

Historical Developments of the Right to Health in Light of the Formation of the Concept of the Health Protection System

Sarvat Soleimanzadeh Afshar*¹

1. Department of Theology and Islamic Studies, Department of History and Civilization of Islamic Nations, Payame Noor University, Tehran, Iran. Email: servatafshar@pnu.ac.ir

Received: 16 Jan 2025 **Revised:** 18 Mar 2025 **Accepted:** 25 Apr 2025 **Available Online:** 23 Sep 2025

Abstract: The right to health is one of the examples of human rights that is directly and indirectly related to other examples of human rights such as the right to life, the right to freedom, etc. With the passage of time and the introduction of modern technologies and the resulting change in human lifestyles, an interconnected network of examples of human rights has been formed. Some examples of human rights, such as the right to health, have a fundamental characteristic that in the process of guaranteeing and protecting them, a set of substantive and structural norms and regulations must be foreseen together. In a sense, the right to health cannot be studied independently and separately from other examples of human rights. The findings of the present study, which have been collected using a descriptive and analytical method and library tools, show that, in the space of international human rights as well as domestic law, the right to health is considered as one of the parts of the health protection system; And currently, to ensure the highest level of health, we should not move towards expanding the instances and subject area of the right to health, but rather we should take steps towards designing a coherent system to protect health.

Keywords: Human Rights; Right to Health; Protection of Health; Fundamental Human Rights.

Please Cite This Article As: Soleimanzadeh Afshar, S (2025). "Historical Developments of the Right to Health in Light of the Formation of the Concept of the Health Protection System". *Iranian Health System Law*, 1(3): 49-63.

Copyright

This is an open access article distributed under CC BY 4.0 License.

© 2025 The Authors.

تحولات تاریخی حق بر سلامت در تو شکل‌گیری مفهوم نظام صیانت از سلامت

ثروت سلیمان‌زاده افشار*^۱

۱. گروه الهیات و معارف اسلامی، گرایش تاریخ و تمدن ملل اسلامی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Email: servatafshar@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۷ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۵ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

چکیده:

حق بر سلامت یکی از مصادیق حقوق حقوق بشری می‌باشد که به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با سایر مصادیق حقوق بشری مانند حق حیات، حق آزادی و ... در ارتباط است. با گذشت زمان و ورود تکنولوژی‌های مدرن و در نتیجه آن تغییر سبک زندگی انسان، شبکه‌ای به هم متصل از مصادیق حقوق بشر شکل گرفته است. برخی از مصادیق حقوق بشر مانند حق بر سلامت، دارای وصفی بنیادین می‌باشند که در فرآیند تضمین و حفاظت از آن‌ها باید یک مجموعه از هنجارها و مقررات ماهوی و ساختاری را در کنار یکدیگر پیش‌بینی نمود. به تعبیری، نمی‌توان حق بر سلامت را به‌صورت مستقل و جدای از سایر مصادیق حقوق بشر مورد مطالعه قرار داد. یافته‌های پژوهش حاضر که با روش توصیفی - تحلیلی و با ابزار کتابخانه‌ای گردآوری شده است، نشان می‌دهد که در فضای حقوق بشر بین‌المللی و نیز حقوق داخلی، حق بر سلامت به‌عنوان یکی از قسمت‌های نظام صیانت از سلامت محسوب می‌گردد و در حال حاضر برای تضمین عالی‌ترین سطح از سلامت نباید در جهت گسترش مصادیق و قلمرو موضوعی حق بر سلامت حرکت نمود، بلکه باید در جهت طراحی یک نظام منسجم در جهت صیانت از سلامت گام برداشت.

کلمات کلیدی: حقوق بشر، حق بر سلامت، صیانت از سلامت، حقوق بنیادین بشری.

مقدمه

روند تحولات تاریخی مفاهیم حقوقی، یکی از ابزارهای بسیار مهم در تبیین نقاط ضعف و قوت محسوب می‌گردد. در روند تحولات تاریخی، نارسایی‌ها، شکست‌ها و پیروزی‌ها نمایان می‌شود و با مطالعه دقیق آن‌ها، نقشه راه آینده بیش از پیش مشخص خواهد شد. مطالعه مفهوم حقوق بشر و مصادیق آن همیشه توأم با مطالعات تاریخی و روند تحولات آن بوده است. در تمام کتاب‌های حقوق بشر، قسمت قابل توجهی از مطالب، به تحولات و پیشینه تاریخی اختصاص داده شده است. دلیل این امر جوان بودن مفهوم حقوق بشر در ادبیات حقوق موضوعه جدید می‌باشد. علی‌رغم سوابق تاریخی فراوان، مفهوم حقوق بشر با رویکرد و چهره جدید آن سابقه‌ای طولانی ندارد. در حال حاضر، «نظام» حقوق بشر بین‌المللی در اولین مراحل «شکل‌گیری» و «اجرایی‌شدن» در قامت یک نظام حقوقی منسجم قرار دارد. واکاوی تحولات تاریخی مصادیق حقوق بشر کمک شایانی به الگوی ارتقا و توسعه نظام حقوق بشر بین‌المللی می‌کند. حق بر سلامت در زمره حقوق بنیادین بشری قرار دارد؛ تضمین و اجرای حق مزبور دارای ارتباط مستقیمی با سایر مصادیق حقوق بشر است. این حق باتوجه به وجود بازیگران بین‌المللی مانند سازمان بهداشت جهانی و نیز به موازات آن توسعه منطقه‌ای (مانند ساختار اتحادیه اروپا)، دارای جایگاه و شرایط خاصی می‌باشد. پرسشی که پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به آن می‌باشد، این است که با در نظر گرفتن تحولات تاریخی حق بر سلامت، بهترین الگو برای توسعه و ارتقای حق مزبور در چهارچوب نظام حقوق بشر بین‌المللی چیست؟ فرضیه‌ای که در پاسخ به پرسش مزبور مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، این است که حق بر سلامت تا پیش از شکل‌گیری نظام حقوق بشر بین‌المللی پس از جنگ جهانی دوم و تشکیل سازمان ملل متحد، صرفاً به صورت یک حق وابسته به سایر حقوق در چهارچوب حقوق داخلی وجود داشت، اما پس از تشکیل ملل متحد و شکل‌گیری نظام حقوق بشر بین‌المللی، حق بر سلامت از حیث مصداقی توسعه زیادی داشت و ارتباط نزدیکی با سایر مصادیق حقوق بشر پیدا کرد. باتوجه به تحولات و تجربیات حاصل در چند دهه اخیر، به نظر می‌رسد باید در جهت طراحی و تصویب یک نظام صیانت از سلامت در فضای حقوق بشر بین‌المللی و حقوق داخلی کشورها بود.

