.
۷۸. وثوقی فرد، ب. (۱۳۹۰)، قضیه سم پاشی هوایی (اکوادور علیه کلمبیا) تریل اسملتر قرن بیست و یکم؟، مجله حقوقی بین‌المللی، نشریه مرکز امور حقوقی بین‌المللی ریاست جمهوری، سال بیست و نهم، شماره ۴۷، ص ۱۵۸-۱۳۹.

۷۹. ویرالی، م.، (۱۹۸۵)، تفکری بر تئوری حقوق فراملی، ترجمه: ناصر صبح‌خیز (۱۳۶۴)، مجله حقوقی، تهران: دفتر خدمات حقوقی بین‌المللی، شماره ۳، ص ۱۰۸-۸۷.
۸۰. هداوند، م.، سیف‌اللهی، آ. (۱۳۸۸)، جایگاه حقوق نرم در توسعه حقوق بین‌الملل، فصلنامه راهبرد، سال هجدهم، شماره ۵۰، ص ۱۴۷-۱۳۱.

ج: سندها

۱. اداره حقوق بشر وزارت امور خارجه، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت (۱۳۸۶)، ترجمه محمد پورنجف، تهران.
۲. بررسی کنوانسیون زنان، فصلنامه تخصصی بنیاد تاریخ انقلاب اسلامی ایران (فصلنامه یاد)، (۱۳۸۴)، تهران.
۳. کمیسیون حقوق بین‌الملل سازمان ملل متحد، مسئولیت بین‌المللی دولت: متن و شرح مواد کمیسیون حقوق بین‌الملل (۱۳۸۸)، ترجمه علیرضا ابراهیم گل، تهران.
۴. مجموعه برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور (۱۳۸۹)، تهران.
۵. مجموعه دستورالعمل‌های برنامه تحول نظام سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، (۹۴-۱۳۹۳)، تهران.
۶. مجموعه قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۳)، ناشر: معاونت پژوهش، تدوین و تنقیح قوانین و مقررات، تهران.
۷. منشور حقوق شهروندی (۱۳۹۲)، (گام اول: اصول کلی، برنامه و خط‌مشی دولت)، معاونت حقوقی ریاست جمهوری با همکاری مرکز بررسی‌های استراتژیک ریاست جمهوری، تهران.
۸. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (۱۳۸۳)، معاونت تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات ریاست جمهوری مصوب، تهران.
۹. هیأت وزیران، تصویب‌نامه شماره ۲۳۷۲/ت ۳۰۳۰۷، مورخ ۱۳۸۳/۳/۱۰، روزنامه رسمی، به نقل از شماره ۱۷۵۰۸-۱/۲۲-۱۳۸۴، تهران.

د: پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد و رساله‌های دکتری

۱. آبی، م. (۱۳۹۰)، ارتقاء و تضمین حقوق بنیادین بشر در پرتو دکترین امنیت انسانی، تهران: دانشگاه پیام نور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

۲. افخم، ر. (۱۳۸۸)، تروریسم در حقوق ایران و اسناد بین‌المللی، تهران: دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
۳. ضیال‌الدینی، الف. (۱۳۸۷)، نقش کمیته بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ارتقاء حمایت از حقوق بشر. تهران: دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق بشر.
۴. کوهستانی، الف. (۱۳۸۷)، جایگاه حقوق بشر در سازمان تجارت جهانی، تهران: دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق بشر.
۵. گل‌پذیر، الف. (۱۳۹۱)، تأثیر دکترا امنیت انسانی بر تضمین و ارتقاء حقوق بشر، رشت: دانشگاه گیلان، ۱۳۹۱، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
۶. جاهد، م. (۱۳۸۹)، جهانی شدن اصول دادرسی کیفری در پرتو اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای حقوق بشر، قم: پردیس فارابی دانشگاه تهران، رساله دکترای حقوق جزا و جرم‌شناسی.
۷. رزمخواه، ن. (۱۳۹۳)، محصولات ترارینخته کشاورزی و چالش‌های پیش‌رو از منظر حقوق بین‌الملل بشر، تهران: دانشگاه پیام نور، مرکز تحصیلات تکمیلی تهران، رساله دکترای حقوق بین‌الملل عمومی.
۸. زینالی، الف. (۱۳۸۸)، جهانی شدن حقوق کیفری در قلمرو حمایت از کودکان بزه‌دیده، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، رساله دکترای حقوق کیفری و جرم‌شناسی.
۹. عالی‌پور، ح. (۱۳۸۷)، توازن میان امنیت ملی و آزادی‌های فردی در مقابله با جرایم تروریستی، تهران: دانشگاه شهید بهشتی، رساله دکترای حقوق جزا و جرم‌شناسی.
۱۰. فرخ‌سیری، م. (۱۳۸۷)، مناسبات متقابل میان تحریم اقتصادی و حقوق بین‌الملل بشر، تهران: دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، رساله دکترای حقوق بین‌الملل عمومی.
۱۱. وکیل، الف. (۱۳۸۸)، تعهد دولت‌ها به ترغیب و تضمین رعایت بنیادین بشر توسط دیگر دولت‌ها، تهران: دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، رساله دکترای حقوق بین‌الملل عمومی.

هـ: جزوه دانشگاهی

۱. ضیایی بیگدلی، م. (۱۳۸۶)، بررسی تفصیلی مبادی حقوق بین‌الملل عمومی، تهران: دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه علامه طباطبایی، جزوه کارشناسی ارشد حقوق بین‌الملل.

