

حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر

محمد حبیبی مجنده*

استادیار گروه حقوق دانشگاه مفید

چکیده

حق بر سلامتی در زمره حق‌های بنیادین بشری است که در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. با این وجود، مفهوم و محتوای این حق، و نیز تعهدات دولت‌ها در دو سطح ملی و بین‌المللی در زمینه تحقق آن به خوبی بررسی نشده است. این نوشته تلاشی است در واکاوی جایگاه، مفهوم و محتوای حق بر سلامتی و نشان دادن ابعاد و قلمرو تعهدات دولت‌ها در تحقق آن.

واژگان کلیدی: حق بر سلامتی؛ نظام بین‌المللی حقوق بشر؛ حقوق اقتصادی؛ اجتماعی و فرهنگی.

۱. جایگاه حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر

حق بر سلامتی یکی از حق‌های بنیادین بشری شناخته شده در نظام بین‌المللی حقوق بشر است. این حق در معاهدات گوناگون و عرف بین‌المللی، جایگاهی استوار دارد و می‌توان آن را از اصول کلی مقبول نظام‌های حقوقی توسعه یافته به شمار آورد. در اینجا به هر یک از این منابع اشاره می‌کنیم:

نخستین و کلی‌ترین تجلی، البته ضمنی، حق بر سلامتی در معاهدات بین‌المللی، در منشور ملل متحد به چشم می‌خورد. با آنکه منشور سخنی از حق بر سلامتی به میان نیاورده است، ولی ماده ۵۵ آن، سازمان را ملزم به ارتقای «استانداردهای بالاتر زندگی» (بند الف) و یافتن «راه‌های مسائل بین‌المللی ... [مربوط به] سلامتی» (بند ب) می‌نماید. دومین انعکاس حق بر سلامتی در معاهدات بین‌المللی که نقطه عزیمت اسناد بعدی را تشکیل می‌دهد، در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ است. در مقدمه این اساسنامه آمده است «بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حق‌های بنیادی هر انسانی است» و «سلامتی ملت‌ها، برای دستیابی به صلح و امنیت، جنبه بنیادی دارد.» اما روشن‌ترین و کامل‌ترین بیان از حق بر سلامتی در معاهدات بین‌المللی، در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یافت می‌شود. بند ۱ ماده ۱۲ این میثاق با الهام از اساسنامه سازمان بهداشت جهانی می‌گوید: «دولت‌های عضو میثاق حاضر، حق هر فردی را به بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند.» بند ۲ همین ماده به

تفصیل به اقدام‌هایی که باید از سوی دولت‌های عضو در تحقق کامل حق بر سلامتی اتخاذ شود می‌پردازد. در بحث از محتوای حق بر سلامتی به این بند خواهیم پرداخت. حق بر سلامتی، هم‌چنین، در معاهدات حقوق بشری دیگر هم جایگاهی برجسته دارد. در این میان می‌توان از سه معاهده نام برد: ماده ۵ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی، دولت‌های عضو را متعهد می‌سازد حق هر فردی را نسبت به «سلامتی عمومی، مراقبت پزشکی، تأمین اجتماعی و خدمات اجتماعی» تضمین کنند. ماده ۱۲ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان، حاکی از توافق دولت‌های عضو به اتخاذ کلیه اقدام‌های مقتضی جهت تضمین «دسترسی به خدمات مراقبت سلامتی» برای مردان و زنان به صورتی برابر می‌باشد. ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک هم از «حق هر کودک نسبت به سطحی از زندگی که برای توسعه جسمی، روانی، معنوی، اخلاقی و اجتماعی کودک کافی باشد» و «حق کودک به بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی و امکانات مداوای بیماری و بازپوری سلامتی» سخن می‌گوید. از معاهدات جهانی که بگذریم، ماده ۲۶ کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر، ماده ۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر و ملت‌ها، ماده ۱۷ اعلامیه قاهره در مورد حقوق بشر در اسلام و منشور اجتماعی اروپا به شناسایی حق بر سلامتی در سطح منطقه‌ای پرداخته‌اند.

ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر به حق بر سلامتی اختصاص دارد: «هر کس بر چنان سطحی از زندگی حق دارد که برای سلامتی و رفاه خود او و خانواده‌اش، از جمله غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت پزشکی و خدمات ضروری اجتماعی، کافی باشد ...». توجه به این واقعیت که در همه معاهدات حقوق بشری و کم و بیش همه اعلامیه‌های مربوط به حقوق بین‌المللی بشر که از سال ۱۹۴۸ تاکنون به تصویب سازمان ملل رسیده، به اعلامیه جهانی استناد شده است (Bethros Ghali, 1995:27)، دلیلی کافی بر پذیرش حق بر سلامتی به عنوان قاعده‌ای از حقوق بین‌الملل عرفی است و بر همه کشورها الزامی می‌باشد.

تحقیقی که از سوی کمیسیون بین‌المللی حقوقدانان به درخواست سازمان بهداشت جهانی صورت گرفته و هنوز کامل نشده بیانگر آن است که حق بر سلامتی و حق‌های مرتبط با آن در بیشتر قانون‌های اساسی کشورها مورد شناسایی قرار گرفته است (International Commission of Jurists, 2002).

۲. مفهوم حق بر سلامتی

برای پی بردن به گستره مفهومی، قلمرو و محتوای حق بر سلامتی لازم است نگاهی از نزدیک

به اسناد بین‌المللی اصلی مربوط به این حق بیفکنیم. شناسایی جهانی حق بر سلامتی به معنای روشن بودن مفهوم و محتوای این حق به طور کامل نیست. در واقع، تبیین حق بر سلامتی، کاری بسیار دشوار و پیچیده است. این دشواری ناشی از عوامل گوناگون است. در اینجا به دو عامل مهم به طور جداگانه می‌پردازیم:

۲-۱. نارسایی تعبیر «حق بر سلامتی»

تعبیر رایج «حق بر سلامتی» افزون بر آنکه در اسناد حقوقی بین‌المللی یافت نمی‌شود، از نارسایی درونی نیز رنج می‌برد. سلامتی در معنای لغوی، محدود به کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیسم در حالتی فارغ از مریضی یا ناهنجاری اطلاق می‌شود، ولی در معنایی گسترده‌تر، «سلامتی عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی». این معنای گسترده جنبه آرمانی دارد و شاید هرگز قابل تحقق نباشد. از این گذشته، سلامتی مسئله‌ای است که جنبه نسبی و اضافی دارد، یعنی نسبت به اشخاص و محیط زندگی و نوع فعالیت و کار هرکس ممکن است به کلی متفاوت باشد. «به عنوان مثال سلامتی برای کتابدار، هنرمند یا فروشنده مغازه ممکن است با سلامتی برای چوب‌بُر، کشاورز یا آهنگر کاملاً فرق داشته باشد.» هر کدام از این اشخاص هم ممکن است در محیط زندگی و کار خود، سالم باشند ولی وقتی به شغل یا محیط دیگر وارد می‌شوند، ممکن است از لحاظ سلامتی آسیب ببینند. مثلاً، «کتابدار پس از پاروکردن برفی سنگین ممکن است دچار حمله قلبی شود، یا فرد ساکن در منطقه هم‌سطح دریا وقتی به منزلی در کوهستان نقل مکان می‌کند، ممکن است به دلیل کم بودن اکسیژن و تا زمانی که مقدار سلول‌های قرمز خون او با این ارتفاع متناسب شود، از تنگی نفس یا آنمی (کم خونی) رنج ببرد.» از طرف دیگر، سلامتی را نمی‌توان به فقدان بیماری تعریف کرد. نمی‌توان گفت شخصی که به بیماری مبتلا می‌شود، سلامتی خود را از دست داده است. بیماری هم ممکن است جنبه موقت یا ناپایدار داشته باشد و یا خود امری طبیعی در برخی شرایط و نسبت به برخی افراد باشد. به عنوان مثال، «نمی‌توان گفت فردی که به حمله ناگهانی دریازدگی دچار می‌شود سلامتی خود را از دست داده است.» (Encyclopedia Britanica, 1976: 687-88) البته می‌توان گفت سلامتی یعنی فقدان بیماری مستمر. روشن است که سلامتی، وضعیت و حالتی است که نمی‌توان آن را تضمین کرد. به عبارت دیگر، سلامتی چیزی نیست که بتوان آن را به کسی داد. وانگهی، از

دست دادن سلامتی گاه با اعمال ارادی خود فرد صورت می‌گیرد؛ مثل استعمال دخانیات، مصرف الکل و غیره، و گاه خارج از اراده انسانی است و گاهی نتیجه کارهای دیگران. از این رو، وقتی از حق بر سلامتی سخن به میان می‌آید نباید آن‌را به حق بر سالم بودن، مریض نبودن، ناتوان نشدن، و مانند آن تعریف کرد. با توجه به این مطلب، در انتخاب تعبیر درست برای چنین حقی و به کار بردن مناسب‌ترین واژه برای آن، اختلاف نظر وجود دارد. با اینکه عبارت «حق بر سلامتی» کاربردی گسترده‌تر دارد، تعبیری چون «حق بر مراقبت سلامتی»^۱، «حق بر مراقبت پزشکی»^۲ و «حق بر حمایت از سلامتی»^۳ هم مورد استفاده قرار گرفته است (Toebes, 1999: 661) به نظر ما با آنکه تعبیر «حق بر سلامتی» دارای نارسایی است، علاوه بر اینکه فهم متعارف از آن حق بر مریض نشدن، ناتوان و پیر نشدن و امثال آن نیست، مفهومی بسیار گسترده‌تر از حق بر مراقبت پزشکی و مراقبت سلامتی و حتی حمایت از سلامتی دارد و به همین دلیل کاربردی عمومی‌تر، به‌ویژه در سطح بین‌المللی، یافته است. به بیان دیگر، تعبیر حق بر سلامتی، عبارت کوتاه شده‌ای است که از محتوایی وسیع‌تر از اصطلاح‌های یاد شده برخوردار است و از این جهت بر آنان ترجیح دارد.