در ارتباط با پیشینه پژوهش حاضر می‌توان به مقاله جاوید و نیاورانی تحت عنوان «قلمرو حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر» اشاره کنیم. نظر نویسندگان این مقاله بر به هم پیوسته بودن مصادیق حقوق بشر و لزوم توجه توأمان به آن‌ها است. از نظر آن‌ها، رکن اصلی در تضمین حق بر سلامت، مفاد ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۳: ۴۷). پژوهش دیگری که در این ارتباط می‌توان به آن اشاره داشت، مقاله توتونچیان و همکاران تحت عنوان «حق بر سلامت سالمندان در پرتو نظام حقوق بشر بین‌المللی» می‌باشد. از نظر نویسندگان، «حق بر سلامت سالمندان در حال حاضر به عنوان یکی از موضوعات مهم و پیچیده در سطح بین‌المللی مطرح است. سه رویکرد متفاوت در ارتباط با حقوق افراد سالمند اتخاذ شده است. در میان این رویکردها، به نظر می‌رسد که رویکرد دولت‌های اروپایی واقع‌بینانه و عملی می‌باشد. در اروپا با توسل به اسناد و راهکارهای غیرالزام‌آور سعی در ایجاد همگامی و وحدت رویه در فضای روابط تابعان و بازیگران وجود دارد. به همین دلیل است که تعهدات غیرالزام‌آور به صورت دقیق و جزیی برای دولت‌ها تعریف شده است.» این پژوهش نشان از «جزئی‌شدن» و «اختصاصی‌شدن» حق بر سلامت دارد (توتونچیان و همکاران، ۱۴۰۰: ۷۴۱). مقاله بیرانوند تحت عنوان «رویه محاکم ملی در مواجهه با حقوق نرم بشردوستانه با تأکید بر حق بر سلامت» نیز جالب توجه است. در این پژوهش دو متغیر خاص در مناسبات حق بر سلامت مد نظر قرار گرفته است: یکی رویه محاکم ملی و دیگری حقوق نرم. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در فرآیند تضمین و اجرای حق بر سلامت، تا چه میزان پیچیدگی‌های حقوقی و فنی وجود دارد (بیرانوند، ۱۴۰۴: ۴۵). مع‌الوصف، بررسی پیشینه پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تحولات و موضوعات راجع به حق بر سلامت تا چه اندازه به صورت پراکنده و گسترده در حال توسعه و تدوین می‌باشند، اما در هیچ یک از پژوهش‌های صورت‌گرفته، توجهی به ضرورت وجود نظام صیانت از سلامت نشده است که همین امر نوآوری و جنبه جدید بودن مقاله حاضر است.

۱- تکامل تاریخی

خدمات، امکانات و کالاهای بهداشتی اغلب به‌عنوان کالاهای عمومی با ارزش تلقی می‌شوند که البته دارای ارتباط بسیار نزدیکی با حمایت از کرامت ذاتی انسان و حمایت از حقوق بشر هستند. به همین دلیل است که این موارد در حال حاضر یکی از موضوعات بسیار مهم در فضای حقوق و روابط بین‌المللی محسوب می‌شوند. حق بر سلامت در چندین سند بین‌المللی (اعم از جهانی و منطقه ای) و همچنین بسیاری از قوانین اساسی مدون شده است. با توجه به تعداد اسناد بین‌المللی و آمارهای منتشره از سوی سازمان بهداشت جهانی، تقریباً هر کشوری عضو یک معاهده بین‌المللی که در آن حق بر سلامت مورد اشاره و تضمین قرار گرفته است، می‌باشد. دولت‌های مزبور نیز دارای تعهداتی برای تضمین حق مزبور در سازوکارهای حقوق داخلی خود می‌باشند (Iyioha, 2021: 4-5).