A: Books

1. Abbot, S.L. (1867), *Origin, Endemic, Transmissibility and Propagation of Asiatic Cholera*, Boston: Harvard University Library.
2. Arhin-Tenkoran, D., & Conceicao, P., eds. (2003), *Beyond Communicable Disease Control: Health in the Age of Globalization*, New York, Oxford: Oxford University Press.
3. Alston, Ph., & Tomasevski, K., eds. (1984), *the Right to Food*, Netherland: Martinus Nijhoff.
4. Ball, M., Weaver, Ch., & Kiel, J. (2004), *Healthcare Information Management Systems: Cases, Strategics and Solutions*, New York: Springer, 3rd ed.
5. Belanger, M. (2007), *Droit International Humanitaire General*, Paris: Gualino, 2nd ed.
6. Belanger, M. (2008), *Droit Medical Europeen*, Paris, LexisNexis, 4th ed.
7. Belanger, M. (2011), *Global Health Law: an introduction*, Cambridge Scientific Publishers.
8. Belanger, M. (2007), *La Notion de Culture Sanitaire Une Approche Juridique*, in Amsatou Sow Sidibe (dir.), Genre, inegalites et religion, Dakar and Paris, AUF/Editons des archives contemporains.
9. Belanger, M. (2006), *Le Droit a La Santé, Droit Fundamental de La Personne Humaine*, in AUF, Droit de la santé en Africa, Bordeaux, Les Etudes Hospitalieres.
10. Beracochea, E., Weinstein, C., & Evans, D. (2015), *Rights-Based Approaches to Public Health*, Springer Publication Company.
11. Bledsoe, R., & Bloes, A.B., eds. (1987), *The International Law Dictionary*, California, Santabarbara Press.
12. Bourdelais, P. (2001), *Les Hygienistes: Enjeux, Modeles et Pratiques*, XVIIIe-XXe siecles, Paris: Belin.
13. Brownlie, I. (2008), *Principles of Public International Law*, 8th ed., Oxford: Oxford University Press.
14. Bueno de Mesquita, J. (2014), *The Right to Health in International Human Rights Law: From Normative Elaboration to Implementation*, UN Special Rapporteur on the Right to Health, Human Rights Centre, University of Essex, retrieved from: <http://www.jrbuen.essex.ac.uk>
15. Bury, J. (1988), *Education Pour La Santé: Concepts Enjeux, Plantification*, Bruxelles: De Boeck, coll. "Theses.
16. Caballero, F., & Yann B., eds. (2000), *Droit de la Drogue*, Paris: Dalloz, coll. "Precis", 2nd ed.
17. Charlier S., & Warnotte, G., eds. (2007), *La Souverainete Alimentaire: Regards Croises*, Louvian-la-Neuve, Presses Universitaires de Louvain.
18. Commission on Human Security (2003), *Human Security Now: Final Report*, New York: CHS.
19. Cooper, R., & Voinov Kohler, J., eds. (2009), *Responsibility to Protect: the Global Moral Compact for the 21th Century*, New York: Pelgrave Macmillan.

20. Daniels, N. (1999), *Is there a Right to Health Care and If So, What Does It Encompass*, in Khuse H, Springer P. eds., *A Companion to Bioethics*. retrieved from: www.hsph.harvard.edu (published online 2010).
21. Davis, J. (2008), *Intellectual Property Law*, Oxford: Oxford University Press, 3rd ed.
22. Deacon, B. (2007), *Global Social Policy & Governance*, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publications.
23. Delmas-Marty, M. (2003), *Global law: A Triple Challenge*, Translated by Naomi Norberg Transnational Publishers.
24. Department of Foreign Affairs and International Trade (2000), *Freedom from Fear*, Canada's Foreign Policy for Human Security, Ottawa, retrieved from: www.dfait-maeci.gc.ca
25. Department for Business Innovation and Skills (BIS) (2011), *Trade and Investment for Growth*, London: The Stationery Office, retrieved from: <http://www.bis.gov.uk>
26. Devers, G. (1995), *Droit Infimier*, Paris: ESKA.
27. Dodgson, R., Lee, K., & Drager, N. (2002), *Global Health Governance A Conceptual Review*, Joint Centre on Global Change & Health London School of Hygiene & Tropical Medicine, Dept of Health & Development World Health Organization.
28. Duguet, A-M. (2001), *Jurisprudence Professionnelle Medicaux*, Paris: Berger-Levrault.
29. Edge, J., & Liu, Ch., eds. (2011), *Framework Convention on Global Health*, in Steven J. Hoffman (ed), *Student voices 2: Assessing Proposals for Global Health Governance Reform*, in Chapter 10, Hamilton, Canada: McMaster Health Forum.
30. Eide, A. (1995), *Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights*, Martinus Nijhoff Publishers & Kluwer.
31. Farmer, P. (2003- 2004), *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, California Series in Public Anthropology.
32. Fewtrell, L., Prüss-stün, A., Bos, R., Gore, F. & Bartram, J., eds. (2007), *Water, Sanitation and Hygiene: Quantifying the Health Impact at National and Local Levels in Countries with Incomplete Water Supply and Sanitation Coverage*, Environmental Burden of Disease Series, no. 15, Joint World Health Organization & Public Health and the Environment, Geneva.
33. Fischer, J.E., Kornblet, S., & Katz, R., (2011) *International Health Regulations (2005): Surveillance and Response in an Era of Globalization*, Joint Stimson Global Health Security Program, School of Public Health and Health Services, George Washington University.
34. Garner, B.A. (2014), *Black's Law Dictionary*, Editor in Chief, printed in the States of America, tenth edition.
35. Garret, L. (2005), *HIV and National Security Where Is the Link?*, The Council on Foreign Relations, New York, retrieved from: www.cfr.org
36. Giarini, O. (1980), *Dialouge on Wealth and Welfare: An Alternative View of World Capital Formation*, Oxford: Pergamon Press.
37. Gostin, L.O. (2008), *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*, 2nd ed. Berkeley: University of California Press.
38. Gostin, L.O. (2014), *Global Health Law*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London: England.

- Hellsen, S.K. (2005), «The Right to Health», *The Essentials of Human Rights*, Rhona K. M. Smith and Christein Van den Anker eds. Hodder Arnold.
- 39.Henckaerts, J-M., & Doswald-Beck, L., eds. (2005), *Customary International Humanitarian Law*, Volume 3, Cambridge, Mass: Cambridge University Press.
- 40.Human Security Network (2006), *Statement of Slovenia on Behalf of the Human Security Network at the International AIDS Conference*, Toronto, Canada, retrieved from: <http://www.humansecuritynetwork.org>
- 41.Human Security Report Project (2005), *Human Security Report 2005: War and Peace in the 21st Centur*, New York: Oxford University Press.
- 42.ILO (2001), *Social security: A New Consensus*, Geneva: ILO.
- 43.Independent Commission on Disarmament and Security Issues (1982), *Common Security: A Program for Disarmament*, London: Pan Book.
- 44.Inge, K., Grunberg, I., & Stern, M.A. (1999), *Global Public Goods, International Cooperation in the 21st Century*, Office of Development Studies (ODS), Bureau for Development Policy (BDP), United Nations Development Program (UNDP), New York.
- 45.IHME (2010), Murray, Ch.J.L., Heisel, W., & Leach-Kemon, K., *Financing Global Health 2010: Development Assistance and Country Spending in Economic Uncertainty*, Seattle: University of Washington.
- 46.IHME (2015), Dieleman, J., Murray, Ch.J.L., & Haakenstad, A., *Financing Global Health 2014 Shifts in Funding as the MDG Era Closes*, Seattle: University of Washington.
- 47.ISO Central Secretariat (2005), *The ISO Strategic Plan 2005-2010*, Geneva: Switzerland, retrieved from: <http://www.iso.org>
- 48.International Sanitary Conferences (1867), Report to the International Sanitary Conferences, of a Commission from Body on the *Origin, Endemic, Transmissibility and Propagation of Asiatic Cholera*, (translated by Samuel L. Abbot), Boston: Harvard University Library, retrieved from: <http://ocp.hul.harvard.edu>
- 49.Jackson, H.J. (1997), *The World Trading System: Law and Policy of International Economic Relations*, 2nd ed. Cambridge: The MIT Press.
- 50.Jensen L.B., S. (2004), *Fatal Years: How HIV/AIDS is Impacting National and International Security*, Geneva: UNAIDS Security and Humanitarian Response Unit.
- 51.Joint UNAIDS, IOM, OIM (2001), *Migrants' Right to Health*, Best Practice Collection, Geneva: Switzerland.
- 52.Joint World Health Organization & World Bank (2011), *World Report on Disability*, Malta: WHO.
- 53.Kickbusch, I. (2013), *Global Health Diplomacy, Concepts, Issues, Fora and Cases*, Springer Science + Business Media New York, preface.
- 54.Lacoste-Mary, V. (2006), *Droit Social International*, Paris: Ellipses.
- 55.Lalonde, M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*, a Working Document, Ottawa: Government of Canada, retrieved from: www.LalondeReport.org
- 56.Lebas, J. (1994), *Medecine Humanitaire*, Paris: Flammarion.
- 57.Leca, A. (2010), *Droit Pharmaceutique*, Aix-en-Provence. PUAM, 5th ed.