۲-۲. تنوع ابعاد و حوزه‌های مربوط به سلامتی

عامل دیگری که بر دشواری تعریف «حق بر سلامتی» می‌افزاید، وجود ابعاد گوناگون برای سلامتی و حوزه‌های متنوعی است که با سلامتی پیوند می‌یابند. در اسنادی که مورد اشاره قرار گرفت به طور معمول از سلامتی جسمی و روانی و گاه در کنار این دو از سلامتی معنوی و اجتماعی سخن به میان رفته است. اگر هم توافقی نسبی در مورد سلامتی جسمی وجود داشته باشد، یافتن توافق بر سر دیگر ابعاد سلامتی بسیار دشوار است. کافی است که به سلامتی روحی یا روانی اشاره کنیم. به طور دقیق منظور از این بعد از سلامتی چیست؟ فردی که از نظر روانی سالم تلقی می‌شود، چه ویژگی‌هایی دارد؟ البته این مقدار شاید محل اختلاف نباشد که شخصی ممکن است از نظر جسمی فردی قوی، مقاوم در برابر ابتلا به بیماری و توانا در کنار آمدن با مشکلات جسمی و دیگر ابعاد محیط فیزیکی خود باشد و در عین حال، از نظر وضعیت روحی، ناسالم به شمار آید، ولی معیار واحد و روشنی برای سلامتی روانی وجود ندارد. به عنوان مثال، «برخی گفته‌اند فرد در صورتی از نظر روانی، سالم است که کارکرد و رفتار منطقی خوبی داشته باشد. برخی دیگر معتقدند فرد سالم به لحاظ روانی کسی است که رفتار او همانند اکثر همگنان خود باشد. برخی هم چنین

فردی را با وضعیتی ایده‌آل مقایسه می‌کنند که می‌توان به آن نزدیک شد ولی دستیابی به آن ممکن نیست» (Encyclopedia Britanica, 1976: 688) در خصوص حوزه‌های مرتبط با سلامتی باید گفت اگر سلامتی را وضعیت مطلوبی بدانیم که در آن فرد انسانی قادر است کارکرد جسمی و روانی خوبی داشته باشد و طیف کاملی از قابلیت‌های خویش را بروز دهد و یا، چنانکه در *دانشنامه بریتانیکا* آمده است، سلامتی را «میزان توانایی مستمر جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی برای سازگاری فرد با محیط خود» (Ibid.: 687) تعریف کنیم، حوزه‌های بسیار متنوعی در تحقق و تداوم این وضعیت و توانایی از یک سو و متأثر ساختن و تهدید آن از سوی دیگر دخیل می‌باشند. اولاً این وضعیت انسانی وابسته به پیش‌شرط‌هایی برای حفظ و تداوم است. محیط زیست سالم، آب سالم آشامیدنی، تغذیه سالم، شرایط سالم کاری و حرفه‌ای، نظافت و بهداشت، آموزش بهداشتی و اطلاعات مربوط به سلامتی از جمله این پیش‌شرط‌هاست. از همین رو، حق بر سلامتی با حق‌های بشری دیگری پیوند می‌خورد؛ حق حیات، حق بر غذا، مسکن و پوشاک، حق آزادی بیان و دسترسی به اطلاعات، حق بر شغل و حق بر آموزش و پرورش. ثانیاً، سلامتی وضعیتی است بسیار شکننده و لرزان که همواره در معرض تهدید و آسیب می‌باشد. این مسئله خود مستلزم جلوگیری یا کاستن از عوامل تهدید کننده، مثل آلودگی زیست محیطی، است. از سوی دیگر، نیاز به بازگرداندن سلامتی پس از ابتلای به عوامل تهدید کننده، وجود امکانات و مراقبت‌های پزشکی را ضروری می‌سازد. بنابراین، تعریف «حق بر سلامتی» به گونه‌ای که از حق‌های هم‌جوار و مرتبط، متمایز گردد و حوزه‌ی راکه به گونه‌ای مستقیم به سلامتی مربوط می‌شود، دربرگیرد، مشکل‌تر خواهد بود.

در هر حال، هم‌چنان که برخی از نویسندگان به تفصیل بیان کرده‌اند. (Toebes; Jamar, 1994)، وقتی عبارت «حق بر سلامتی» به‌عنوان یک حق بشری مستقل شناخته شده در اسناد حقوقی بین‌المللی موضوع تعریف قرار می‌گیرد باید توجه کرد که «سلامتی» موجود در این عبارت را نمی‌توان به طور دقیق به همان معنای معمول و متعارف به کار برد، یعنی تعریف‌های فیلسوفان، ارکان و مراجع سلامتی عمومی، فرهنگ‌ها، دانشنامه‌ها و نظام‌های پزشکی را نمی‌توان معیار یک اصل و قاعده حقوقی دانست که در وضعیت‌های خاص قابل اجرا باشد. این گونه تعریف‌های کلی و گسترده در حقیقت نشانگر هدفی است که باید تلاش‌ها و منابع دولت‌ها برای تحقق آن به کار گرفته شود و از سوی سیاست‌گذاران به‌عنوان مشعل راه تلقی گردد. آنچه در عالم حقوق مورد نیاز

است، داشتن ضوابطی حتی الامکان عینی و قابل اجرا و سنجش است تا معلوم شود حق بر سلامتی به طور دقیق چه استحقاق‌های قانونی و مطالبه‌پذیر را دربر می‌گیرد و دولت‌ها در قبال آنچه تکلیف‌های مشخصی دارند و چگونه می‌شود عدم ایفای این تکلیف‌ها را به اثبات رساند و مسئولیتی بر دوش دولت نهاد.

۳. محتوای حق بر سلامتی

حق بر سلامتی از چه عناصری تشکیل شده است و چگونه می‌توان این عناصر را باز شناخت؟ دیدیم که بهره‌گرفتن از معنای لغوی و کاربرد کلمه «سلامتی» برای تعیین حدود «حق بر سلامتی» چندان کارساز نیست. برای این کار، که خصلتی حقوقی دارد، باید به تحلیل اسناد حقوقی بین‌المللی پرداخت، ولی چون آنچه در این اسناد در زمینه حق بر سلامتی آمده است به زحمت از حد کلی‌گویی فراتر می‌رود، ناگزیر از مراجعه به کارهای مقدماتی، رویه ارکان نظارتی این اسناد، اظهارات و فعالیت‌های سازمان‌های بین‌المللی که در زمینه حق بر سلامتی وظایفی به عهده دارند و به طور خاص سازمان بهداشت جهانی و نظریات حقوق‌دانان برجسته هستیم. برای آنکه دامنه این بحث به درازا نکشد و به کم‌ترین نکته‌های لازم اکتفا شود، اسنادی که تحلیل خواهیم کرد عبارت است از: اعلامیه جهانی (ماده ۲۵) و میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ماده ۱۲). نظر کلی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌عنوان ناظر بر اجرای مقررات میثاق در زمینه حق بر سلامتی، فعالیت کمیسیون حقوق بشر در این خصوص و همچنین تلاش‌های سازمان بهداشت جهانی در تبیین حق بر سلامتی نیز مورد توجه قرار خواهد گرفت.

۳-۱. ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر

در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر از حق بر سلامتی به طور خاص نامی به میان نیامده است، اما نکات مهمی در خصوص این حق در این ماده وجود دارد که شایسته تأمل است. متن کامل این ماده چنین است:

۱. هر کس بر چنان سطحی از زندگی حق دارد که برای سلامتی و رفاه خود او و خانواده‌اش، از جمله غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت پزشکی و خدمات ضروری اجتماعی، کافی باشد و [هر کس] حق بر تأمین در صورت بی‌کاری، مرضی، معلولیت، بیوه‌گی، پیری یا دیگر موارد فقدان معاش در اوضاع و احوال خارج از کنترل او دارد؛

۲. مادران و کودکان استحقاق مراقبت و مساعدت ویژه دارند. تمام کودکان، اعم از کودکان حاصل از ازدواج یا غیر آن، از حمایت اجتماعی یکسانی برخوردار خواهند بود.

این ماده را بیشتر می‌توان در بردارنده «حق بر سطح آبرومند زندگی» دانست که شامل شرایطی است که برای سلامتی فرد کافی باشد و نه به طور دقیق منعکس کننده حق بر سلامتی. در هر صورت، بند ۱ این ماده مورد توجه می‌باشد. در این بند دو حق مربوط به هم ذکر شده است: حق برخورداری از استاندارد زندگی که در آن، نیازهای اساسی فرد و خانواده‌اش به طور کافی برآورده شود. این نیازهای اساسی شامل سلامتی و رفاه نیز می‌شود. معنای این سخن آن است که چنانچه فردی در وضعیت مطلوب سلامتی و رفاه باشد، حق فوق تأمین شده است. خود سلامتی موضوع حق نیست؛ سلامتی معیار تحقق حق بر حداقلی از استاندارد زندگی است. در این بند ابزار دستیابی به حق ذکر نشده است. درست آن است که این ابزار متشکل از مجموعه‌ای از شرایط اقتصادی و اجتماعی باشد که به فرد امکان اداره زندگی خود و خانواده‌اش را بدهد. معنای حق بر استاندارد کافی از زندگی این نیست که همه آنچه لازمه زندگی اوست به طور مستقیم به وی داده شود. کرامت و استقلال فرد، که مبنای کل نظام حقوق بشر است، اقتضا می‌کند که دست نیاز به سوی دیگران از جمله دولت دراز نکند. به تعبیر دیگر، فرد باید با تلاش و بهره‌گرفتن از منابع خود، نیازهای اساسی خود را تأمین کند. ولی تأمین این نیازها از سوی خود او مستلزم نظامی اقتصادی و اجتماعی است که در آن، تلاش فردی به چنین نتیجه‌ای بینجامد. وظیفه دولت در این میان، حراست و حفاظت از چنین حقی با برقراری چنین نظامی است نه تبدیل شدن به صندوق خیریه سائل‌پرور. تعهد دولت در درجه نخست، تعهد به احترام و حمایت است نه تعهد به ایفا. بنابراین، «تابع فعال حق بر استاندارد کافی از زندگی، در حالت عادی و معمول، خود فرد است، به این معنا که فعالیت‌های اقتصادی برای تأمین معاش با تلاش خود وی آغاز می‌شود.» (Eide, 1999: 534-5)

برخی گفته‌اند که حق بر استاندارد کافی از زندگی می‌تواند با نظامی اقتصادی که در آن هر فردی بتواند کالا و خدمات کافی برای تأمین و توسعه سلامتی را کسب کند تحقق می‌یابد، ولی این حق مقتضی نظام اقتصادی خاصی نیست. دولت سوسیالیستی رفاه که در آن، نیازهای اساسی افراد به طور مستقیم تأمین می‌گردد و این کالا و خدمات در اختیار آنان قرار می‌گیرد به همان اندازه دولت رفاه غربی مدرن که اقتصاد بازار را با شبکه‌ای رفاهی ترکیب می‌کند، با الزامات این حق سازگار خواهد بود. (Jamar, 1994: 21) ولی به نظر ما نظام اقتصادی‌ای که در پی تأمین

مستقیم همه نیازهای معیشتی افراد باشد با اصل کرامت انسانی سازگار نیست. انسانی که در حالت عادی در تأمین نیازهای خود وابسته به دیگران باشد، فاقد عزت نفس است. به هر حال، حق بر سطح و استاندارد کافی از زندگی، دست کم الزاماً به معنای دسترسی مستقیم به غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت 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 منابع 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 استاندارد 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. (Alston, 1984: 287-8) 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. حق دوم که در بند ۱ ماده ۲۵ اعلامیه جهانی به آن تصریح شده است حق بر تأمین خدمات اجتماعی در صورت فقدان سلامتی، بیکاری، نقص عضو و 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 حالی غیر عادی به شخص تعلق می‌گیرد و مستلزم دسترسی مستقیم به شبکه‌ای از خدمات اجتماعی است؛ یعنی چنانچه شخص فاقد سلامتی 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.