در طول تاریخ همیشه ضرورت این امر مورد پذیرش قرار گرفته است که: برای رسیدگی به سلامت افراد جامعه نیاز به اقدام جمعی می‌باشد. تهدیدهای سلامت عمومی مانند بهداشت نامناسب و بیماری‌های عفونی، همیشه یکی از نگرانی‌های صاحبان قدرت و قوای حاکم در کشورهای مختلف بوده است. این امر را می‌توان تحت عنوان حق بر بهداشت مد نظر قرار داد. با این حال هیچ‌کدام از اولین اسناد حقوق بشری مانند منشور حقوق انگلستان مورخ ۱۶۸۹، اعلامیه حقوق بشر و شهروندی فرانسه مورخ ۱۷۸۹ یا منشور آمریکایی حقوق مورخ ۱۷۹۱، هیچ اشاره‌ای به حق بر سلامت یا حقوق مرتبط با سلامتی ندارند، بلکه صرفاً در آغاز قرن گذشته است که شاهد ظهور حق بر سلامت در قوانین اساسی کشورها هستیم (Yamin & Gloppen, 2015: 1-2).

خاستگاه حق بر سلامت را به‌شکل امروزی و به‌طور کلی حقوق اقتصادی، اجتماعی را می‌توان تجربیات کشورهای آمریکای لاتین و رویکرد عمل‌گرایانه در مورد بهترین روش مقابله با نابرابری و رنج‌های انسانی دانست. برای مثال در همین راستا می‌توان به قانون اساسی مکزیک مورخ ۱۹۱۷ اشاره داشت. این قانون ماده خاصی در ارتباط با حق بر سلامت ندارد، اما مقرراتی را در ارتباط با بهداشت حرفه‌ای، ممنوعیت کار ناسالم و خطرناک برای زنان و خردسالان، داروها و مراقبت‌های پزشکی برای کارگران مورد اشاره قرار داده است و در همین راستا دولت را ملزم به اتخاذ تدابیری پیشگیرانه راجع به اپیدمی‌ها نموده است (Núñez, 2025: 33-34).

تکامل حق بر سلامت ارتباط نزدیکی با اهمیت سلامت در دستیابی و حفظ صلح و امنیت بین‌المللی دارد. برای مثال، در میثاق جامعه ملل، اشاره‌ای به حمایت از حقوق بشر بین‌المللی نشده است، اما نیاز به حمایت از سلامت افراد مورد اشاره قرار گرفته است. در همین راستا می‌توان به ماده ۲۳ میثاق مزبور اشاره داشت که مقرراتی در ارتباط با حمایت از سلامت افراد از طریق شرایط انسانی برای کار و پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، وضع نموده است. منشور ملل متحد مورخ ۱۹۴۵ ذیل مواد ۵۵ و ۵۶ کمک و همکاری برای رسیدگی به مشکلات بین‌المللی سلامت را مورد توجه قرار داده است. در همین راستا بود که سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان یک مؤسسه تخصصی وابسته به ملل متحد ایجاد شد. در این مرحله است که شاهد به‌رسمیت شناختن حق بر سلامت به‌عنوان یکی از مصادیق حقوق بشر بین‌المللی هستیم. مقدمه سند تأسیس سازمان بهداشت جهانی مورخ ۱۹۴۸ تصریح می‌کند که «برخورداری از بالاترین استاندارد سلامت یکی از حقوق اساسی هر انسان بدون تمایز از حیث نژاد، مذهب، عقاید سیاسی، شرایط اقتصادی یا اجتماعی است» در همین سند نیز اولین تعریف از سلامت ارائه می‌شود که براساس آن، «سلامتی نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ناتوانی، بلکه وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است.»

با تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸، ذیل ماده ۲۵، وجود حق بر سلامت به‌عنوان یک حق جهانی مورد تأیید قرار گرفت، هرچند در این ماده صراحتاً حق بر سلامت مورد اشاره قرار نگرفت، بلکه مصادیق آن بدین شرح اعلام شدند: «۱- هرکس حق دارد که سطح زندگی او سلامتی و رفاه خود و خانواده‌اش را از حیث خوراک و مسکن و مراقبت‌های طبی و خدمات لازم اجتماعی تأمین کند. همچنین حق دارد که در مواقع بیکاری، بیماری، نقص اعضا، بیوگی، پیری یا در تمام موارد دیگری که به علل خارج از اراده انسان وسائل امرار معاش از دست رفته باشد، از شرایط آبرومندانه زندگی برخوردار شود؛ ۲- مادران و کودکان حق دارند که از کمک و

مراقبت مخصوصی بهره‌مند شوند. کودکان چه بر اثر ازدواج و چه بدون ازدواج به دنیا آمده باشند، حق دارند که همه از یک نوع حمایت اجتماعی برخوردار شوند.»