58. Lliev, D., & Vienonen, M., eds. (1997), *Patients' Rights in Europe as at June 1997*, WHO Regional Office for Europe, Health Services Management, Health Care Services.
59. Mahoney, K.E. (1993), *Human Rights in the Twenty-First Century, A Global Challenge*, M. Nijhoff.
60. Malanczuk, P. (1997), *Akehurst's Modern Introduction to International Law*, 7th ed. New York: Routledge.
61. Marks, S.P. (2013), *The Emergence and Scope of the Human Right to Health*, Published to Oxford Scholarship Online.
62. Martin R., & Johnson, L., eds. (2001), *Law and the Public Dimension of Health*, Cavendish Publishing: London.
63. Merson, M.H., Black, R.E., & Mills, A.J. (2012), 3rd ed. *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*, Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
64. Moran, M. (2005), *The New Landscape of Neglected Diseases Drug Development*, London: School of Economics and Political Science and the Wellcome Trust.
65. Moreillon, L. (2009), *Droit Penal Humanitaire*, Basel: Helbing and Lichtenhahn, 2nd ed.
66. Ooms, G. (2011), *Global Health: What It Has Been So Far, What It Should Be, and What It Could Become*, Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Working Paper Series of the Studies in Health Services Organization and Policy Nr.2, Antwerp Belgium.
67. Organization for Economic Cooperation and Development (2005), *The Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonization, Alignment, Results, and Mutual Accountability*, Paris: OECD.
68. Practice, B. (2001), *Les Hygienistes: Enjeux, Modeles et Pratiques, XVIIIe- XXe siecles*, Paris: Belin.
69. Price Smith, A. (2002), *The Health of Nations: Infectious Disease, Environmental Change, and Their Effects on National Security and Development*, Cambridge: Mass, MIT Press.
70. Qureshi, A., & Ziegler, A., eds. (2007), *International Economic Law*, London: Sweet and Maxwell, 2nd ed.
71. Rault-Doumax, Ph. (2008), *L'assurance-maladie au risqué de la mondialisation: la crise structurelle du systeme de santé*, Paris: L'Harmattan.
72. Shaw, J.D. (2007), *World Food Security: a History Since 1945*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
73. Simma, B. (1991), *The Implementation of International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, University of Michigan Law Library Catalog.
74. Simon, J.D. (1999), *Biological Terrorism: Preparing to Meet the Threat in biological weapons: limiting the threat*, Joshua Lederberg, ed.
75. Soraya, F. (2011), *Protecting Access to Markets*, COPLA, archived from the original.
76. Steiner, H.J., & Alston, Ph., eds. (2008), *International Human Rights in Context: Law, Politics, Morals*, 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
77. Sydney Hornby, A. (2010), *Oxford Advanced Learner's Dictionary*, edited by A.S Hornby, Oxford: New York, seventh edition.
78. Syed, M.H. (2003), *Human Rights, the new era*, New Dehli: Kilaso Books.

79. Tickner, J.A. (1992), *Gender in International Relations: Feminist Perspectives on Achieving Global Security*, New York: Colombia University Press.
80. The World Health Report (1998), *Life in the 21st Century A Vision for All*, Report of the Director-General, Geneva: World Health Organization.
81. Tomasevski, K. (1995), First ed. *Health Rights*, in: Asbjorn Eide, Catarina Krause, Allan Rosas, Economic, Social and Cultural Rights: A Text Book, Martinus Nijhoff Publishers.
82. UK (2008), *Health is Global: UK Government Strategy 2008-13*.
83. UN Food and Agriculture Organization (2012), *The State of Food Insecurity in the World 2012*, Rome: UN Food and Agriculture Organization.
84. UN Food and Agriculture Organization (2014), *The State of Food Insecurity in the World 2014*, Rome: UN Food and Agriculture Organization.
85. UN (2004), *A More Secure world: Our Shared Responsibility*, Report of the Secretary-General's High-Level Panel on Threats, Challenges and Change, New York: UN Department of Public Information.
86. UN (1997), *Year Book of the International Law Commission*, Report of the Commission to the General Assembly on the work of its twenty-ninth session, New York.
87. United Kingdom (2009), *Health is Global: UK Government Strategy 2008-13*, London: Department of Health.
88. United Kingdom HM Government (2011), *Health is Global: An Outcomes Framework for Global Health 2011-15*.
89. United Nations Children's Fund (UNICEF) and WHO (2012), *Progress on Drinking Water and Sanitation: 2012*, New York: UNICEF.
90. United Nations Children's Fund (UNICEF) and WHO (2014), *Progress on Drinking Water and Sanitation: 2014*, New York: UNICEF.
91. United Nations (2003), *The Secretary General's Address to the General Assembly*, New York.
92. Von Schirring, Y., & Mulholland, R.C. eds. (2002), *Health and Sustainable Development: Key Health Trends*, Geneva: WHO/HDE/HID/02.2.
93. Weatherill, S. (2005), *EU Consumer Law and Policy*, Cheltenham: Elgar.
94. Weeramantry, C.G. (2004), *Universalizing International Law*, Leiden, Netherlands: Martinus Nijhoff.
95. World Bank (2007), *Enhancing Control of Highly Pathogenic Avian Influenza in Developing Countries through Compensation*, retrieved from: <http://web.worldbank.org>
96. WHO (2008), *International Health Regulations (2005)*, Second Edition, Geneva: World Health Organization.
97. WHO (1983), *World Health Organization 1969*, 3rd Annotated Edition, Geneva: WHO.
98. WHO (1995), World Health Report, *Bridging the Gaps*, Report of the Director-General, Geneva: WHO.
99. WHO (1999), World Health Report, *Making a Difference in People's Lives: Achievements and Challenges*, in chapter 1, Health and Development in the 21th century, Geneva: WHO.
100. World Health Organization (2007), *The World Health Report 2007: A Safer Future: Global Public Health Security In The 21st Century*, Geneva: WHO.