۲-۳. ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، جامع‌ترین بیان در زمینه حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر است. در این ماده چنین آمده است: «۱. دولت‌های عضو میثاق حاضر حق هر کس را به بهره‌مندی از بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند؛ ۲. اقداماتی که دولت‌های عضو میثاق حاضر باید برای دستیابی به تحقق کامل این حق اتخاذ کنند شامل اقدامات ضروری برای موارد ذیل خواهد شد: الف) پیش‌بینی برای کاهش نرخ مرده‌زایی و مرگ‌ومیر کودکان و رشد و توسعه سالم کودک؛ ب) بهبود تمام ابعاد بهداشت زیست‌محیطی و صنعتی؛ ج) پیش‌گیری، درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر، بومی، شغلی و سایر بیماری‌ها؛ ایجاد شرایطی

که خدمات پزشکی و مراقبت پزشکی در صورت بیماری را برای همگان تضمین کند.» بند ۱ این ماده، بیان خود حق و بند ۲ آن، اقدامات ضروری برای نیل به حق می‌باشد. چند نکته در خصوص ماده ۱۲ میثاق در اینجا دارای اهمیت است: نکته نخست، ارائه تعریفی قابل وصول از حق بر سلامتی است. به بیان دقیق‌تر، ماده ۱۲ رویکردی عملگرا نسبت به حق بر سلامتی دارد. در این رویکرد، به جای تعبیر «حق بر سلامتی» و یا «وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی» از تعبیر «بهره‌مندی از بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی جسمی و روانی» استفاده شده است. حق بر سلامتی از این نگاه، حق بر کمال جسمی و روانی نیست و بعد اجتماعی سلامتی را هم در بر نمی‌گیرد. فرض بر آن است که سطح یا سطح‌هایی قابل وصول از سلامتی وجود دارد که هر فردی مستحق بهره‌مندی از آن است. البته این سطح می‌تواند با توجه به اوضاع و احوال متغیر باشد. از این نظر، «قابل وصول بودن» محتوایی عینی‌تر و واقعی‌تر به حق بر سلامتی می‌بخشد. نکته دوم آن است که حق بر سلامتی حقی است بر بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی و نه پائین‌ترین یا حداقل آن. بنابراین، حق بر سلامتی را نمی‌توان به حق بر حداقلی از آنچه برای سلامتی لازم است فروکاست. آنچه دامنه‌ای باز و وسیع‌تر به حق بر سلامتی می‌دهد افزودن بعد «سلامتی روانی» است. البته این بعد از سلامتی چندان تشریح نشده است و اقدام‌هایی که در بند ۲ لازم و ضروری دانسته شده، بیشتر با سلامتی جسمی ارتباط پیدا می‌کند. نکته سوم، پردازش غیر معمول عبارت‌های بند ۲ است که اقدام‌هایی مشخص و معین را برای تحقق کامل حق بر سلامتی مقرر می‌دارد. عبارت «تحقق کامل» را برخی به این معنا گرفته‌اند که تحقق حق بر سلامتی، امری تدریجی و نسبی است. (Jamar, 1994: 26-7) بند ۲ در بردارنده اقدام‌هایی است که جنبه حضری ندارد و از باب نمونه ذکر شده است، ولی همین نمونه‌ها نیز حوزه‌هایی متنوع و اعمالی بس گوناگون را در بر می‌گیرد: مراقبت پیش و پس از زایمان و در مراحل رشد کودک، بهداشت زیست‌محیطی و صنعتی، تلاش‌ها در حوزه سلامتی عمومی برای پیش‌گیری، درمان و کنترل بیماری‌های واگیر و تأمین و تدارک مراقبت و خدمات پزشکی.

۳-۳. «نظر کلی» کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ۱۱ مه ۲۰۰۰، نظر کلی شماره ۱۴ را در زمینه حق بر بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی صادر نمود. هدف نظر کلی کمیته، ارائه کمک و

مساعادت به کشورهای عضو میثاق در اجرای آن و ایفای تعهدات گزارش‌دهی آنها دانسته شده است. (General Comment 14: para. 6) نظر کلی کمیته از چند نکته مقدماتی و پنج بخش تشکیل شده است. نکته‌های مقدماتی نظر کمیته را می‌توان چنین خلاصه کرد: ۱. حق بر سلامتی، حق بشری بنیادی است و برای اعمال حق‌های بشری دیگر، ضروری و اجتناب‌ناپذیر می‌باشد (Ibid: para. 1)؛ ۲. حق بر سلامتی جایگاهی ویژه در اسناد متعدد بین‌المللی دارد (Ibid: para. 2)؛ ۳. حق بر سلامتی رابطه‌ای تنگاتنگ با دیگر حق‌های بشری دارد و به تحقق آنها وابسته است. این حق‌های مرتبط با سلامتی شامل موارد ذیل می‌شود: حق بر غذا، مسکن، شغل، آموزش و پرورش، کرامت انسانی، حیات، عدم تبعیض، برابری، ممنوعیت شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات و آزادی‌های تشکل، تجمع و جایجایی (Ibid: para. 3)؛ ۴. حق بر سلامتی محدود به حق بر مراقبت سلامتی نیست و تاریخچه تدوین و عبارت‌های روشن ماده ۱۲ میثاق نشان‌گر آن است که این حق دربرگیرنده طیفی گسترده از عوامل اجتماعی - اقتصادی است که شرایطی را فراهم می‌کنند که در آن مردم بتوانند زندگی سالمی داشته باشند. حق بر سلامتی دارای مؤلفه‌های اصلی نظیر غذا، تغذیه، مسکن، دسترسی به آب سالم و قابل شرب، بهداشت و نظافت، شرایط امن و سالم شغلی و محیط زیست سالم است (Ibid: para. 4)؛ ۵. وضعیت برخورداری انسان‌ها از حق بر سلامتی، وضعیت مطلوبی نیست و به خصوص میلیون‌ها انسان فقیر در سراسر جهان، بهره‌مندی از این حق را رویایی بیش نمی‌دانند. این وضع نتیجه موانع ساختاری و غیر ساختاری گوناگونی است که خارج از کنترل دولت‌هاست (Ibid: para. 5). پنج بخش متن اصلی نظر کمیته عبارت‌است از: ۱. محتوای هنجاری ماده ۱۲ میثاق (Ibid: paras. 7-29)؛ ۲. تعهدات دولت‌های عضو (Ibid: paras. 30-45)؛ ۳. نقض تعهدات ماده ۱۲ (Ibid: paras. 46-52)؛ ۴. اجرای حق بر سلامتی در سطح ملی (Ibid: paras. 53-62)؛ و ۵. تعهدات بازیگران دیگر غیر از دولت‌های عضو (Ibid: paras. 63-65). ما در اینجا فقط به بخش اول نظر کمیته اشاره می‌کنیم و بخش‌های دیگر را در بحث از تعهدات ناشی از حق بر سلامتی بررسی خواهیم کرد.

تحلیل کمیته از محتوای هنجاری حق بر سلامتی در بحث کنونی بسیار دارای اهمیت است و به زوایای این حق نفوذ می‌کند. با این وجود، این تردید را می‌توان ابراز داشت که نظر کمیته تا چه حد می‌تواند به تعهدات حقوقی منجز و قابل دادخواهی منجر شود. به نظر می‌رسد کمیته در میانه آرمان‌گرایی و واقع‌نگری گرفتار شده است. از دیدگاه کمیته، حق بر سلامتی دارای دو عنصر کلی آزادی‌ها و استحقاق‌هاست. به بیان دیگر، حق بر سلامتی حقی متشکل از دو بُعد کلی سلبی و

ایجابی است. آزادی‌هایی که جزئی از ماهیت این حق را رقم می‌زنند، حوزه‌ای از اختیار عمل فارغ از مداخله برای فرد در زمینه جسم و جان او ترسیم می‌کنند. این آزادی‌ها شامل حق شخص بر کنترل سلامتی و جسم خود و تولید مثل و حق بر آزادی از مداخله نظیر حق آزادی از شکنجه، درمان و آزمایش پزشکی بدون رضایت می‌شود، ولی استحقاق‌هایی که حق بر سلامتی به افراد می‌دهد در استحقاق کلی آنان نسبت به نظامی از حمایت از سلامتی جای می‌گیرد که برابری فرصت‌ها برای مردم در بهره‌مند شدن از بالاترین استاندارد سلامتی را تأمین کند (Ibid: para. 8).

البته همین عبارت بالاترین استاندارد، ذهن کمیته را درگیر خود کرده است. بی‌شک، چنانکه پیشتر دیدیم، منظور از بالاترین استاندارد سلامتی نمی‌تواند سلامتی تام و کامل باشد که امری است آرمانی و غیر قابل وصول. به همین دلیل، کمیته هم اذعان دارد که «بالاترین سطح از سلامتی، مستلزم پیش شرط‌های بیولوژیکی و اجتماعی-اقتصادی و منابعی است که هر کشوری در اختیار دارد.» کمیته معتقد است که «ابعادی وجود دارد که نمی‌توان صرفاً از دریچه رابطه دولت‌ها و افراد مورد توجه قرار داد؛ به طور خاص، دولت نمی‌تواند سلامتی کامل را تضمین کند و در برابر هر علت محتمل فقدان سلامتی، حمایت ارائه دهد. مثلاً عوامل ژنتیکی، استعداد و قابلیت فرد نسبت به بیماری‌ها و پیشه کردن سبک‌های ناسالم یا مخاطره‌آمیز زندگی نقش مهمی در سلامتی فرد دارد.» کمیته با این تحلیل به عبارتی کلیدی در نظر خود می‌رسد: «حق بر سلامتی» را باید حق بر بهره‌مندی از تسهیلات، کالاها، خدمات و شرایط متنوع ضروری برای تحقق بالاترین سطح قابل وصول از سلامتی دانست.» (Ibid: para. 9) اما تا اینجا، کمیته هنوز از حد کلیات عبور نکرده است. کمیته، گذر از کلی‌گویی را با استفاده از چهار عنصر ضروری برای حق بر سلامتی که در تمام اشکال و سطوح آن جریان دارد انجام می‌دهد. این چهار عنصر عبارت است از: در اختیار بودن^۴، در دسترس بودن^۵، قابل پذیرش بودن^۶ و کیفیت^۷. البته این عناصر به تسهیلات، کالاها و خدمات مربوط به سلامتی عمومی و مراقبت از سلامتی باز می‌گردد که هر فرد مستحق برخورداری از آنهاست. در اختیار بودن به این معناست که تسهیلات، کالاها و خدمات مزبور باید به مقدار و کمیت 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 باید عوامل اصلی مؤثر در سلامتی نظیر آب آشامیدنی مطمئن و سالم، تسهیلات کافی نظافت، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و دیگر مکان‌های مربوط به سلامتی، پرسنل آموزش دیده پزشکی و حرفه‌ای که درآمد رقابتی داخلی

دارند، را در برگیرد. قابل دسترس بودن به این معناست که تسهیلات، کالاها و خدمات مربوط به سلامتی باید در دسترس همگان، به ویژه آسیب‌پذیرترین یا به حاشیه رانده‌شده‌ترین بخش‌های جمعیت و بدون هیچ تبعیض مبتنی بر دلایل نژادی و غیره قرار گیرد. در دسترس بودن، خود ابعادی چهارگانه و متداخل دارد: عدم تبعیض، قابل دسترس بودن فیزیکی، قابل دسترس بودن اقتصادی (که مردم بتوانند از عهده پرداخت هزینه‌های آنها برآیند)، و قابل دسترس بودن اطلاعات مربوط به مسائل سلامتی. قابل پذیرش بودن هم به معنای آن است که تمام تسهیلات، کالا و خدمات سلامتی باید با مراعات اخلاق پزشکی و در نظر گرفتن فرهنگ افراد، اقلیت‌ها، ملت‌ها و جوامع و ملاحظه مقتضیات جنسی و چرخه حیات و البته با احترام به اصول رازداری در اختیار نهاده شود. و بالاخره، کیفیت این امکانات هم بسیار اهمیت دارد. طیف متنوع امکانات باید از نظر علمی و پزشکی نیز مناسب و دارای کیفیت خوبی باشد. این امر از جمله مستلزم پرسنل کارآموده پزشکی، داروهای تأیید شده علمی و دارای تاریخ مصرف معتبر است. هم‌چنین، تجهیزات بیمارستانی، آب آشامیدنی و نظافت و غیره نیز باید کیفیت مورد تأیید داشته باشند (Ibid: para. 12).