این کلیت و اجمال اعلامیه جهانی حقوق بشر، بعدها در میثاق حقوق مدنی و سیاسی و نیز میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورخ ۱۹۶۶ رفع گردید. میثاق حقوق مدنی و سیاسی، حق بر سلامت را در رابطه با اقدامات بهداشت عمومی مورد توجه قرار داده است. این حق در چهارچوب میثاق مزبور نه به‌عنوان یک حق مستقل، بلکه به‌عنوان یک محدودیت مجاز برای آزادی بیان، آزادی حرکت و جابه‌جایی، آزادی اجتماعات، آزادی تشکل‌ها و آزادی ابراز مذهب مورد توجه قرار گرفته است، اما وضعیت میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متفاوت است. حق بر سلامت به‌عنوان یک حق مستقل ذیل ماده ۱۲ میثاق مزبور بدین صورت مورد تصریح قرار گرفته است: «۱- دولت‌های طرف این میثاق حق هرکس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن‌الوصول به رسمیت می‌شناسند؛ ۲- تدابیری که دولت‌های طرف این میثاق برای استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد، شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود: - تقلیل میزان مرده متولدشدگان و مرگ‌ومیر کودکان و تأمین رشد سالم آنان؛ - بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات؛ - پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر (بومی) حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچنین پیکار علیه این بیماری‌ها؛ - ایجاد شرایط مناسب برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های پزشکی برای عموم در صورت ابتلا به بیماری.»

۲- تحولات حق بر سلامت در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

متن میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به‌صورت بسیار مبهم و کلی طراحی شده است. «این ویژگی موجب شده است که تفاسیر مختلفی از متن میثاق مزبور ارائه شود. از طرفی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که توسط شورای اقتصادی و اجتماعی ملل متحد برای نظارت بر گزارش‌های دولت‌های عضو در ارتباط با حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تأسیس شده است، در راستای انجام وظیفه نظارتی خود، به تفسیر مقررات میثاق نیز می‌پردازد» (Alston, 1987: 332-333). «این کمیته پس از بررسی گزارش‌های دولت‌های عضو، پیشنهادات و توصیه‌هایی را تحت عنوان «نتیجه مشاهدات» ارائه می‌کند. کمیته در ضمن پیشنهادات و توصیه‌های مزبور، معنای مقررات میثاق را در حوزه‌های مختلف بیان می‌کند. گاهی اوقات، زمانی که رویه کمیته به قدر کفایت مورد جرح، تعدیل و توسعه قرار می‌گیرد» (Riedel, 2002: 346)، «کمیته اقدام به تدوین گزارش‌هایی تحت عنوان «دیدگاه‌های عمومی» می‌کند که هدف آن‌ها روشن ساختن معنا و محتوای برخی از مصادیق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد. مجوز صدور دیدگاه‌های عمومی از جانب کمیته، توسط شورای اقتصادی و اجتماعی در سال ۱۹۸۷ صادر شد. تا سال ۲۰۱۸ تقریباً تمام مقررات اصلی میثاق توسط کمیته ارزیابی شده بود» (Pinto, 2018: 172).

حق بر سلامت ذیل ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفته است. «در ارتباط با مفاد ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باید به چند نکته مهم توجه داشت: اول این که در صدر ماده ۱۲، حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی مورد پذیرش قرار گرفته است. با توجه به سیاق عبارات این ماده، توجه دقیق طراحان متن ماده ۱۲ به مسأله حاکمیت ملی دولت‌ها از یک سو و حقوق بشر از سوی دیگر، مشهود است. در واقع طراحان این ماده، عبارت ممکن‌الوصول را به‌صورت دقیق در جمله‌بندی ماده ۱۲ جایگذاری نموده‌اند» (Saul et al, 2014: 1061-1062). «با توجه به این عبارت می‌توان چنین استدلال نمود که میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، از تعریف مجموعه‌ای از استانداردهای عینی برای تعیین میزان سطح سلامت در جهت تضمین حق بر سلامت امتناع کرده است. دلیل این امر نیز واضح است: با گذشت زمان، سطح توسعه و گسترش امکانات در کشورهای مختلف تغییر پیدا می‌کند و در نتیجه توانمندی دولت‌ها نیز در تأمین حق بر سلامت افراد انسانی متغیر خواهد بود. به تعبیری سطح حداکثری سلامت و بهداشت عمومی تابع مقتضیات زمانی و مکانی می‌باشد، در نتیجه ماده ۱۲، بهترین و بالاترین سطح سلامت را که حسب شرایط ممکن‌الوصول می‌باشد، به رسمیت شناخته است» (Albuquerque, 2015: 261-262).

نکته دوم که در ارتباط با این ماده باید به آن دقت داشت، کلی بودن تعهدات و الزامات ایجاد شده برای دولت‌ها می‌باشد. «دلیل این امر را باید در فضای حاکم بر دهه ۶۰ میلادی جستجو کرد. پس از جنگ جهانی دوم، با تصویب منشور ملل متحد و تأسیس سازمان ملل متحد، نظم جدیدی بر فضای روابط بین‌المللی حاکم شد. در نظم جدید و متن منشور ملل متحد، تأکید فراوانی بر حاکمیت ملی دولت‌ها و اصل عدم مداخله در امور داخلی شده بود. از یک سو تحت تأثیر این فضا، دولت‌ها در فرآیند پذیرش تعهدات و الزامات بین‌المللی سخت‌گیری زیادی داشتند؛ به تعبیر نویسندگان حوزه روابط بین‌الملل، دولت‌ها نسبت به حاکمیت ملی خود و هرگونه محدود شدن آن از طریق پذیرش تعهدات و الزامات بین‌المللی، بسیار غیرتمند بودند، در نتیجه اگر طراحان میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، اقدام به طراحی تعهدات خاص و دقیق می‌نمودند، به احتمال زیاد، سند مزبور با اقبال دولت‌ها مواجه نمی‌شد» (Sekalala, 2018: 104-105)؛ از سوی دیگر، «در فضای دهه ۶۰ میلادی، «حقوق بشر» در عالم حقوق و روابط بین‌المللی یک مفهوم جوان و نوپا محسوب می‌شد، در نتیجه برای تقویت آن، به جای یک حرکت رادیکال و سریع، نیاز به یک حرکت فرسایشی و آهسته بود. ویژگی کلی بودن صرفاً منحصر به صدر ماده ۱۲ نمی‌باشد، بلکه تعهدات و الزامات بند دوم این ماده نیز بسیار کلی و بدون تعریف میزان حداقل و حداکثر می‌باشد» (Naomi, 2014: 112-113)، در نتیجه به نظر می‌رسد در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، علی‌رغم الزام‌آور بودن مفاد میثاق، حق بر سلامت در قامت یک اصل کلی، منعطف و الزام‌آور مورد شناسایی قرار گرفت.