101. World Health Organization (2009), *UK Institutional Strategy 2008-13*, United Kingdom: Department of Health.

B: Articles

1. Alter, KJ., & Meunier, S. eds. (2009), The Politics of International Regime Complexity, *Perspectives on Politics*, 7 (1).
2. Amin, M., Maclachlan, M., Mannan, H. & Shahla, EI. T., eds. (2011), Equiframe: A Framework for Analysis of the Inclusion of Human Rights and Vulnerable Groups in Health Policies, *Health and Human Rights*, 13 (2).
3. Annas, GJ. (2003), The Right to Health and the Nevirapine Case in South Africa, U.S. National Library of Medicine, *New England Journal Medicine*, 348 (8).
4. APHA (2006), What is Public Health?, *American Public Health Association for Science, for Action, for Health*, 1, retrieved from: www.apha.org
5. ASPH (2010), International Global Health, *Association of School of Public Health*, retrieved from: <http://www.asph.org>
6. Ban, J. (2003), Health as a Global Security Challenge, *Seton Hall Journal of Diplomacy and International Relations* 4, IV (2).
7. Bassett, MT. (2006), Health For All in the 21st Century, *American Journal of Public Health* 96 (12), retrieved from: www.amjpublichealth.com
8. Behnke, R. (2012), What is Health?, retrieved from: www.articlesbase.com
9. Belanger, M. (1989), International Health Law and Consumer Autonomy, *Journal of Consumer Policy*, 12 (3).
10. Belanger, M. (1998), Training in Health Law, *International Digest of Health Legislation*, 49 (1).
11. Berwick, D. (2002), We all Have AIDS: Case For Reducing The Cost Of HIV Drugs To Zero, *British Medical Journal*, 324 (7331).
12. Beylveled, D., & Brownsword, R. eds. (1998), Human Dignity, Human Rights, and Human Genetics, *The Modern Law Review*, 61 (5).
13. Brown, TM., Cueto, M., & Fee, E. (2006), The World Health Organization and Transition From "International" to "Global" Public Health, *American Journal of Public Health*, 96 (1).
14. Bruntland, GH. (2003), The Globalization of Health, *Seton Hall Journal of Diplomacy and International Relations*, 4 (2).
15. Calain, Ph. (2007), From the Field Side of the Binoculars: A Different View on Global Public Health Surveillance, *Health Policy and Planning*.
16. Cavallaro, JL., & Schaffer, E., eds. (2006-7), Rejoinder: Justice before Justiciability: Inter-American Litigation and Social Change, *NYU Journal of International Law and Policy*, 39 (1).
17. Chan, M. (2008), Global Health Diplomacy, Negotiating Health in the 21st Century, retrieved from: <http://www.who.int/dg/speeches>
18. Chan, M., Gahr Store, J. & Kouchner, B. (2008), Foreign Policy and Global Public Health: Working Together Towards Common Goals, *WHO Bulletin*, 86 (7).
19. Chan, M. (2010), Access to Medicines: Prices and Procurement Practices, Intellectual Property, WHO-WIPO-WTO Joint Technical Symposium, retrieved from: <http://www.wto.org>

20. Columbia Office of Career Services, (2012), Career Opportunities in Global Health, International Careers Summaries of the Field, retrieved from: www.sipa.columbia.edu/ocs
21. David, M., & Helmets, R. eds. (2001), The Certain Pitfalls of Marshaling Security Council Resources to Combat AIDS in Africa, *Human Rights Quarterly*, 23 (3).
22. Department of Health (2013), Improving Outcomes and Supporting Transparency, part 1A: A public health outcomes framework for England, 2013-2016, retrieved from: <http://www.bis.gov.uk>
23. Dominguez, E. (2013-14), The Right to Health, Icelandic Human Rights Center, retrieved from: info.humanrights.is
24. Electronic Information System for International Law (EISIL), (2006), Constitution of the World Health Organization 1948, Basic Documents, Forty-fifth Session, Supplement, retrieved from: <http://www.who.int>
25. Elmendorf, A.E. (2010), Global Health: Then and Now, UN Chronicle, the Magazine of the United Nations, no. 2, retrieved from: <http://www.un.org>
26. Eric, F., & Gostin, L.O., eds. (2012), Pillars for Progress on the Right to Health: Harnessing the Potential of Human Rights through a Framework Convention on Global Health, *Health and Human Rights Journal*, 14 (1).
27. European Agency for Safety Health at Work, (2007-2012), Community Strategy for Occupational Safety and Health at Work, retrieved from: <http://www.osha.europa>
28. Farmer, P. (1996), Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases, *Emerging Infectious Diseases*, 2 (4).
29. Feldbaum, H., Lee, K. & Patel, P. (2006), The National Security Implications of HIV/AIDS, Plos Medicine 3, no. 6, retrieved from: <http://researchonline.lshtm.ac.uk>
30. Fidler, DP. (2001), The Globalization of Public Health: the First 100 Years of International Health Diplomacy, World Health Organization, *Bulletin of World Health Organization*, 79 (9).
31. Fidler, DP. (2002), A Globalized Theory of Public Health law, *Journal of law, Medicine & Ethics*, 30 (2).
32. Fidler, DP. (2005), Health as Foreign Policy: Between Principle and Power, *Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations*, 7 (1).
33. Fidler, DP. (1998), The Future of the World Health Organization: What Role for International Law?, *Vanderbilt Journal of International Law*, 31 (5).
34. Fidler, DP. (2009), After the Revolution: Global Health Politics in a Time of Economic Crisis and Threatening Future Trends, *Global Health Governance* 2 (2).
35. Fidler, DP. (2004), Caught Between Paradise and Power: Public Health, Pathogenic Threats, and the Axis of Illness, Maurer School of Law: Indian University, *Mc George Law Review*, 35.
36. Fidler, DP. (2011), Rise and Fall of Global Health as a Foreign Policy Issue, *Global Health Governance*, IV (2).
37. Fidler, DP. (2005), From International Sanitary Convention to Global Health Security: The New International Health Regulations, *Chinese Journal of International Law*.
38. Foreign Affairs Canada, (2006), Pandemics: A Human Security Perspective, retrieved from: <http://geo.international.gc.ca>
39. Gable, L. (2007), The Proliferation of Human Rights in Global Health Governance, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35 (4).