۳-۴. گزارش‌های مخبر ویژه کمیسیون حقوق بشر

کمیسیون حقوق بشر که هم اینک جای خود را به شورای حقوق بشر سپرده است، به‌عنوان مهم‌ترین رکن ملل متحد در توسعه نظام حقوق بشر تا این اواخر فعالیت خود را بر حقوق مدنی و سیاسی متمرکز ساخته بود و تقریباً هیچ تحرکی در خصوص حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نشان نمی‌داد. به ویژه در مورد حق بر سلامتی، به نظر می‌رسد کمیسیون این مهم را به سازمان بهداشت جهانی وانهاده بود، ولی در سال ۲۰۰۲ این سنت شکسته شد و کمیسیون حقوق بشر افزون بر صدور قطعنامه‌هایی در زمینه دسترسی به داروها^۸ و حقوق بشر برای اشخاص دارای ناتوانی‌های جسمی^۹، طی قطعنامه ۲۰۰۲/۳۱^{۱۰} اقدام به تعیین مخبر ویژه‌ای برای مدت سه سال^{۱۱} برای حق همگان به بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل وصول سلامتی جسمی و روانی نمود. در قطعنامه کمیسیون وظیفه‌های زیر برای مخبر ویژه مشخص شده بود: الف) گردآوری، درخواست، دریافت و مبادله اطلاعات مربوط به حق بر سلامتی از همه منابع ذیربط؛ ب) گفت‌وگو و بحث با همه بازیگران ذیربط در زمینه حوزه‌های عملیات؛ ج) گزارش وضعیت حق بر سلامتی در سراسر جهان از جمله قانون‌ها، خط‌مشی‌ها، رویه‌های خوب و موانع مربوط به این حق؛ د) ارائه توصیه‌هایی

توصیه‌هایی در زمینه اقدام‌های مقتضی مؤثر در پیشبرد و حمایت از حق بر سلامتی. مخبر ویژه کمیسیون حقوق بشر تاکنون گزارش‌های متعددی ارائه کرده است.^{۱۲} گزارش مقدماتی او از نقطه نظر بحث کنونی، که تحلیل محتوای حق بر سلامتی است اهمیت دارد. این گزارش در ۱۳ فوریه ۲۰۰۳ منتشر شده است. (Commission on Human Rights, 2003) البته این گزارش در تحلیل محتوای حق بر سلامتی مطالب زیادی به آنچه در نظر کلی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وجود داشت نمی‌افزاید. در حقیقت، مخبر ویژه به این واقعیت اشاره می‌کند که «با آنکه رویه قضایی ملی و بین‌المللی رو به رشدی در زمینه حق بر سلامتی وجود دارد، محتوای حقوقی این حق به خوبی تثبیت نشده است. این امر با عنایت به بی‌توجهی تاریخی به حق بر سلامتی و نیز سایر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تعجبی ندارد.» (Ibid: para. 39) گزارش مخبر ویژه بیش از آنکه بر «خط ترازها و محتوای» حق بر سلامتی متمرکز شود، در پی انجام وظیفه دشوار یافتن شیوه‌های عملیاتی کردن این حق می‌باشد. از نظر مخبر ویژه، «باید از هنجارهای ملی و بین‌المللی به خط‌مشی‌ها، برنامه‌ها و طرح‌های کارآمد انتقال یافت.» (Ibid: para. 40) گزارش مخبر ویژه از میان طیفی گسترده و متنوع از موضوعاتی که حق بر سلامتی، آنها را در می‌نوردد، به دو موضوع پرداخته است: حق بر سلامتی و فقر، و حق بر سلامتی و تبعیض و انگ زدن.^{۱۳} موضوع اول ارتباط بیشتری با پژوهش حاضر دارد. حق بر سلامتی و فقر، پیوندی متقابل دارند. ضعف سلامتی، علت فقر و نتیجه آن است. حق بر سلامتی و دیگر حق‌های بشری نقشی مهم و سازنده در کاهش فقر و راهبردهای مشابه دارد. ضعف و نقص سلامتی، وسیله امرار معاش را از افراد می‌ستاند، بهره‌وری کارگران را کاهش می‌دهد، موجب عقب‌افتادگی تحصیلی می‌شود و فرصت‌ها را محدود می‌کند. اشخاص مریض، احتمال فقیر شدنشان بیشتر است و فقیران در برابر بیماری‌ها و ناتوانی جسمی، آسیب‌پذیرترند. بنابراین، چنین می‌نماید که مبارزه با فقر، راهبردی اصلی در تأمین حق بر سلامتی می‌باشد. اگر کاستن یا از بین بردن فقر را از هدف‌های توسعه بدانیم، که به طور قطع چنین است، سلامتی از اجزای مهم و اساسی توسعه خواهد بود. از همین روست که «اهداف توسعه هزاره» که در «اعلامیه هزاره» (the UN Millennium Declaration) ملل متحد بیان شده، در میان هشت هدف،^{۱۴} چهار هدف مرتبط با سلامتی دارد: ۱. کاهش مرگ و میر کودکان؛ ۲. بهبود سلامتی مادران؛ ۳. مبارزه با HIV/AIDS؛ ۴. تضمین محیط زیست پایدار.

۳-۵. سازمان بهداشت جهانی و راهبرد جهانی سلامتی برای همه

سازمان بهداشت جهانی، که در سال ۱۹۴۸ به عنوان نخستین آژانس تخصصی ملل متحد پایه‌گذاری شد، نقشی کلیدی در تهیه و پیش‌نویس مقررات مربوط به حق بر سلامتی، و به‌ویژه ماده ۱۲ میثاق، داشته است. با اینکه این سازمان در زمره نهادهای حقوق بشری به‌شمار نمی‌آید، فعالیت‌ها و بیانیه‌های آن در استخراج عناصر سازنده حق بر سلامتی بسیار مؤثر می‌باشد. در اینجا از میان انبوه گزارش‌ها و اظهارات این سازمان فقط به «راهبرد جهانی سلامتی برای همه تا سال ۲۰۰۰» (WHO, 1981) اشاره می‌کنیم. این راهبرد را می‌توان مهم‌ترین سند سازمان در زمینه سلامتی دانست که بیانگر رویکرد حق - محور به سلامتی است (Jamar, 1994: 46). نقطه تمرکز این راهبرد، مراقبت اولیه سلامتی است که به «دستیابی همه ملت‌ها به بالاترین سطح ممکن از سلامتی» متناسب با منابع در اختیار یک کشور تعریف شده است. برنامه مراقبت اولیه سلامتی، شامل این موارد می‌شود: آموزش در خصوص مسائل و مشکلات رایج مربوط به سلامتی و شیوه‌های پیشگیری و کنترل آنها، گسترش عرضه و تأمین مطمئن و کافی غذا و تغذیه صحیح؛ عرضه کافی آب سالم و نظافت اولیه؛ مراقبت از سلامتی مادران و کودکان، از جمله تنظیم خانواده؛ ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های مسری مهم؛ پیشگیری و کنترل بیماری‌های رایج محلی؛ درمان درست و مناسب بیماری‌ها و جراحات شایع؛ و تأمین داروهای اساسی. راهبرد سازمان بهداشت جهانی چند خط‌مشی بنیادی را به‌عنوان مبنای خود شناسایی می‌کند که در میان آنها «توزیع منصفانه منابع سلامتی، میان و درون کشورها»، «هماهنگ کردن توسعه سلامتی با توسعه اقتصادی» و «استفاده کامل‌تر و بهتر از منابع جهان برای ارتقای سلامتی و توسعه» اهمیتی ویژه دارد.

۴. تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی

دیدیم که حق بر سلامتی از حق‌های بنیادین بشری است. این حق، دامنه‌ای بسیار گسترده دارد و حوزه‌های به هم پیوسته فراوانی را در بر می‌گیرد. فهرست این حوزه‌ها چنان دراز و بلند است که گویی حق بر سلامتی، حق بر همه چیز است، ولی حق بر همه چیز، ظرفیت تبدیل شدن به حق بر هیچ چیز را هم دارد. از این جهت، شناخت تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی، جزئی از تبیین مفهوم و محتوای آن خواهد بود. حق بر سلامتی افزون بر تماس با حوزه‌های گوناگون، حقی جهان‌شمول نیز هست: هر انسانی در هر جای دنیا از چنین حقی برخوردار است. حق بر

سلامتی، ویژه شهروندان یک کشور نیست. اعلامیه جهانی حقوق بشر از «حق هر کس» نسبت به استانداردی از زندگی سخن می‌گوید که برای سلامتی و رفاه او و خانواده‌اش کفایت کند. میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز از «شناسایی حق همگان» به بهره‌مندی از بالاترین سطح از سلامتی جسمی و روانی توسط دولت‌های عضو یاد می‌کند. هم‌چنین، حق بر سلامتی، 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 سلامتی، چنانکه گذشت، حقی مسلم در نظام بین‌المللی حقوق بشر و از حق‌های بنیادی بشری است که همه کشورها در قبال تأمین آن متعهد هستند، ولی بحث بر سر این است که تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی به‌طور دقیق شامل چه تعهداتی می‌شود و ماهیت این تعهدات چیست. به نظر می‌رسد این بحث دارای دو محور کلی است: ابعاد تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی و قلمرو تعهدات دولت‌ها. البته بحث از این دو محور کلی نیازمند پیش زمینه‌ای در خصوص ماهیت تعهد دولت‌ها بر اساس میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. از این رو نخست به این مسئله مهم می‌پردازیم:

۴-۱. ماهیت کلی تعهدات ناشی از میثاق

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، معاهده‌ای بین‌المللی است که طرف‌های آن به اجرای توأم با حسن نیت مفاد آن متعهد می‌باشند.^{۱۵} اما این معاهده، در میان اسناد بین‌المللی حقوق بشر، دارای این ویژگی است که، دست‌کم تا مدت‌ها، بخش مغفول نظام حقوق بشر را تشکیل می‌داد^{۱۶} و یکی از علت‌های این بی‌توجهی آن بود که ماهیت تعهداتی که بر دوش اعضای آن وجود دارد از همان آغاز تدوین میثاق، محل اختلاف بوده است. ما در اینجا قصد پرداختن تفصیلی به این موضوع را نداریم، ولی به اقتضای بحث مربوط به تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی، ناگزیریم به اختصار به این مسئله بپردازیم و ابعادی از آن‌را که ارتباط بیشتری با اهداف این تحقیق دارد برجسته‌تر کنیم.