«حق هرکس برای تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن الحصول» از سال ۱۹۹۳ در دستور کار کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار گرفت. «در نهایت در سال ۲۰۰۰ نیز گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ راجع به این حق به تصویب رسید. لازم به ذکر است که در سال ۱۹۹۹، دور جدیدی از مذاکرات میان کمیته و سازمان‌های غیردولتی و برخی از مؤسسات تخصصی وابسته به ملل متحد، از جمله سازمان بهداشت جهانی آغاز شد که این مذاکرات تأثیر بسیار زیادی در فرآیند تصویب گزارش دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ داشت» (توتونچیان و همکاران، ۱۴۰۰: ۷۴۲-۷۴۱).

سازمان بهداشت جهانی پیش از سال ۱۹۹۹، صرفاً در مسائل مربوط به سیاست‌گذاری حوزه بهداشت فعالیت می‌کرد. به بیان ساده‌تر، «این سازمان تمرکز زیادی بر فعالیت‌های حقوقی نداشت، اما از سال ۱۹۹۹ روند فعالیت سازمان تغییر پیدا کرد و فعالیت‌های آن به سمت تهیه و تنظیم اسناد حقوقی منعطف شد» (Dresler, 2013: 472). مع‌الوصف، «فارغ از تمام اختلاف نظراتی که در ارتباط با نحوه فعالیت سازمان بهداشت جهانی (راجع به متمرکز بودن یا نبودن بر فعالیت‌های حقوقی) وجود دارد، سازمان بهداشت جهانی از زمان تأسیس تا به امروز فعالیت‌های بسیار مفیدی در زمینه هماهنگی قوانین و مقررات بهداشتی، مبارزه با بیماری‌های خاص و همچنین تدوین سیاست‌ها و راهبردهای مربوط به مراقبت‌های بهداشتی که منجر به ریشه‌کن کردن کامل یا مهار بیماری‌های فراگیر، انجام داده است» (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۳: ۵۱-۵۰).

«کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ارتباط با تعهدات ناشی از ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، سه نوع تعهد را (که در رویه کمیته و همچنین رویه نهادها و مؤسسات حقوق بشری و نیز در ادبیات نویسندگان حقوق بشر بسیار مورد تأکید قرار گرفته است) برای دولت بر شمرده است» (Riedel et al, 2014: 18). «از حیث ماهیتی، تعهدات مزبور شامل تعهد به احترام، حفاظت و اجرا (تحقق) می‌باشند. مقصود از احترام به حق سلامت این است که دولت‌ها دسترسی همه افراد فارغ از جنس، نژاد، رنگ و وضعیت سیاسی - اجتماعی - حقوقی، از جمله زندانیان، افراد تحت بازداشت، اقلیت‌ها، پناهجویان یا حتی مهاجران غیرقانونی را به خدمات بهداشتی پیشگیرانه، درمانی و تسکین‌بخش، منع یا محدود نکنند. همچنین دولت‌ها باید از ممنوعیت یا جلوگیری از مراقبت‌های پیشگیرانه سنتی، اقدامات و داروهای سنتی یا تحمیل درمان پزشکی اجباری (جزء در موارد بیماری‌های روانی یا کنترل بیماری‌های واگیردار) خودداری کنند. مقصود از تعهد به حفاظت این است که در راستای اجرای تعهدات موضوع ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دولت‌ها باید تدابیر لازم (از جمله تصویب قوانین و ...) را برای دسترسی مساوی به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات مرتبط با سلامتی که توسط اشخاص و مؤسسات مختلف ارائه می‌شود، اتخاذ کنند. به بیان ساده‌تر، در این راستا، دولت‌ها باید اطمینان حاصل کنند که خصوصی‌سازی بخش بهداشت و سلامت، تهدیدی برای در

دسترس بودن و کیفیت خدمات بهداشتی نیست» (Tobin, 2019: 120). مسائلی مانند بازاریابی دارو، ارائه استانداردهای مناسب، مهارت‌های آموزشی و کدهای اخلاقی برای کارکنان بخش پزشکی و سلامت، نیاز مبرم به حمایت و مداخله دولت دارد، تمام این موارد در واقع مصداقی از تعهد به حفاظت محسوب می‌شوند.