40. Global Health Action, (2010), What is Global Health?, Co Action Publishing Global Health Center, retrieved from: www.umu.edu
41. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, About the Global Fund, retrieved from: <http://www.theglobalfund.org>
42. Gostin, L.O., & Taylor, A.L., eds. (2008), Global Health law: A Definition and Grand Challenges, Georgetown University Law Center, *Public Health Ethics*, 1 (1).
43. Gostin, L.O. (2001), Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the late Jonathan Mann, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 29 (1).
44. Gostin, L.O. (1998), A Tribute to Jonathan Mann: Health and Human Rights in the AIDS Pandemic, *Georgetown University Law Center*, 26 (3).
45. Gostin, L.O. (2007), A Proposal for a Framework Convention on Global Health, *Journal of International Economic Law*, 10 (4).
46. Gostin, L.O. (2008), Meeting Basic Survival Needs of the World's Least Healthy People: Toward a Framework Convention on Global Health, *Georgetown Law Journal*, 96 (2).
47. Gostin, L.O. (2005), World Health Law: Toward a New Conception of Global Health Governance for the 21st Century, *Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics*, 5 (1).
48. Gostin, L.O. (2007), A proposal for a Framework Convention on Global Health, *Journal of International Economic Law*, 10 (4).
49. Government of Canada (2013), Muskoka Initiative on Maternal, Newborn and Child Health (2012-2015), retrieved from: www.governmentofcanada.com
50. Grepin, K. (2011), The Rise of Global Health: Global Health vs. International Health, Global Health Policy Issues, retrieved from: <http://www.karengrepin.com>
51. Greve, J. (2008), Healthcare in Developing Countries and the Role of Business: A Global Governance Framework to Enhance the Accountability of Pharmaceutical Companies, *Corporate Governance*, 8 (4).
52. Gruskin, S., Bogecho, D., & Ferguson, L. (2010), Rights-Based Approaches' to Health Policies and Programs: Articulations, Ambiguities, and Assessment, *Journal of Public Health Policy*, 31.
53. Hafner-Burton, E.M., Victor, D.G. & Lupu, Y., eds. (2012), Political Science Research on International Law: The State of the Field, *American Journal of International Law*, 106 (1).
54. Harmer, A. (2011), Understanding Change in Global Health Policy: Ideas, Discourse and Networks, *Global Health Public*, 6 (7).
55. Haq, C., Hall, Th., Thompson, D. & Bryant, J., eds. (2009), Primary Health Care: Past, Present and Future, *Global Health Education Consortium*.
56. Health Policy (2007), Oslo Ministerial Declaration, Global Health: a Pressing Foreign Policy Issue of our Time, *The Lancet*, 369 (9570), retrieved from: www.thelancet.com published online April 2, doi:10.1016/s
57. Heywood, M. (2003), Preventing Mother-to-Child HIV Transmission in South Africa: Background, Strategies and Outcomes, Treatment Action Campaign's case against the Minister of Health, *South African Journal of Human Rights*, (19), retrieved from: <http://www.tac.org.za>
58. Hoffman, S.J., & Røttingen, J.-A., eds. (2012), Assessing Implementation Mechanisms for an International Agreement on Research and Development for Health Products, *Bulletin of the World Health Organization*, (90).

59. Holmes, D. (2015), Dainius Pūras: UN Special Rapporteur on the Right to Health, *The Lancet*, 385 (9971).
60. Jamar, S.D. (1994), The International Human Right to Health, *Southern University Law Review*, 1 (22).
61. Jamison, D., Frenk, J. & Knaul, F. (1998), International Collective Action in Health: Objectives, Functions, and Rationale, *The Lancet*, 351 (9101).
62. Joint Action and Learning Initiative on National and Global Responsibilities for Health (2012), The Framework Convention on Global Health (FCGH) and the Post-2015 Development Agenda: Incorporating the Principles of an FCGH into the New Development Goals.
63. KickBush, I. (2006), The Need for a European Strategy on Global Health, *Scand Journal Public Health*.
64. Kickbusch, I. (2003-2004), Global Health Governance: Some Theoretical Considerations on the New Political Space, in Health Impacts Of Globalization: Towards Global Governance, retrieved from: www.ilonakickbusch.com
65. Keohane, R.O., & Nye, J.S., eds. (2001), Power and Interdependence, *International Organization*, 41 (4).
66. Kolawole Oke, E. (2013), Incorporation of Right to Health Perspective into the Resolution of Patent Law Disputes, *Health and Human Rights*, 15 (2).
67. Koplan, J.P., Bond, T.Ch., Merson, H.M., Reddy, K.S., Rodriguez, M.H., Nelson, K.S. & Wasserheit, J.N., eds. (2009), Towards a Common Definition of Global Health, *The Lancet*, (373).
68. Lee, K., & Smith, R., eds. (2011), What is Global Health Diplomacy?, A Conceptual Review, *Global Health Governance*, V (I).
69. Lee, K., Health and Diplomacy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, retrieved from: www.Kelley.LeeIshtm.ac.uk
70. MacFarlane., S.B., Jacobes, M., & Kaaye, EE. (2008), In the Name of Global Health: Trends in Academic Institutions, *Journal Public Health Policy*, 29 (4). retrieved from: www.palgrave-journals.com/jphp
71. Mann, J.M. (1996), Health and Human Rights, *British Medical Journal*, 312 (7036).
72. Marks, S.P. (2013), The Right to Health in Perspective, *American Journal of Public Health*.
73. Martens, P., Akin, Su-M., Maud, H., & Mohsin, R., eds. (2010), Is Globalization Healthy: A Statistical Indicator Analysis of Impacts of Globalization on Health, *Globalization and Health*, retrieved from: <http://www.globalizationandhealth.com/content>
74. Mills, E.J., & Singh, S., eds. (2007), Health, Human Rights, and the Conduct of Clinical Research within Oppressed Populations, BioMed Central, retrieved from: www.BioMedCentral.com
75. Myong Sei, S. (2003), Public Health Law: The Values of Global Collaboration, *Journal of law, Medicine & Ethics*, 31 (4).
76. National Intelligence Council Report, ICA, (2008), Strategic Implications of Global Health.
77. Navarro, V. (2009), What We Mean by Social Determinants of Health, *International Journal of Health Services*, 39 (3).
78. Owen, J.W., & Roberts, O., eds. (2005), Globalization, Health and Foreign Policy: Emerging Linkages and Interests.