فهم ماهیت تعهد دولت‌ها بر اساس میثاق از سه دایره در هم رفته عبور می‌کند: دایره نخست، فضای زیست میثاق است 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.^{۱۷} و در همین فضای تنفسی گسترده است که اجرا و تفسیر معاهده تابع اصول و قواعد می‌شود. توجه به این فضای حیاتی کلی، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در قامت سند حقوقی الزامی، هم‌پای دیگر اسناد حقوق بشر و به طور خاص، میثاق حقوق مدنی و سیاسی می‌کند که تعهداتی سخت بر دولت‌های عضو تحمیل می‌کند و این تصور را که میثاق، انعکاس پاره‌ای از آرزوها و آمال و خطمشی سیاسی است از بین می‌برد. در این نگرش، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مشمول همان الگوی سه ضلعی تحلیل ماهیت تعهد کشورها در خصوص حقوق بشر است. این الگو، که هم‌اینک مقبولیتی عام یافته است^{۱۸}، سه نوع یا سطح متفاوت از تعهد را باز می‌شناسد: تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به ایفا.^{۱۹} هم‌چنین می‌توان ادعا کرد که با عنایت به همین زیست‌گاه کلی و تکیه بر عرشه حقوق بین‌الملل است که مقررات میثاق، قابلیت اجرا و حتی قابلیت دادخواهی پیدا می‌کند، چرا که در غیر این صورت، اعلامیه‌ای بیش نخواهد بود. دایره 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 قلب آن را بند ۱ ماده ۲ تشکیل می‌دهد. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر کلی شماره ۳ خود با عنوان «ماهیت تعهدات طرف‌های عضو» به تحلیل این تعهدات پرداخته است (General Comment 3). آخرین و کوچک‌ترین دایره در این نظام حلقوی، هر یک از موادی است که به حق خاصی پرداخته است و اقدام‌هایی را که باید در جهت تحقق آن حق انجام پذیرد مشخص می‌کند.^{۲۰} در اینجا به بند ۱ ماده ۲ اشاره می‌کنیم و سپس به ماده ۱۲ مورد بحث باز می‌گردیم.

آنچه از عبارت‌های بند ۱ ماده ۲^{۲۱} بر می‌آید آن است که کشورهای عضو، موظف به اتخاذ اقدام‌هایی برای تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق هستند. بنابراین، تعهدی مستقیم و فوری در این خصوص بر دوش دولت‌های عضو قرار گرفته است. به عبارت دیگر، اصل تعهد به اتخاذ اقدامات، «مقید یا محدود به ملاحظات دیگر» (Ibid: para. 2) نشده است. به همین دلیل، نمی‌توان گفت حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر خلاف حقوق مدنی و سیاسی موجب تعهدهای فوری نیست. این اقدام‌ها باید به‌گونه‌ای باشد که در جهت تحقق کامل حقوق شناخته شده در میثاق اتخاذ شده باشد. از این رو مناقشه قدیمی بر سر ماهیت تعهدهای ناشی از میثاق و اینکه از نوع تعهد به نتیجه است یا تعهد به رفتار، چندان موضوعیت نمی‌یابد.^{۲۲} این تعهد آمیزه‌ای از هر دو نوع تعهد است؛ هدف کلی، تحقق کامل حقوق مصرح در میثاق برای همگان به‌عنوان نتیجه و غایت مطلوب است ولی اختیار عمل

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 می‌پردازد، بیشتر در بردارنده اقدام‌هایی است که دولت‌ها به طور مشخص ملزم به اتخاذ آنها هستند. به‌عنوان مثال، ماده ۱۲ در مورد حق بر سلامتی، در بند ۲ اقدام‌هایی را که برای تحقق کامل این حق ضرورت دارد، شامل اقدام‌های مربوط به کاهش مرده‌زایی و مرگ‌ومیر کودکان و رشد سالم آنان، بهبود تمام ابعاد بهداشت زیست محیطی و صنعتی، پیشگیری، مداوا و کنترل بیماری‌های واگیر، شایع، شغلی و غیره، ایجاد شرایط تأمین‌کننده خدمات پزشکی و توجه طبی در صورت بیماری می‌داند، ولی از آنجا که تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق، امری است نیازمند وجود و تخصیص امکانات لازم و در طول زمان امکان‌پذیر است، تعهد دولت‌های عضو خصلتی مستمر دارد و در لحظه‌های زمان منتشر می‌باشد. البته خصلت وابستگی به منابع و امکانات، منحصر به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیست؛ دست‌کم برخی از حقوق مدنی و سیاسی نیز همین ویژگی‌ها را دارند. به‌عنوان مثال، حق مندرج در ماده ۱۴ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، یعنی حق برابری نزد دادگاه‌ها و محکمه‌ها، نیازمند نظام قضایی سازمان‌یافته، کارآمد و سالم است، که به مراتب بیش از برخی حقوق اقتصادی و اجتماعی مستلزم در اختیار داشتن و تخصیص منابع مادی است. 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.^{۲۳} حصول تدریجی تحقق کامل حق‌ها به معنای آن است که دولت‌های عضو باید پیوسته در تدارک تأمین حق‌ها باشند، ولی واقعیت آن است که در وضعیت کنونی نابرابری شدید کشورها در دسترسی به منابع، تحقق کامل حق‌های شناخته شده در میثاق، نیازمند یاری و همکاری جمعی اعضای جامعه 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، به ویژه اقتصادی و فنی» در بند ۱ ماده ۲، از اهمیتی فوق‌العاده برخوردار است. این عبارت، وقتی در دایره گسترده‌تر حقوق بین‌الملل مورد توجه قرار گیرد، عنصر تازه‌ای به ماهیت تعهد دولت‌ها بر اساس میثاق می‌بخشد. در نظام حقوق بین‌الملل مبتنی بر منشور ملل متحد، اصل «همکاری بین‌المللی در حل مسائل بین‌المللی دارای خصلت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یا بشردوستانه»^{۲۴} و تشریک مساعی در ارتقا و پیشبرد

«استانداردهای بالاتر زندگی، اشتغال کامل، و شرایط پیشرفت و توسعه اقتصادی و اجتماعی»^{۲۵} سنگ بنای این نظام و «مرکز ثقل منشور» (Pellet, 1985: 187) را تشکیل می‌دهد. این اصل، در اعلامیه اصول حقوق بین‌الملل راجع به روابط دوستانه و همکاری میان دولت‌ها مطابق منشور ملل متحد، تبیین و تأکید بیشتری یافته است. در واقع، با بیرون کشیدن این اصل از منشور و تهی ساختن آن از معنا و مفهوم، منطق وجودی پیکره پیچیده، و عریض و طویل ملل متحد فرو می‌ریزد. هر چند در استلزام‌های حقوقی این اصل از همان آغاز مناقشه فراوانی در گرفته است، روشن است که میثاق 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 ارائه این مساعدت قرار دارند. از یکسو، دولت عضو میثاق در اجرای تعهدهای خود بازیگر اصلی صحنه است و «به لحاظ حقوق بین‌الملل مسوول نهایی تحقق حق‌ها»^{۲۶} 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 ارائه آن خودداری ورزند. از این رو، 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 (General Comment 3: para. 13). 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 مجمع عمومی در ۴ دسامبر ۱۹۸۶، استناد می‌نماید. 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.» (Ibid: para. 14) تعهد به همکاری بین‌المللی برای تسهیل و هموار ساختن مسیر تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق، در برخی از مواد خاص میثاق مورد تأکید قرار گرفته است: مواد ۱۱، خود ماده ۱۵، ماده ۲۲ و ماده ۲۳. کمیته در نظر کلی 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.» (General Comment 11)

به طور خلاصه، تعهد کلی دولت‌های عضو میثاق بر اساس بند ۱ ماده ۲، مطابق نظر کلی کمیته، «اتخاذ اقداماتی فوری، سنجیده، ملموس و هدفدار در جهت تحقق حقوق» (General Comment 3: para. 2)

پیش‌بینی شده در میثاق است. راه‌های ایفای این تعهد شامل «تمام طرق مقتضی، از جمله به طور خاص اتخاذ اقدامات تقنینی» است. در برخی موارد داشتن قانون‌های مناسب تضمین‌کننده این حق‌ها امری گریزناپذیر است.^{۲۶} نمی‌توان تصور کرد با نبود چنین قانون‌هایی، حق‌هایی چون سلامتی، آموزش و پرورش، کار، حمایت از کودکان و مادران، به طور مؤثر اعمال گردد. تصویب قانون‌های مقتضی البته به تنهایی به معنای ایفای تعهد دولت نیست. در میان اقدام‌های مقتضی دیگر، تأمین و تدارک راه‌های دادخواهی قضایی جایگاهی خاص دارد.^{۲۷} 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 به صورت فوری قابلیت اجرا دارند، بخشی اساسی از تعهد دولت‌ها را تشکیل می‌دهد.^{۲۸} کمیته در این خصوص به ماده ۳ (حق برابر مردان و زنان برای بهره‌مندی از کلیه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مقرر در میثاق)، ماده ۷ (الف) (۱) (حق بهره‌مندی از شرایط عادلانه و مطلوب کار، دستمزد عادلانه و اجرت برابر در قبال کار دارای ارزش مساوی)، ماده ۸ (تشکیل اتحادیه‌های تجاری)، بند ۳ ماده ۱۰ (حمایت بدون تبعیض از کودکان در برابر استثمار اقتصادی و اجتماعی)، ماده ۱۳ (۲) (الف) (اجباری و مجانی بودن آموزش و پرورش ابتدایی)، (۳) (احترام به آزادی والدین در انتخاب مدرسه کودکان خود)، و (۴) (عدم مداخله در آزادی افراد و مؤسسه‌ها در دایر کردن مراکز تحصیلی) و بند ۳ ماده ۱۵ (احترام به آزادی اجتناب‌ناپذیر برای پژوهش علمی و فعالیت خلاق) اشاره می‌کند. (Ibid: para. 5)

۲-۴. ابعاد تعهدهای دولت‌ها

تعهدهای دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی، همانند هر حق بشری دیگر، دارای سه بعد است: تعهد به احترام، تعهد به حمایت، و تعهد به ایفا. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر کلی شماره ۱۴ خود با استفاده از این الگوی سه بعدی رایج به تبیین تعهدهای دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی می‌پردازد. اینک توضیح هر یک از این ابعاد:

۴-۱. تعهد به احترام

این بعد یا سطح از تعهد دولت‌ها در حقیقت بعد سلبی تعهدهای حقوق بشری می‌باشد. این بعد سلبی از دسته‌ای از خودداری‌ها و احترازاها، حسب حق مورد بحث، تشکیل شده است. تعهد به احترام، تعهد به عدم انجام اعمالی خاص یا ترک فعل‌هاست. البته این خودداری‌ها چه بسا در بردارنده رفتار ایجابی هم باشد. به عنوان 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، معمولاً و نه لزوماً هزینه‌ای در بر ندارد و کافی است که دولت، اقدام‌هایی را انجام ندهد. از این رو، معیار عدم انجام عملی خاص یا بی‌هزینه بودن ایفای تعهد، نمی‌تواند همه‌جا به کار بسته شود و به نظر می‌رسد بیشتر جنبه سهولت در تقسیم بندی و بررسی دارد. در هر صورت، در خصوص حق بر سلامتی، تعهد به احترام به معنای آن است که دولت‌ها در مسیر بهره‌مندی از این حق، موانع و محدودیت‌هایی برای افراد یا دسته‌هایی از افراد ایجاد نکنند یا موانع موجود و محدودیت‌های جاری را برطرف سازند. در نظر کلی کمیته، موارد ذیل به عنوان مصداق‌هایی از تعهد به احترام به حق بر سلامتی ذکر شده است: تعهد به خودداری از منع یا محدود کردن دسترسی برابر همه اشخاص به خدمات پیشگیرانه، درمانی و تسکین‌دهنده مربوط به سلامتی. این تعهد از نگاهی دیگر، تعهد به ایفا هم به شمار می‌آید، چرا که مستلزم وارد کردن برابر همگان به زیر چتر خدمات سلامتی است. و این مثال هم‌چنین می‌تواند نمونه‌ای از مواردی باشد که بعد سلبی تعهد دولت‌ها ممکن است هزینه‌هایی برای آنان به همراه داشته باشد. پرهیز از محروم ساختن یا محدود کردن دسترسی گروه‌هایی از انسان‌ها- مثل زندانیان، بازداشت‌شدگان، پناهجویان، اقلیت‌ها و مهاجران قانونی- به طور طبیعی به معنای گسترش خدمات سلامتی به آنان است که نیازمند هزینه می‌باشد. پرهیز از اجرای رویه‌های تبعیض‌آمیز به‌عنوان خط‌مشی دولتی و خودداری از وضع رویه‌های تبعیض‌آمیز در رابطه با وضعیت و نیازهای سلامتی زنان، اجتناب از ممنوع ساختن یا مانع تراشی برای مراقبت پیش‌گیرانه، رویه‌های مداوا و داروهای سنتی، تعهد به خودداری از به بازاررسانی داروهای ناسالم و از به کارگیری مداوای پزشکی اجباری مگر به صورت استثنایی برای درمان بیماری روانی یا پیش‌گیری و کنترل بیماری‌های مسری، تعهد به خودداری از محدود کردن دسترسی به داروهای ضد آبتنی یا دیگر شیوه‌ها و ابزار حفظ سلامتی جنسی و تولید مثل، پرهیز از سانسور کردن، دریغ داشتن یا

ارائه نادرست عمدی اطلاعات مربوط به سلامتی، از جمله آموزش و اطلاعات جنسی، خودداری از منع مشارکت مردم در مسائل مربوط به سلامتی، تعهد به دوری از آلوده ساختن غیرقانونی هوا، آب و خاک - مثلاً به واسطه ضایعات و زباله‌های صنعتی مراکز و تأسیسات تحت مالکیت دولت - خودداری از استفاده از سلاح‌های هسته‌ای، بیولوژیکی یا شیمیایی، یا آزمایش آنها در صورتی که موجب رها ساختن مواد زیان‌آور برای سلامتی انسانی شود، اجتناب از محدود کردن دسترسی به خدمات سلامتی به‌عنوان اقدامی تنبیهی - به عنوان مثال در خلال مخاصمات مسلحانه و با نقض حقوق بین‌الملل بشردوستانه (General Comment 14: para. 34). مواردی از این دست را می‌توان نمونه‌هایی دانست که جزو تعهد دولت‌ها به‌شمار می‌آید.

۲-۴. تعهد به حمایت

بعد حمایتی تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی در واقع در پی پاس‌داشت این حق در برابر نقض آن از روی 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 سلامتی می‌پردازد: تکلیف دولت‌ها به تصویب قانون‌ها یا اتخاذ اقدام‌های دیگر جهت تضمین دسترسی برابر به مراقبت سلامتی و خدمات مرتبط با سلامتی که طرف‌های ثالث عرضه می‌کنند، تضمین این‌که خصوصی‌سازی بخش سلامت در بردارنده تهدیدی برای در اختیار بودن، در دسترس بودن، مقبول بودن و کیفیت تسهیلات، کالاها و خدمات سلامتی نباشد، تعهد به کنترل بازاررسانی تجهیزات پزشکی و داروها از سوی اشخاص ثالث؛ اطمینان از این‌که شاغلان در بخش پزشکی و دیگر افراد حرفه‌ای در بخش سلامت، برخوردار از معیارهای مناسب تحصیلی، مهارتی و موازین اخلاقی 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 مثل ختنه دختران، اتخاذ اقدام‌هایی برای حمایت از همه گروه‌های آسیب‌پذیر یا به‌حاشیه 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 سلامتی را محدود نسازند.

۳-۲-۴. تعهد به ایفا

تعهد دولت‌ها برای ایفای حق بر سلامتی به معنای انجام کارهای ضروری برای برآورده ساختن نیازهای افراد در خصوص سلامتی می‌باشد. به عبارت دیگر، دولت‌ها موظفاند زمینه برخورداری و امکانات لازم برای بهره‌مندی از حق بر سلامتی را تأمین کنند. چنان‌که گذشت، حق بر سلامتی به معنای حق دریافت مستقیم و بدون هزینه امکانات سلامتی نیست، ولی این حق وابسته به وجود شرایط و تسهیلات کافی در امر مراقبت سلامتی است و بدون آنها تلاش افراد در نیل به بالاترین سطح ممکن از سلامتی ثمری نخواهد داشت. افزون بر این، افرادی وجود دارند که به علت‌هایی خارج از اراده خود توان تأمین نیازهای سلامتی خود و خانواده خویش را ندارند. از این رو، تعهد به ایفا را می‌توان در دو وضعیت عادی و غیرعادی مورد توجه قرار داد: در وضعیت عادی، افراد به عنوان دارندگان مسئولیت اصلی در قبال سلامتی خود نیازمند در اختیار داشتن و در دسترس داشتن تسهیلات، کالاها و خدمات مربوط به سلامتی هستند تا بتوانند خود به رفع نیازهایشان اقدام کنند. ولی در وضعیت غیر عادی، اشخاص نیازمند دسترسی مستقیم به این امکانات هستند و صرف در اختیار بودن آنها کفایت نمی‌کند. در اینجا هم نظر کلی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی راهگشاست. کمیته، تعهد به ایفا را در دو بند مورد بررسی قرار می‌دهد. در بند ۳۶، مواردی از اقدام‌های زمینه‌ساز بهره‌مندی از حق بر سلامتی بیان شده و در بند ۳۷، تعهد به ایفا از ابعاد تسهیل، تأمین و ترویج مورد توجه قرار گرفته است. بیان این موارد و مصداق‌های تعهدات دولت‌ها، دست‌کم به جهت شناخت گستردگی و تنوع آنها لازم است. شاید همه این اقدام‌ها را بتوان تحت عنوان «خط‌مشی ملی سلامتی» یا «طرح جامع و تفصیلی برای تحقق حق بر سلامتی» جای داد. شناسایی کافی حق بر سلامتی در نظام‌های سیاسی و حقوقی داخلی، عامل کلیدی در ایفا تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی است، ولی نمونه‌های عینی از این تعهدات، موارد ذیل را دربرمی‌گیرد: تضمین ارائه مراقبت سلامتی، از جمله برنامه‌های ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های عمده مسری، و تضمین دسترسی برابر همگان به مؤلفه‌های اصلی سلامتی نظیر غذای مناسب و کافی از نظر اصول تغذیه، آب آشامیدنی سالم، نظافت اولیه و مسکن و شرایط کافی زندگی، داشتن زیرساخت‌های سلامتی عمومی به گونه‌ای که تأمین‌کننده خدمات سلامتی جنسی و تولید مثل از جمله مادری سالم - به ویژه در منطقه‌های روستایی - باشد. دولت‌ها باید آموزش و تربیت مناسب پزشکان و دیگر پرسنل پزشکی را تضمین کنند و تعداد کافی بیمارستان، کلینیک و دیگر مراکز و تسهیلات مرتبط با سلامتی را تأمین نمایند. آنها هم‌چنین باید پشتیبانی از

تأسیس نهادهای عرضه‌کننده خدمات مشاوره و سلامتی روانی را با توجه کافی به توزیع منصفانه در سراسر کشور افزایش دهند. تعهدات دیگری که دولت‌ها بر دوش دارند شامل پیش‌بینی نظام بیمه عمومی، خصوصی یا مختلط - که همگان از عهده آن برآیند - ارتقا و گسترش پژوهش‌های پزشکی و آموزش سلامتی و نیز فعالیت‌های اطلاع‌رسانی - به‌ویژه در مورد اچ. آی. وی / ایدز - سلامتی جنسی و تولید مثل، و توجه به رویه‌های سنتی، خشونت خانگی، مصرف نادرست الکل، مصرف سیگار، داروها و سایر مواد زیان‌بار می‌شود. دولت‌ها هم‌چنین در برابر خطرهای زیست‌محیطی و شغلی و تهدیدهای دیگری که داده‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد بایستی تدبیرهای لازم را اتخاذ کنند. آنها برای این کار باید خط‌مشی‌هایی ملی تنظیم و اجرا کنند که هدف آن کاهش و محور آلودگی هوا، آب و خاک باشد. به نظر می‌رسد این فهرست را پایانی نیست. تعهد دولت‌ها در خصوص تسهیل تحقق حق بر سلامتی هم‌چنین متضمن آن است که برخی کارهای ایجابی را انجام دهند تا افراد و جامعه‌ها، قادر باشند از این حق بهره‌مند شوند. دولت‌های عضو میثاق هم‌چنین متعهد هستند به طور مستقیم و در موارد غیر عادی و هنگامی که افراد یا گروهی به دلایل خارج از کنترل خود قادر نیستند با ابزاری که در اختیار دارند، خود به تحقق حق مندرج در میثاق اقدام کنند، آنها را یاری کنند. این بعد از تعهدات دولت‌ها بسیار مهم است و خصلت اثباتی و ایجابی تعهدات را نشان می‌دهد. این بعد در وهله نخست به معنای تأمین منابع مادی برای دارنده حق است. این منابع ممکن است به‌طور مستقیم از سوی دولت در اختیار یکایک دارندگان حق قرار گیرد، و یا به‌طور غیر مستقیم و به‌عنوان مثال از راه دادن یارانه به مراکز ذی‌ربط به جهت ارائه خدمات ارزان‌قیمت به ذی‌نفع‌نهایی حق برسد. هدف از چنین تعهداتی، بهبود وضعیت دارنده حق می‌باشد (Steiner & Alston, 2000: 183-4).

۳-۴. قلمرو تعهدات دولت‌ها

گام نهایی در تبیین تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی، تعیین حدود و قلمرو این تعهدات است. به‌طور قطع حق بر سلامتی به لحاظ زمانی محدودیتی ندارد و از این نظر، تعهدات دولت‌ها نیز محدود به زمان خاصی نمی‌باشد، ولی دو مسئله اساسی در زمینه قلمرو تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی وجود دارد که در بحث کنونی جنبه تعیین‌کننده دارد: مسئله نخست به قلمرو مادی تعهدات و مسئله دوم به قلمرو موضوعی آنها مربوط می‌شود. به نظر می‌رسد

مسئله نخست پاسخ کم‌ویش روشنی در نظام بین‌المللی حقوق بشر دارد: تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی، همچون تعهدات آنان در برابر دیگر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، محدود به منابع و امکاناتی است که در اختیار دارند. مسئله دوم ولی همچنان در انتظار پاسخ نشسته است و جواب قطعی و مسلمی برای آن در نظام مورد بحث وجود ندارد. این مسئله در بحث از همه حق‌های بشری مطرح است: آیا تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی به افراد تحت صلاحیت آنان و واقع در درون قلمرو سرزمین ایشان محدود می‌شود یا تعهداتی است در برابر همه انسان‌ها، حتی اگر در خارج از حیطه صلاحیت آنان قرار داشته باشند؟ به نظر می‌رسد شاهدها و قرینه‌های فراوانی وجود دارد که بر اساس آنها می‌توان وجود تعهد کلی حقوقی دولت‌ها را به رعایت حق بر سلامتی همه انسان‌ها استنباط کرد. این تعهد کلی شامل چند تعهد مشخص‌تر است: تعهد به مساعدت و همکاری بین‌المللی، تعهد به احترام و تعهد به شناسایی.