سومین تعهدی که در ماده ۱۲ میثاق وجود دارد، تعهد به اجرا (تحقق) است. «در بندهای ۳۶ و ۳۷ از دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴ مصادیقی از تعهد به اجرا بیان شده است. به‌عنوان مثال، دولت‌ها باید سیاست ملی سلامت که متضمن برنامه‌ریزی دقیق برای تحقق حق بر سلامت با هدف ارتقای مؤثر نظام سلامت باشد را به تصویب برسانند. ارتقای مؤثر نظام سلامت دارای مؤلفه‌ای بسیار متنوع و گسترده‌ای، از جمله برنامه‌های واکسیناسیون، دسترسی مساوی به همه پیش‌شرط‌های سلامت، مانند مواد غذایی سالم و مفید، آب آشامیدنی سالم، بهداشت اولیه و مسکن مناسب و ... می‌باشد.» «همچنین دولت‌ها علاوه بر اطمینان از آموزش کافی و مناسب پزشکان و سایر پرسنل پزشکی، باید تعداد کافی از بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی را تأسیس کنند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در فرآیند نظارتی خود، تأکید ویژه‌ای بر این امر به‌ویژه در مناطق دوردست، روستایی و فقیرنشین شهری دارد» (Elvira, 2015: 9).

۳- تنوع و گستردگی موضوعات جدید مرتبط با حق بر سلامت

در سال‌های اخیر با افزایش سطح دانش در ارتباط با نیازهای بهداشتی، جنبه‌های خاص حوزه سلامت نیز بیش از پیش خودنمایی می‌کند. متعاقب تلاش‌های کمیته رفح کلیه اشکال تبعیض علیه زنان و کمیته حقوق افراد دارای معلولیت، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زمان قابل توجهی را به چالش‌های حق بر سلامت در حوزه حقوق جنسی و تولید مثل، از جمله مواردی همچون حق ازدواج و جلوگیری از ازدواج کودکان، مسائل مربوط به قانونی‌بودن سقط و حق تعیین سرنوشت زنان اختصاص می‌دهد. این موضوعات در گزارش «دیدگاه‌های عمومی شماره ۲۲» مورد توجه قرار گرفته‌اند و مانند گزارش «دیدگاه‌های عمومی شماره ۱۴» بر نزدیکی ارتباط این موضوعات با اصول عدم تبعیض و برابری تأکید شده است. باید توجه داشت که کمیته این ابعاد جدید از حق بر سلامت را مستقیماً از متن میثاق به‌دست آورد، در نتیجه می‌توان آن‌ها را به‌عنوان پارامترهایی جدید برای حق بر سلامت محسوب کنیم (Look et al, 2011: 311-312).

یکی دیگر از ابعاد نوین حق بر سلامت در سال‌های اخیر مربوط به مشکلات بهداشت روانی است. از دهه ۹۰ میلادی این مسأله در تحقیقات مختلف آشکار شده است که وضعیت مؤسسات بهداشت روان در بسیاری از کشورها اسفناک است (Getahun et al, 2014: 77). درمان بیماری‌های روانی معمولاً فقط مراقبت‌های بهداشتی اولیه را دربر می‌گرفت و درمان‌های ثانویه تخصصی معمولاً رد می‌شدند. همچنین چند مکانیسم کنترل مؤثر برای کنترل تصمیمات در مورد قراردادن بیماران در مؤسسات بهداشت روان ارائه نشده است. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، دائماً از دولت‌ها می‌خواهد که این موضوعات را در چهارچوب تعهدات راجع به حق بر سلامت در نظر گیرند. امروزه دولت‌ها پذیرفته‌اند که در این حوزه‌ها نیاز به اصلاحات بنیادین وجود دارد و در گزارش‌های خود به کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز به این اصلاحات توجه خاصی دارند (Riedel, 2020: 107).

مسأله دیگری که به‌طور فزاینده در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، وضعیت زندانیان در رابطه با حق بر سلامت است. تا اوایل دهه ۹۰ میلادی، مسائل زندان براساس مواد ۹ و ۱۰ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی به کمیته حقوق بشر واگذار می‌شد، اما از زمان کنفرانس جهانی وین در مورد حقوق بشر مورخ ۱۹۹۳، شرایط زندان و مسائل حقوق بشر، به‌ویژه در مورد مراقبت‌های بهداشتی و تهیه غذا، به تمام ارگان‌های معاهده‌ای ارجاع می‌شود. به‌طور کلی اعتقاد بر این است که افراد تحت بازداشت و زندانی تحت محدودیت‌هایی قرار دارند که توسط نظام حقوق کیفری تعیین شده است، اما این رویکرد از سال ۲۰۰۰ مورد تجدید نظر قرار گرفت و کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مانند سایر نهادهای معاهداتی، به‌طور دائم، مشکلات شرایط زندان، از جمله ازدحام بیش از حد ناشی از بیماری، عفونت‌ها و مسائل بهداشتی را در دستور کار خود قرار داده است. تمام

این موضوعات در حال حاضر بخشی از حوزه عمومی حق بر سلامت ذیل ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی محسوب می‌شوند و کشورهای عضو میثاق پذیرفته‌اند که پیشرفت و توسعه در این زمینه‌ها بخشی از تعهدات حقوقی آن‌ها محسوب می‌شود (Schutter, 2010: 795).