79. Paris, R. (2001), Human Security: Paradigm Shift or Hot Air?, *International Security*, 26 (2).
80. Prah Ruger, J., & Yong, N., eds. (2010), Emerging and Transitioning Countries' Role in Global Health, *Saint Louis University Journal of Health Law & Policy*, 3.
81. Prah Ruger, J. (2008), Normative Foundations of Global Health Law, University of Pennsylvania, *Georgetown Law Journal*, 96.
82. Ryan, M.A. (2008), Health and Human Rights, *Theological Studies*, 96 (1).
83. Rodier, G. (2007), New Rules on International Public Health Security, *Bulletin of the WHO*, 85 (6), retrieved from: www.who.int/bulletin
84. Simon, D.J. (1997), Biological Terrorism: Preparing to Meet the Threat, *JAMA*, 278 (5).
85. Soraya, F. (2011), Protecting Access to Markets, *COPLA*, retrieved from: www.copla.net/en/523
86. Stuckler, D., McKee, M., eds. (2008), Five Metaphors about Global-Health Policy, *The Lancet*, 372 (9633).
87. Tadjbakhsh, Sh. (2007), Human Security in International Organizations: Blessing or Scourge?, *The Human Security Journal*, 4.
88. Teegardin, C. (2013), Elements of Health Care Law Taking Effect, *Atlanta Journal-Constitution*, retrieved from: <http://www.ajc.com>
89. The Codex System: FAO, WHO and the Commission of the Codex Alimentarius (2006), Understanding the Codex Alimentarius, Geneva: WHO, 3rd ED., retrieved from: www.fao.org/docrep.htm
90. The Recent Department for Business, Innovation and skills (BIS) White Paper (2009), Trade and Investment for Growth.
91. The Recent Department for Business, Innovation and Skills (BIS) White Paper (2011), Trade and Investment for Growth.
92. Toebes, B. (1999), Towards an Improved Understanding of International Human Right to Health, *Human Rights Quarterly*, 21 (3).
93. UNICEF, (2006), Bellagio Statement of Principles, Berman Institute of Bioethics, The Bellagio Meetings, retrieved from: <http://www.hopkinsmedicine.org> & www.unicef.org/avianflu/files
94. United Kingdom HM Government, (2014), Health is Global: An Outcomes Framework for Global Health 2011-15, Department of Health, retrieved from: www.gov.uk
95. Walt, G., Buse, K. & Harmer, A. (2003- 2004), Global Cooperation in International Public Health, in *International Public Health: diseases, programs, systems, and policies*, chapter Micheal H. Merson, et al., retrieved from: www.jonesandbartlett.com
96. WHO (2005), Avian Influenza Assessing the Pandemic Threat, WHO/CDS/2005, retrieved from: <http://who.int/csr/disease>
97. WHO (2013), Global Health Histories, Origin and Development of Health Cooperation, retrieved from: <http://www.who.int>
98. WHO (2007), World Health Day, Issues Paper: International Health Security: Invest in Health, Build a Safer Future, retrieved from: <http://www.who.int>
99. WHO (2013), World Health Statistics 2013, retrieved from: <http://www.who.int>
100. Woodward, D., & Smith, R.D., eds. (2003), Global Public Goods and Health: Concepts and Issues, in *Global Public Goods for Health: Health, Economic, and*

Public Health Perspectives, chapter Richard D. Smith et al. eds, retrieved from: www.who.com

101. World Bank (2006), Avian and Human Influenza: Update on Financing Needs and Framework, retrieved from: <http://siteresourcesworldbank.org> [Avian and Human Influenza]
102. World Bank (2007), Enhancing Control of Highly Pathogenic Avian Influenza in Developing Countries through Compensation, retrieved from: <http://web.worldbank.org>
103. World Health Organization (1987), Eighth General Programs of Work, *Global Medium-Term Program*, Program (3.4), Health Legislation.
104. World Health Organization (2003), International Migration, Health and Human Rights, *Health and Human Rights Publication Series*, (4).
105. World Health Organization and United Nations Human Rights (2014), A Human Rights-Based Approach to Health.
106. World Health Organization (2001), History of WHO and International Cooperation in Public Health, retrieved from: <http://www.who.or>
107. Wyn O., Roberts, John and Olivia, eds. (2005), Globalisation, Health and Foreign Policy: Emerging Linkages and Interest, Globalization and Health, BioMed Central.
108. Zdravookhr, S. (1966), From the History of International Cooperation on Public, *PubMed*, 25 (1), retrieved from: <http://www.pubmed.gov>

C: Documents

1. African Commission on Human and Peoples' Rights, African Charter on Human and Peoples' Rights, 1981.
2. Agreement on Technical Barriers to Trade (TBT)
3. Alma-Ata Declaration, 1977-8.
4. American Convention on Human Rights
5. Application of Sanitary and Phytosanitary Measures, SPS
6. Bulletin of the World Health Organization, Print Version ISSN. <http://dx.doi.org/2001>
7. CEDAW, General Recommendation No. 26 on Women Migrant Workers (2008), CEDAW/C/2009/WP.1/R.
8. Commission on Human Rights (2003), E/CN.4/2003/58.
9. Commission on Human Rights (2005), E/CN.4/2005/L.10/Add.10.
10. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000), General Comment No.14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health, E/C.12/2000.
11. Council of Europe, European Social Charter (1961), Human Rights in International Law: Basic Texts, Strasbourg: Council of Europe Press.
12. Declaration on the Promotion of the Patient's Rights in Europe, Amsterdam 1997.
13. EU (2008), International Health Regulations, Official Journal of European Union, n C 187E, retrieved from: www.europarl.europa.eu
14. EU (2007-2012), the Resolution of the European Union Council of 25th June 2007 relative to A New Community Strategy for Occupational Safety and Health.
15. EUR-Lex (2008), Directive 2008/99/CE, European Parliament and Council, Relative to the Environment by Criminal Law, Official Journal of the European Union L 328.
16. European Agency for Safety and Health at Work (1985), Directive 85/374/CEE, on Manufacture Responsibility Principle, Liability For Detective Products.

17. European Agency for Safety and Health at Work, EU Strategy on Safety and Health at Work, The European Community Strategy for Health and Safety at Work (2007-2012), the Resolution of the European Union Council of 25th June 2007 relative to «A New Community Strategy for Occupational Safety and Health», 2007-2012, retrieved from: <http://www.osha.europa.eu>
18. European Convention of Social and Medical Assistance
19. Framework Convention to Tobacco Control
20. General Agreement on Tariffs and Trade (GATT)
21. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2012), About the Global Fund, retrieved from: <http://www.theglobalfund.org>
22. Human Rights Committee (1994), General Comment 6, Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, U.N. Doc. HRI\GEN\1\Rev.1.
23. Human Rights Committee (1994), Rules of Procedure of the Human Rights Committee, UN Doc. CCPR/C/3/Rev.3.
24. ICJ (1996), Advisory Opinion on the Legality or Use of Nuclear Weapons, Reports of Judgments, Advisory Opinions and Orders.
25. International Center For Quality Certification (2001), General Product Safety Directive 2001/95/CE.
26. International Code of Marketing of Beast-Milk Substitutes
27. International Committee of the IOE (2008), Resolution no. XXVIII, on Food Security and Animal Health.
28. International Conference on Primacy Health Care (1987), Declaration of Alma-Ata, Alma-Ata: USSR.
29. International Health Regulation 2005
30. Joint Fact Sheet WHO (2007), OHCHR, the Right to Health, no. 323, retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre>
31. Joint UN & WHO (1992), Rio Framework Convention on Biodiversity.
32. Joint UN & WHO (2001), Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants.
33. Joint UN (1998), WHO & UNEP, Rotterdam Convention on Prohibition of Hazardous Chemicals.
34. Maastricht Treaty 1992
35. OAU (1981), African Charter on Human and People's, Organization of African Unity.
36. OECD (2008), The Accra Agenda for Action: 2005/2008, Paris and Accra: OECD 2005/2008.
37. Office of High Commissioner for Human Rights (1999), CEDAW, General Recommendation No. 24 on Women and Health.
38. Office of High Commissioner for Human rights (2000), CESCR, General Comment No. 14 on the Right to the Highest Attainable Standard of Health.
39. Office of High Commissioner for Human Rights, CRC (2003), General Comment No. 4 on Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child.
40. Office of the High Commissioner for Human Rights (1999), CESCR, General Comment No. 11, Action Plans for Primary Education.