۴-۳-۱. تعهد به مساعدت و همکاری

افزون بر این مبنای نظری که حقوق بشر به لحاظ تعریف، در حصار مرزهای رسمی یک کشور نمی‌گنجد و استحقاق‌هایی متعلق به هر انسانی در هر کجای دنیا می‌باشد و تکلیف‌های ناشی از آن بر دوش همه اشخاص قرار دارد، نه در اعلامیه جهانی حقوق بشر و نه در میثاق 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 مسائل بین‌المللی، سنگ بنای اصلی نظام مبتنی بر منشور ملل متحد است. بند ۳ ماده ۱ منشور، «حصول همکاری بین‌المللی در حل مسائل بین‌المللی دارای جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی یا بشردوستانه و در پیشبرد و تشویق احترام به حقوق بشر و آزادی‌های اساسی برای همگان بدون تبعیض از حیث نژاد، جنس، زبان یا مذهب» را از مقاصد سازمان ملل معرفی می‌کند. ماده ۵۵ منشور نیز سازمان را به ارتقای «استانداردهای بالاتر زندگی» (بند الف) و یافتن «راه‌حل‌های مسائل بین‌المللی ... [مربوط به] سلامتی» (بند ب) ملزم می‌نماید. و باز، لحن اعلامیه جهانی و نیز میثاق، حاکی از وجود تعهد در قبال «هر انسانی» است. افزون بر آن، مطابق بند ۱ ماده ۲ میثاق، «هر یک از دولت‌های عضو» متعهد است اقدام‌هایی اعم از انفرادی و از راه مساعدت و همکاری بین‌المللی به ویژه از نوع اقتصادی و فنی با استفاده از «بیشترین منابع در اختیار» خود در جهت «تحقق کامل حق‌های شناخته شده در میثاق» اتخاذ کند. ملاحظه گستردگی و تنوع حوزه‌های مرتبط با سلامتی و طیف بسیار پر دامنه اقدام‌هایی که برای تحقق این حق

لازم است، به‌خوبی نشانگر آن است که حق بر سلامتی نیازمند همکاری و مساعدت جمعی کشورهاست. از اینها گذشته، بند ۱ ماده ۲ میثاق، هر یک از دولت‌های عضو را در مورد اتخاذ اقدام‌هایی انفرادی و از راه مساعدت و همکاری بین‌المللی به ویژه از نوع اقتصادی و فنی 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 مواد خاص میثاق مورد تأکید قرار گرفته است، که مواد ۱۱، ماده ۱۵، ماده ۲۲ و ماده ۲۳ از جمله آنهاست. کمیته در نظر کلی مربوط به حق آموزش ابتدایی رایگان، به تبیین بیشتر تعهد بین‌المللی دولت‌ها به همکاری و مساعدت 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.» (General Comment 11) کمیته در این نظر کلی، «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. (Ibid: para.13)

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 مجمع عمومی در ۴ دسامبر ۱۹۸۶ استناد می‌نماید. کمیته در نهایت به این جمع‌بندی می‌رسد که «با فقدان برنامه‌ای فعال در خصوص مساعدت و همکاری بین‌المللی از ناحیه همه 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.» (General Comment 3: para. 14)

بنابراین، روشن‌ترین تعهد بین‌المللی دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی، تعهد به همکاری و مساعدت است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر کلی شماره ۱۴، با اشاره به ماده ۵۶ منشور و مواد خاص میثاق و اعلامیه آلمان‌آتا در خصوص سلامتی اولیه، 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 سلامتی تبعیت کنند.» کمیته در این زمینه مفاد اعلامیه آلمان‌آتا را گوشزد می‌کند که اعلام می‌دارد نابرابری شدید موجود در وضعیت سلامتی مردم - به‌ویژه بین کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه و نیز در داخل کشورها به لحاظ سیاسی، اجتماعی و اقتصادی - غیر قابل قبول است و بنابراین، دغدغه مشترک همه کشورهاست. کمیته به مواردی از همکاری بین‌المللی برای بهره‌مندی

از حق بر سلامتی 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. هم‌چنین 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 توسعه‌یافته اقتصادی مسئولیت و نفعی ویژه در مساعدت به کشورهای فقیرتر در حال توسعه دارند. (General Comment 14: para. 40)

۴-۳. تعهد به احترام

درست است که دولت عضو میثاق در اجرای تعهدات خود در قبال حق بر سلامتی باید با به‌کارگیری تدبیرهای مقتضی به تحقق کامل آن قیام کند، ولی این هم به همان اندازه درست است که دولت‌ها متعهد هستند حق بر سلامتی را در سرزمین‌هایی غیر از سرزمین تحت صلاحیت خود محترم شمارند. هیچ دولتی نمی‌تواند اقداماتی انجام دهد که به حق بر سلامتی افراد دیگر کشورها آسیب رساند، یا مانع برخورداری از آن شود. امروزه یکی از اصول شناخته شده حقوق بین‌الملل آن است که هیچ دولتی نمی‌تواند اجازه دهد فعالیت‌هایی در سرزمینش انجام پذیرد که آثار زیانباری از جمله بر محیط زیست دولت دیگر داشته باشد. این اصل که مبنای حقوق بین‌الملل محیط زیست را تشکیل می‌دهد (Malanczuk, 1997: 241) در اعلامیه ۱۹۹۲ «ریو دو ژانیرو» کنفرانس ملل متحد در زمینه محیط زیست و توسعه در قالب اصل‌های ۲۱ و ۲۲ بیان شده است. این اصل سابقه‌ای کم و بیش طولانی دارد و اخیراً دیوان بین‌المللی دادگستری در نظر مشورتی ۱۹۹۶ در مورد *قانونی بودن تهدید یا استفاده از سلاح‌های هسته‌ای*، آشکارا به آن توجه کرده است. (ICJ, 1996: para. 29) به نظر ما این اصل به خوبی در مورد حق بر سلامتی نیز مصداق پیدا می‌کند. در واقع، تعهد به احترام به حق‌های بشری، تعهدی جهان‌شمول است. کمترین محتوای این تعهد در بحث کنونی، خودداری از مداخله در بهره‌مندی از حق بر سلامتی در کشورهای دیگر می‌باشد. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در این خصوص به نمونه‌ای از مواردی که دولت‌ها ملزم به احترام به حق بر سلامتی ملت‌های دیگر هستند اشاره کرده و می‌گوید که «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 فشار سیاسی و اقتصادی مورد استفاده قرار گیرد.» (General Comment 14: para. 41)

۳-۴. تعهد به شناسایی

تعهد به شناسایی جزئی مهم از تعهد بین‌المللی دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی را تشکیل می‌دهد. اقداماتی که کشورها در درون سرزمین خود انجام می‌دهند ممکن است به حق بر سلامتی ملت‌های دیگر لطمه بزند. شناسایی این حق به معنای توجه کافی به آن در روابط میان دولت‌هاست. حق بر سلامتی باید در موافقت‌نامه‌هایی که دولت‌ها منعقد می‌کنند مورد توجه قرار گیرد. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به این بعد از تعهد دولت‌ها اشاره کرده است. مطابق نظر کمیته دولت‌های عضو باید اطمینان دهند که به حق بر سلامتی در موافقت‌نامه‌های بین‌المللی به طور شایسته توجه می‌شود و برای این کار باید توسعه موافقت‌نامه‌های دیگر را بررسی کنند. از دیگر سو، دولت‌ها به هنگام انعقاد موافقت‌نامه‌های دیگر باید اقداماتی اتخاذ کنند که این موافقت‌نامه‌ها اثر نامطلوبی بر حق بر سلامتی نداشته باشد. (Ibid) تعهد به شناسایی ممکن است در قالب پردازش موافقت‌نامه‌های تازه 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 سلامتی 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 سلامتی وارد نمی‌سازد. بنابراین، «دولت‌های طرف میثاق که عضو نهادهای مالی بین‌المللی، از جمله صندوق بین‌المللی پول، بانک جهانی و بانک‌های توسعه منطقه‌ای هستند باید توجه بیشتری به حمایت از حق بر سلامتی در تأثیر نهادن بر خط‌مشی‌های اعطای وام، موافقت‌نامه‌های اعتبار و اقدامات بین‌المللی این نهادها داشته باشند.» (Ibid)

نتیجه‌گیری

حق بر سلامتی هم حقی مستقل و هم شرط لازم بهره‌مندی از اکثر حق‌های بشری است. این حق هر چند به لحاظ محتوا و مفهوم دارای ابهام‌ها و پیچیدگی‌هایی است، موجب تکالیفی بر دوش دولت‌ها در جهت رفع موانع برخورداری افراد از این حق، حمایت افراد در برابر اشخاص ثالثی که به این حق تجاوز می‌کنند و ایجاد زمینه‌های لازم برای بهره‌مند شدن افراد از آن می‌باشد. بنابراین، سه بعد احترام، حمایت و تأمین در تعهد دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی وجود دارد.

یادداشت‌ها

* - نویسنده لازم می‌داند از راهنمائیها و نظرهای استادان محترم آقایان دکتر اردشیر امیرارجمند، دکتر سید جمال سیفی و دکتر میرقاسم جعفرزاده تشکر نماید.

- 1- right to health care.
- 2- right to medical care.
- 3- right to health protection.
- 4- availability.
- 5- accessibility.
- 6- acceptability.
- 7- quality.
- 8- E/CN.4/2002/32 and E/CN.4/2001/33.
- 9- E/CN.4/2002/61.
- 10- E/2002/23-E/CN.4/2002/200.

۱۱- کمیسیون حقوق بشر به تازگی در ۱۵ آوریل ۲۰۰۵ مدت مأموریت مخبر ویژه را سه سال دیگر تمدید نموده است. نک. قطعنامه ۲۰۰۵/۲۴:

E/CN.4/2005/L.10/Add.10.

۱۲- این گزارش‌ها در پایگاه اینترنتی کمیساریای عالی ملل متحد برای حقوق بشر قابل دریافت است: www.unhchr.ch

13- stigma.

۱۴- غیر از هدف‌های مرتبط با سلامتی که در متن ذکر می‌کنیم، هدف‌های دیگر عبارت است از: از میان بردن فقر و گرسنگی شدید، نيل به آموزش و پرورش همگانی ابتدایی، گسترش برابری جنسی و تواناسازی زنان، و توسعه همکاری جهانی برای توسعه.

۱۵- ماده ۲۵ معاهده ۱۹۶۹ وین در مورد حقوق معاهدات.