یکی دیگر از مسائل مهم در سال‌های اخیر، مسائل مربوط به حق بر سلامت در زمان مخاصمات مسلحانه می‌باشد. در واقع سازوکارها و ضمانت‌اجراهای حق بر سلامت در چهارچوب اعلامیه جهانی حقوق بشر و دو میثاق حقوق بشر، همگی در زمان صلح قابلیت اجرایی دارند، زیرا سازوکارهای مزبور وابستگی کامل به نهاد حاکمیت و ابزارهای آن دارند. از طرفی نیز در زمان بروز مخاصمات مسلحانه عموماً دولت‌ها کنترل مؤثر خود را در مناطقی که مخاصمه وجود دارد، از دست می‌دهند. مشکل اصلی اینجاست که معاهداتی که بعدها نیز طراحی و همگی بر مبنای میثاق‌های حقوق بشر و با پیش‌فرض فضای صلح به تصویب رسیدند. در سال‌های اخیر، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به وضعیت حقوق بشر در حین مخاصمات مسلحانه و به ویژه موقعیت‌های پس از پایان یافتن مخاصمات، مانند مسائل مربوط به دسترسی به خدمات بهداشتی در زمان مخاصمات مسلحانه، ارائه خدمات درمانی و روانی پس از وقوع مخاصمات مسلحانه برای اقشار آسیب‌پذیر به ویژه زنان و کودکان پرداخته است (Malley, 2010: 65). در حال حاضر نیز مسائل مربوط به خشونت جنسی علیه زنان، کودکان و بازداشت‌شدگان در حین مخاصمات مسلحانه در مکاتبات دولت‌ها با کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد توجه قرار گرفته است و سازمان‌های غیردولتی نیز اطلاعات مفصلی در این زمینه به کمیته و دولت‌ها ارائه می‌دهند. برای مثال، کمیته در ارتباط با تجاوزهایی که به صورت جمعی و علنی توسط نیروها و گروه‌های مسلح صورت گرفته است تا مردم و غیرنظامیان را بترسانند، گزارش‌های مختلفی را ارائه کرده است (Riedel et al, 2014: 447).

۴- همه‌جانبه‌بودن حق بر سلامت

حق بر سلامت در سال‌های اخیر از سوی بازیگران بین‌المللی در کنار سایر مصادیق حقوق بشر مورد توجه قرار گرفته است. تمرکز اسناد غیرالزام‌آور بسیاری از سازمان‌های تخصصی وابسته به ملل متحد، ضمن تمرکز بر سایر مصادیق حقوق بشر، به حق بر سلامت نیز تأکید ویژه دارند. برای مثال کمیته رفع کلیه اشکال تبعیض نژادی، حق بر سلامت را در راستای رفع تبعیض مد نظر قرار داده است. به تعبیری، این کمیته در چهارچوب اصول راهنمای ارائه شده، تأکید دارد که در اعمال و تضمین حق بر سلامت، کلیه اشکال تبعیض نژادی باید کنار گذاشته شود. در همین راستا، قلمروی موسع برای تبعیض نژادی در نظر گرفته شده است (Catalán, 2021: 78). به بیان ساده‌تر، زمانی که تبعیض نژادی را به صورت کلاسیک مد نظر قرار می‌دهیم، فقط مصادیق سنتی آن، که در بحران‌ها و مخاصمات مسلحانه وجود داشت، به ذهن متبادر می‌گردد، اما ممنوعیت تبعیض نژادی وقتی در تعامل با حق بر سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد، مصادیق جدید آن مانند نوبت‌دهی در فرآیند درمانی، عدم توجه به سنت‌ها و فرهنگ‌های بومی، عدم توجه به روش‌ها و درمان‌های سنتی مفید و ... مطرح می‌گردد (Durojaye & Mahadew, 2024: 6-7). در واقع ممنوعیت تبعیض نژادی وقتی در کنار حق بر سلامت قرار می‌گیرد، مصادیق عملی و رویه‌های غلط موجود در جوامع را مد نظر قرار می‌دهد.

مصادیق دیگری از حقوق بشر که توسط بازیگران بین‌المللی به حق بر سلامت مرتبط گردیده است، حق بر آب آشامیدنی سالم و غذای سالم است. در چهارچوب اسناد غیرالزام‌آور سازمان بین‌المللی فائو و نیز گزارش‌های کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، تضمین حق دسترسی به آب آشامیدنی سالم و غذای سالم، مقدمه اصلی برای نیل به حق بر سلامت می‌باشد (Daniel, 2022: 6-12). در همین راستا، تأمین غذا و آب سالم به اندازه کافی، هم در مرحله پیشگیری و هم در مرحله درمان بیماری‌ها نقش اساسی را ایفا می‌کند، زیرا که منشأ بسیاری از بیماری‌ها و مخاطرات راجع به سلامت انسان، به غذا و آب آشامیدنی ناسالم بازمی‌گردد. از سوی دیگر، بسیاری از بیماری‌ها با حذف عامل آن از منابع آب و غذا، با گذشت زمان و به صورت طبیعی با اقدام سیستم دفاعی بدن انسان، درمان می‌شوند (Kobylarz & Grant, 2022: 196-197). در نتیجه، کافی است که عوامل آلودگی از جریان منابع آب و غذا حذف شوند.