41. Office of the High Commissioner for Human Rights (2002), The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Commission on Human Rights Resolution.
42. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights & World Health Organization (2008), The Right to Health, United Nations Office at Geneva, Fact Sheet no. 31.
43. Official Journal of European Union (2008), International Health Regulations, n C 187E.
44. Official Records of the World Health Organization (1969), Resolution WHA 26.55 on Additional Regulations of 23 May 1973 amending the International Health Regulations.
45. Organization American States (1969), American Convention on Human Rights.
46. Paulista Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1992), Minneapolis: International Women's Right Action Watch.
47. The Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures.
48. The General Agreement on Trade in Services (GATS)
49. The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action (2005/2008), retrieved from: www.oecd.org
50. Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS)
51. UN, Doc. E/C.12/2000/4, reprinted in Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies, 2000.
52. UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.6, University of Minnesota 2003.
53. UN Committee on Economic (1990), Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 3, The Nature of States Parties' Obligation, UN Doc. E/1991/23.
54. UN General Assembly (1972), Resolution 2997 (XXVIII) on Institutional and Financial Arrangement for International Environmental Cooperation.
55. UN General Assembly (1998), Resolution 43/129 New International Humanitarian Order.
56. UN General Assembly (1981), Resolution WHA 34.35 on High Priority Ranking Assistance to Refugees in Africa.
57. UN Human Rights Committee (2005), General Comment No. 6, The Right to Life Survival and Development.
58. UN Human Rights Council (2010), Resolution 15/2010/22.
59. UN Human Rights (1974), Office of the High Commissioner for Human Rights, Resolution 3318 on Declaration on the Protection of Women and Children in Emergency and Armed Conflict [XXIX].
60. UN Treaty Collection (2015), Status of Treaties, Chapter IV: Human Rights, retrieved from: <http://treaties.udhr.un.org>
61. UN World Food Program (2007), World Hunger Series 2007: Hunger and Health.
62. UN (2003), E/CN.4/2003/58.
63. UN (2004), A More Secure world: Our Shared Responsibility, Report of the Secretary-General's High-Level Panel on Threats, Challenges and Change, New York: UN Department of Public Information.
64. UN (1945), Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice, New York: Department of Public International for Nations, retrieved from: <http://treaties.un.org>
65. UN (1999), Committee on the Elimination of Discrimination against Women, General Recommendation No. 24, Women and Health.

66. UN (2013), Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 15, The Right of The Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health.
67. UN (1993), Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment Inhuman Rights, A Compilation of International Documents, Geneva: United Nations.
68. UN (1989), Convention in the Rights of the Child, United Nations General Assembly Official Regulations Supplement 44/25, retrieved from: www.unicef.org/hr/convention-child.htm
69. UN (1993), Convention Relating to the Status of Refugees, in Human Rights A Compilation of International Documents, Geneva: United Nations.
70. UN (1993), Vienna Declaration and Program of Action, Doc. A/CONF.157/23, World Conference on Human Rights.
71. UN (2000), Doc. E/C.12/2000/4.
72. UN (2003), Doc. HRI/GEN/1/Rev. 6, University of Minnesota.
73. UN (1994), Doc. HRI/GEN/1/Rev. 1.
74. UN (2013), Doc. CRC/C/GC/15.
75. UN (2001), E/CN. 4/2001/33.
76. UN (2002), E/CN. 4/2002/32.
77. UN (2002), E/CN. 4/2002/61.
78. UN (2003), E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev. 2.
79. UN (2005), Economic and Social Council, Commission on Human Rights, E/CN.4/2005/85, Specific Groups and Individuals: Migrant Workers.
80. UN (1959), European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, New York: United Nations.
81. UN (1998), General Comment No. 9, The Domestic Application of the Covenant, E/C.12/1998/24.
82. UN (2002), High Commissioner for Human Rights, Commission for Human Rights, Resolution 2002/31.
83. UN (1993), International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, in Human Rights: A Compilation of International Documents, Geneva: United Nations .
84. UN (1993), International Covenant on Civil and Political Rights, in Human Rights, A Compilation of International Documents, Geneva: United Nations.
85. UN (1993), International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, in Human Rights, A Compilation of International Documents, Geneva: United Nations.
86. UN (1969), Vienna Convention the Law of Treaties between States and International Organizations or between International Organizations.
87. UN (2007), World Food Program, World Hunger Series 2007: Hunger and Health, retrieved from: <http://www.wfp.org>
88. UNEP (1989), Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Waste and Their Disposal.
89. UNDP (1994), Human Development Report 1994, Oxford: Oxford University Press.
90. UNDP (2006), Human Development Report, Power, Poverty and the Global Water Crisis, New York.
91. UNGA (2006), Commission for Human Rights, Resolution 60/251, retrieved from: www.uchr.org

92. UNGA (1993), High Commissioner for the Promotion and Protection of All Human Rights, Resolution 48/141, University of Minnesota.
93. UNGA (1966), International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination.
94. UNGA (2006), International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of with Disabilities.
95. UNGA (1990), International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, Resolution 45/158, United Nation Treaty Collection.
96. UNGA (1999), Report of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, Supplement No. 38, A/54/38/Rev. 1.
97. UNGA (2008), Resolution A/RES/63/117, Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.
98. UNGA (2001), Special Session of the General Assembly on HIV/AIDS: Report of the Secretary General, 2001, UN Doc A/55/779 [Special Session Report].
99. UNGA (1948), Universal Declaration of Human Rights, Resolution 217 A (III), University of Minnesota.
100. UNICEF (1989), Convention on the Rights of the Child, retrieved from: www.unic-ir.org/hr/convention-child.htm
100. United Nation General Assembly (2009), Resolution 63/33, 2009 on Global Health and Foreign Policy.
101. United Nations Development Program (2014), The Millennium Development Goals Report, New York: United Nations, retrieved from: <http://www.mdgs.un.org>
102. United Nations Environment Program (2000), Malmo Ministerial Declaration, retrieved from: www.unep.org
103. United Nations (2003), CRC General Comment No. 3 on HIV/AIDS and the Right of the Child.
104. United Nations General Assembly (1966), University of Minnesota, International Covenant on Economics, Social and Cultural Rights, (ICECR), General Assembly, Res 2200A (XXI), UN Doc., A/6316 (1966), United Nations Treaty Series 993, no. 14531.
105. United Nations General Assembly (2009), Global Health and Foreign Policy: Strategic Opportunities and Challenges, retrieved from: www.who.int
106. United Nations General Assembly (2005), Resolution A/RES/60/1.2005 World Summit Outcome, sixtieth session, retrieved from: www.ifrc.org/docs/idrl or www.un.org
107. United Nations (1993), Vienna Declaration and Program of Action, World Conference on Human Rights.
108. Universal Declaration of Human Rights (UDHR)
109. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights
110. University of Minnesota, Human Rights Library (1998), Prosecutor v Jean-Paul Akayesu, Case No.: ICTR-96-4-T, Judgment, T. Ch. I.
111. UNSC (2000), Res 1308, 2000, U.N.Doc S/RES/1308 on HIV/AIDS Pandemic Worldwide.
112. UNSC (2001), Res 1341, UN, Doc S/RES/1341, on the situation concerning the Democratic Republic of the Congo.
113. UNSC (2002), Res 1410, UN Doc S/RES/1410, on the situation in East Timor.