۱۶- برونو سیما در این خصوص می‌گوید: «به سختی می‌توان معاهده‌ای حقوق بشری یافت که به اندازه میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در معرض تفسیر نادرست، کم‌اعتنایی یا سوء استفاده عمده قرار گرفته باشد.» رک:

Bruno Simma, "The Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", in: *The Implementation of Economic and Social Rights: National, International and Comparative Aspects*, N.P. Engel Verlag, Kehl, 1991, p. 75, at p. 79, quoted in Scott Lekie, "Another Step toward Indivisibility: Identifying the Key Features of Violations of Economic, Social and Cultural Rights", 20 *HRQ* 81 (1988), at p. 82, n. 3.

۱۷- ماده ۲۷ معاهده ۱۹۶۹ وین در مورد حقوق معاهدات.

۱۸- کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و بین‌المللی در نظرهای کلی خود از این الگو برای تبیین مقررات میثاق بهره گرفته و آن را توسعه نیز داده است. به عنوان نمونه رک:

General Comment No. 12, The Right to Adequate Food, Article 11 of the Covenant, E/C.12/1999/5, 12 May 1999, para. 15; General Comment No. 13, The Right to Education, Article 13 of the Covenant, E/C.12/1999/10, 8 December 1999, paras. 46-47.

19- obligations to respect, protect and fulfil.

تعهد به احترام، دولت را ملزم می‌کند که از مداخله در آزادی افراد پرهیز کند. این تعهد، در واقع بعد سلبی رعایت حقوق بشر است. این پرهیز به‌طور معمول نیازی به صرف هزینه و تخصیص منابع ندارد و از این جهت، تعهدی فوری و بلاواسطه است. به عنوان مثال، آزادی والدین در انتخاب مدرسه‌ای برای کودکان خود غیر از مدرسه‌هایی از سوی مقام‌های عمومی، تأسیس شده که در بند ۳ ماده ۱۳ میثاق مقرر شده، دولت را ملزم می‌کند تنها از ایجاد موانع در مسیر اعمال این حق احتراز کند. تعهد به حمایت، تکلیفی بر دوش دولت می‌نهد تا مانع افراد دیگر از مداخله در حقوق فرد شوند. این تعهد، که از آن به «کارایی افقی» (horizontal effectiveness) حق‌ها تعبیر می‌شود، بی‌گمان دولت‌ها را ملزم می‌کند از حقوق افراد در برابر نقض آن از سوی دیگران حمایت کند. به عبارت دیگر، تعهد دولت محدود به حمایت از حقوق فرد در بخش عمومی نمی‌شود، بلکه حمایت در برابر نقض از سوی بخش خصوصی را هم در بر می‌گیرد. تعهد به ایفا (برآوردن)، دولت را ملزم می‌سازد که اقدام‌های ضروری برای برآورده ساختن نیازهای فرد را که با تلاش‌های شخصی وی قابل تأمین نیست به عمل آورد. رک:

Matthew Craven, 1996: 109-114.

استفاده از این الگوی سه ضلعی، اولین بار در نشست سوم کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و توسط مخبر ویژه کمیته در مورد حق تغذیه پیشنهاد گردید. نک:

E/C.12/1989/SR.20, quoted in Matthew Craven, 1996: 109 footnote 12.

۲۰- به جز ماده ۹ که تنها به بیان حق تأمین اجتماعی می‌پردازد بدون آنکه اقدام‌های مقتضی برای تحقق آن را برشمرد.

۲۱- متن بند به این شرح است:

1. "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 the rights recognized in the present Covenant by all appropriate means, including particularly the adoption of legislative measures.

۲۲- گفتنی است که کمیسیون حقوق بین‌الملل به خاطر توصیف این تعهدها به تعهد به نتیجه و نه تعهد به رفتار، به درستی مورد انتقاد قرار گرفته است. به ترتیب نک:

Report of the International Law Commission (1977) 2 *Yrbk. ILC* 20, para. 8; Matthew Craven, 1996: 107-108; Philip Alston and Gerard Quinn: 96

۲۳- این تفسیر بر خلاف نظر برخی از نویسندگان است که تعهد دولت‌های عضو را منوط به در اختیار بودن منابع می‌دانند. رک:

Henry J. Steiner and Philip Alston, 2000: 246.

از آنجا که کشوری نیست که حداقلی از منابع در اختیار نداشته باشد، این تعهد همواره وجود خواهد داشت؛ مسئله 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. به نظر می‌رسد این تفسیر از بند ۱، کارایی و تأثیر بیشتری به میثاق خواهد بخشید.

۲۴- بند ۳ ماده ۱ منشور ملل متحد.

۲۵- ماده ۵۵ منشور.

۲۶- فیلیپ آلستون و جرارد کوئین با بررسی کار مقدماتی میثاق به این نتیجه می‌رسند که بر اساس مفاد میثاق، وضع قوانین، الزامی نیست و هر کشور عضو است که لزوم یا عدم لزوم آن را معین می‌کند. رک: Philip Alston and Gerard Quinn: op.cit, p.168.

۲۷- مسئله قابل دادخواهی بودن (justiceability) حقوق مندرج در میثاق، محل اختلاف است، ولی به نظر می‌رسد پیش‌بینی یک حق به طور ناگزیر به معنای امکان قابل دادخواهی رسمی بودن آن حق هست. چگونه می‌توان حقی را تصور کرد که دارنده آن در مقابل نقض حق، امکان توسل به دعوی حقوقی برای مطالبه ایفای تعهد از ناحیه دیگران را نداشته باشد. البته چون ماهیت برخی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به گونه‌ای است که نیازمند در اختیار داشتن امکانات و ابزار مناسب برای تحقق خویش است، نقض این حق‌ها نیز با فرض در اختیار داشتن منابع کافی، قابل دادخواهی خواهد بود. افزون بر آن، مطابق تبیین کمیته از تعهد دولت‌ها به موجب میثاق، حداقلی از تعهدات هسته‌ای بر دوش دولت‌ها وجود دارد و بر طبق آن، سطوحی حداقلی و ضروری برای هر حق مثل مواد غذایی ضروری، مراقبت بهداشتی اولیه و حیاتی، حداقلی ضروری از مسکن و سرپناه، ابتدایی‌ترین مراتب تحصیلی باید صرف‌نظر از در اختیار بودن منابع کشور ذریبط یا هر عامل و مشکل دیگر، تأمین گردد.

۲۸- کمیته در نظر کلی شماره ۹ در زمینه اجرای داخلی میثاق می‌گوید: «میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، معادل و هم‌تراز مستقیمی برای بند ۳ ماده ۲ میثاق حقوق مدنی و سیاسی که دولت‌های عضو را به تدارک امکانات راه‌های قضایی احقاق حق موظف می‌کند ندارد. با این حال، دولت عضوی که در صدد 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، غیر ضروری می‌باشد. اثبات این امر، مشکل است و کمیته معتقد است که در بسیاری از موارد، چنانچه دیگر ابزارهای استفاده شده، با طرق قضایی تقویت یا تکمیل نشوند، ناکارآمد خواهند بود.» رک:

General Comment No. 9, The Domestic Application of the Covenant, E/C.12/1998/24, 3 December 1998, para.3.

منابع

الف) اسناد

African Charter on Human and Peoples' Rights, Adopted by the Organization of African Unity, 27 June 1981, entered into force 21 October 1986.

American Convention on Human Rights (adopted 22 November 1969, entered into force 18 July 1978), 1144 UNTS 123, OAS TS 36.

- Commission on Human Rights, The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, E/CN.4/2003/58, 13 Feb. 2003.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, The Nature of States Parties' Obligations (Article 2, para. 1), General Comment 3, 14/12/90, UN Doc. E/1991/23, Annex III, UN ESCOR, Supp. (No. 3), available at United Nations Human Rights Website, Treaty Bodies Database, Document, General Comment.
- Constitution of the World Health Organization, 14 U.N.T.S. 186, 22 July 1946 (entered into force 7 April 1948), reprinted in *Basic Documents of the WHO* (32d ed. Geneva, 1981).
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, UN General Assembly Resolution 34/180 (18 December 1979), UN GAOR, 34th Session, Supp. No 46, UN Doc A/Res/34/36 (entered into force 3 September 1981), 1249 UNTS 13.
- Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination*, UN General Assembly Resolution 2106 A (XX) (21 December 1965), U.N. GAOR, 20th Session, Supp. No 14, at 47, UN Doc A/6014 (1965), 660 UNTS 195, 222 (entered into force 4 January 1969).
- Convention on the Rights of the Child*, adopted by UN General Assembly Resolution 44/25 (20 November 1989) entered into force 2 September 1990.
- Declaration on the Principles of International Law Concerning Friendly Relations and Co-operation among States in Accordance with the Charter of the United Nations, GA Resn. 2625 (XXV) (24 Oct. 1970), 25 UN GAOR, Resns. Supp. (No. 28) (1970).
- European Social Charter*, opened for signature 18 Oct. 1961, art. 11, Europ. T.S. No. 38 (entered into force 26 Feb. 1965), reprinted in *Human Rights Documents* 212 (Committee on Foreign Affairs ed., 1983).
- General Comment 14, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, The right to the highest attainable standard of health, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), available at www.unhcr.ch.
- General Comment No. 11, Action Plans for Primary Education, Article 14 of the Covenant, E/C.12.
- The Cairo Declaration on Human Rights in Islam*, signed by the Organization of the Islamic Conference on 5 August 1990.
- The Declaration on the Right to Development, GA Resn. 41/128 (4 Dec. 1986).
- The UN Millennium Declaration, UN General Assembly Resolution, A/Res/55/2, 18 September 2000.
- "World Health Organization", in: *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (1981).

ب) کتاب‌ها و مقاله‌ها

- A. Pellet, Article 55: alinea a et b, in *La Charte des Nations Unies*, 841, at 843 (Cot and Pellet ed. 1985).
- Boutros-Ghali, B., UN Secretary General, Introduction to: "The United Nations and Human Rights, 1945-1995", New York: UN Department of Public Information, 1995.
- Craven, Matthew, *The International Covenant on Economic, Social and Cultural*

- Rights*, Oxford, 1998.
- Eide, Asbjorn and Wench Barth Eide, Article 25, in *The Universal Declaration of Human Rights: A Common Standard of Achievement* (Gudmundur Alfredsson and Asbjorn Eide, eds.), Martinus Nijhoff Publishers, 1999.
- Encyclopedia Britannica*, vol. 8, The University of Chicago, 1976, pp. 687-688.
- Steiner, Henry J. and Alston, Philip, *International Human Rights in Context*, Oxford, 2nd ed. (2000).
- ICJ, *Advisory Opinion on the Legality of the Threat or Use of Nuclear Weapons*, ILM 35 (1996), 809.
- International Commission of Jurists (ICJ), *Right to Health Database, Preliminary Proposal*, 2002, cited in Commission on Human Rights, The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, submitted in accordance with Commission resolution 2002/31, E/CN.4/2003/58.
- Jamar, Steven D., The International Human Right to Health, 22 *Southern U. L. Rev.* 1 (1994).
- Peter Malanczuk, *Akehurst's Modern Introduction to International Law*, 7th ed., Routledge, 1997.
- Alston, Philip, International Law and the Right to Food, in P. Alston and K. Tomasevski (eds.), *The Right to Food* (1984).
- Toebes, Brigit, Towards an Improved Understanding of the International Human Right to Health, 21 *HRQ* 661 (1999).