114. UNSC (2000), The Impact of AIDS on Peace and Security in Africa, UN Doc S/PV. 4087.
115. WHA (1998), Resolution 51.16 on Promotion of Horizontal Technical Cooperation in the Health Sector Reform of Developing Countries.
116. WHA (1969), Resolution 22.46 on the Regulations and Annex 1: Core Capacity Requirements For Surveillance And Response. Core Capacity Requirements For Designated Airports, Ports And Ground Crossings.
117. WHA (2006), Resolution 59.26 on International Trade and Health.
118. WHA (1969), Resolution 26.55 on Additional Regulations of 23 May 1973 amending the International Health Regulations.
119. WHA (1973), Resolution 26.58 relative to the early identification of health risks from the environment and to the preventing of their consequences.
120. WHA (1993), Resolution 46.6 on Emergency and Humanitarian Relief Operation.
121. WHA (1995), Resolution 48.2, on Emergency and Humanitarian Action.
122. WHA (1981), Resolution WHA 34.13.
123. WHO (1994), Ninth General Program of Work Covering the Period 1996-2001, health for all serie no, 11, Geneva: WHO.
124. WHO Global Strategy Concerning Occupational Health for All
125. WHO (2013), World Health Statistics 2013, WHO.
126. WHO (1992), Constitution of the World Health Organization, Geneva: World Health Organization.
127. WHO (2004), Intergovernmental Working Group on Revision of the International Health Regulations, Doc A/IHR/IGWG/2 on Summary Report of Regional Consultations.
128. WHO (1974), National Academy of Sciences, The International Biological Program (IBP), for the Surveillance of Environmental Salubrity, 1964-1974, retrieved from: www.nasonline.org
129. WHO (1989), Regional Office for Europe Copenhagen, Environment and Health, the European Charter and Commentary, coll. Regional publications European Series, no. 35, (First European Conference on Environment and Health, Frankfurt).
130. WHO (2003), Resolution WHA 56.28 on Revision of the International Health Regulations.
131. WHO (2003), Resolution WHA 56.29 on Sars.
132. WHO (1995), WHA Resolution 48.7 on Revision and Updating of the International Health Regulations.
133. WHO (2005), WHA, Resolution 58.3 on Revision of the Updating of the International Health Regulations [IHR (2005)].
134. WHO (2010), Global Health Action 2010, Department of Public Health and Clinical Medicine, Centre for Global Health Research, Epidemiology and Global Health, Sweden: Umea° University, pp.1-107.
135. World Conference on Human Rights (1993), Vienna Declaration and Program of Action, UN Doc. A/CONF.157/23.
136. World Food Security Compact 1985
137. World Health Assembly (1991), Resolution WHA 44.41 on Emergency Rescue and Humanitarian Aid Operations.
138. World Health Assembly (1993), Resolution WHA 46.39, Sanitary and Medical Services in Times of Armed Conflict.

139. World Health Assembly (2002), Resolution WHA 55.13, Medical Missions During Armed Conflicts.
140. World Health Organization (1981), Document WHA 34/1981/REC/1 on International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, Annex 3, Geneva.
141. World Health Organization (1987), Eighth General Programs of Work, Global Medium- Term Program, Program 3.4, Health Legislation.
142. World Health Organization (1989), Europe, European Charter on Environment and Health.
143. World Health Organization (1981), Global Strategy for Health for All by the Year 2000, health for all, series no. 3, Geneva.
144. World Health Organization (1969), Resolution EB 67.R13, Amendment of the International Health Regulations..
145. World Health Organization (1974), Resolution WHA 27.45, no. 217.
146. World Medical Association, retrieved from: <http://www.wma.net>
147. World Plan for Occupational Health
148. Yale Law School (1946), Constitution of World Health Organization, Lillian Goldman Law Library, retrieved from: <http://www.yale.edu>

D: Internet Sources (sites)

1. www.Britannica.com
2. www.ec.europa.eu
3. www.merriam-webster.com/dictionary
4. www.noormags.com
5. www.ohchr.org
6. www.rbm.org (roll back malaria)
7. www.scielosp.publichealth.org
8. www.tebyan.net
9. www.uhchr.org
10. www.unic-ir.org/hr/convenant-ec.htm
11. www.who.int/about/brochure_en
12. www.who.int/globalhealthhistories/background/en/index.html
13. www.who.int/whr/en/index.html

Abstract

Universal worth that have human origin, need norms and values that all human beings accepted in their consciences in this area, and considered necessary and appropriate from the perspective of respect for these rights. Indeed the «man as humanity», is worthy of having these basic rights. Which refers to common human and basic rights in this respect there is no difference in their nature. The preamble of the UN charter states that the intention of the international community is «faith in fundamental human rights, in the dignity and worth of the human person». Through the charter or other binding treaty, member states of the united nations committed to the promotion of «universal respect for and observance of human rights for all, without discrimination and is committed to working with all members of the united nations to achieve the above objectives». The capacity of the human rights provisions to improve health and promote the right to health of wide recognition and global acceptance of the main treaties, declarations, principles and even other non-binding documents can be deduced. Global development of the right to health, this right has developed in human rights discourse and practices of the international community, as a common language, regulations and practice framework. The importance of this debate is central, because the right to health, depend on to commitment, and action all these communities and help to the unity of language and understanding of cooperation between them provides assistance. Considering the extent of the health as a phenomenon that has not boundary and diversity of its range and high-range actions that are necessary for the realization of this right, clearly indicate that «the right to health is a shared commitment» and «international solidarity», ie the equal participation of all the factors are asked whether domestic or international. So there is a basis for the health that the lower level and less of its is unacceptable in any country. Since the right to health is as a binding right and with respect to the growth and development of globalization that is characteristic of today's world, the law has important role and help to regulating a comprehensive system for the global health law is needed. In this study, for improving of global health law declared that it was accomplished in the system of international law based on the UN Charter, the principle of «international cooperation in solving international problems of an economic, social and cultural, or humanitarian character» and collaboration in the promotion and advancement of «higher standards of living, full employment, and conditions of economic development and social» and «solutions of international economic, social, health and related and related problems and international cultural and educational cooperation» for well-being which are necessary for peaceful and friendly relations among nations, is forming the cornerstone of the system and the «center of gravity charter».

Keywords: right to health, global health law, human rights, state's obligations and considerations.



Payame Noor University

Department of Law

**Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the requirement for
the Degree of Ph.D. in International Law**

Title:

**The Formation of Global Health Law and
State's Considerations**

Supervisor:

Dr. Bahram Mostaghimi

Advisor 1:

Dr. Hossein Al-Kajbaf

Advisor 2:

Dr. Bahareh Heydari

By:

Fatemeh Fallahi

5 / 2016