حق بر کار و اشتغال نیز یکی دیگر از مصادیق حقوق بشر می‌باشد. سازمان بین‌المللی کار در چهارچوب بسیاری از اسناد خود، حق بر کار و اشتغال را فقط در چهارچوب محیط کار سالم و بهداشتی مد نظر قرار می‌دهد. در واقع، افراد قسمت قابل توجهی از زمان خود را در محیط اشتغال خود سپری می‌کنند. همین امر باعث می‌شود که چنانچه در محیط کاری آن‌ها، عوامل آلودگی و غیربهداشتی وجود داشته باشد، عوامل مزبور از طریق نیروهای کار به محیط خانوادگی آن‌ها نیز منتقل می‌گردد (Repa Barbara & Barreiro, 2018: 202-203). نکته جالب توجه این است که عواملی که موجب ایجاد شرایط کاری ناسالم و غیربهداشتی می‌شوند، در دو دسته کلی قرار می‌گیرند: دسته اول عوامل راجع به ایجاد بیماری‌های میکروبی و ویروسی؛ دسته دوم عوامل راجع به طرز کار و شرایط فیزیکی که بدن را در حالت نامساعد قرار می‌دهد، مانند کارکردن با دستگاه‌هایی که افراد را مجبور می‌کند در حالتی غیرمتعارف به صورت طولانی مدت قرار گیرند. گزارش‌ها نشان می‌دهد که برخی کارکنان زیردریایی‌های نظامی در بخش‌های فنی مجبور هستند ساعت‌های متمادی روی صفحاتی متغیر دراز کشیده و به بازرسی و بازرینی فنی قسمت‌های موتور زیردریایی بپردازند. شرایط مشابهی برای کارگران بخش معادل و صنایع سنگین نیز وجود دارد. در این موارد، حتی اگر ضرورت انجام کار در شرایط مزبور وجود داشته باشد، می‌توان با کاهش ساعت کار و افزایش افراد، از آثار زیان‌بار شرایط سخت مزبور جلوگیری نمود (Woodcock, 2023: 117).

موضوع دیگری که در این راستا باید به آن توجه داشت، تغییرات اقلیم و حق بر محیط زیست سالم است. تغییرات اقلیم یکی از موضوعاتی است که به صورت مستقیم و غیرمستقیم حق بر سلامت را تحت تأثیر قرار داده است. مطابق با اسناد غیرالزام‌آور سازمان بهداشت جهانی، تغییرات اقلیم در موارد متعدد حق بر سلامت را با مخاطره جدی مواجه می‌کند. اولین مورد مربوط به تأثیر تغییرات اقلیم بر تولید غذای سالم و آب آشامیدنی سالم است. تغییرات اقلیم موجب می‌شود که سیل و طوفان‌های غیرطبیعی و نامتعارف باعث تخریب مزارع و مراکز تولید غذا و آب آشامیدنی می‌گردد. از طرف دیگر همین عوامل باعث تخریب مراکز بهداشتی و درمانی نیز می‌گردد. تخریب زیرساخت‌های بهداشتی نیز به نوبه خود به صورت مستقیم حق بر سلامت را با مخاطره جدی مواجه می‌کند (Burger & Gundlach, 2018: 16-17).

در همین راستا باید عنایت داشت که تغییرات اقلیم به نوبه خود موجب ایجاد دو وضعیت خاص دیگر می‌گردد: ایجاد سیل مهاجران و پناهندگان؛ دوم ایجاد شرایط و بستر مناسب برای وقوع رقابت بر سر منابع و درنهایت وقوع مخاصمات مسلحانه داخلی. در ارتباط با وضعیت مهاجران و پناهندگان باید توجه داشت که باتوجه به گزارش‌های کمیساریای عالی پناهندگان، دولت‌های مقصد، اغلب فاقد شرایط و زیرساخت‌های لازم برای اسکان و ایجاد امکانات لازم برای تأمین غذا و آب آشامیدنی سالم هستند. در عمل، گزارش‌های موجود نشان می‌دهد که تعداد زیاد پناهندگان و مهاجران، امکان کنترل مرزی و جلوگیری از جابه‌جایی جمعیت را نمی‌دهد. این شرایط در بسیاری از کشورهای آفریقایی مانند سودان شمالی، کنگو، نامیبیا و ... رخ داده است (Lewis, 2018: 18-19). در همین راستا نکته جالب توجه، گزارش‌ها و توصیه‌های گروه بانک جهانی است. یکی از متغیرهای مهم برای گروه بانک جهانی جهت اعطای وام‌های بین‌المللی، مخاطرات زیست‌محیطی و کمک به تکمیل زیرساخت‌های درمانی می‌باشد. این اقدام تا به حال در ارتباط با افغانستان، گینه، سودان جنوبی و نامیبیا صورت گرفته است (Lemery et al, 2021: 394-395)، اما در ارتباط با وضعیت دوم باید خاطر نشان ساخت که در حال حاضر اغلب مخاصمات مسلحانه داخلی که در آفریقا در حال وقوع است، به علت کمبود منابع، غذای کافی و آب آشامیدنی است. به تعبیری، مخاصمات مزبور، در واقع نبرد برای بقا و دسترسی به منابع اولیه می‌باشد. اگر به گزارش‌های سازمان ملل و کمیته صلیب سرخ در ارتباط با مخاصمات آفریقا مراجعه شود، توجه ویژه به گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی و بحران منابع به وضوح قابل مشاهده است (Knox & Pejan, 2018: 59-60).

حق بر سلامت در حال حاضر فقط در ارتباط با افراد عادی مطرح نمی‌باشد. یکی از موضوعات مهم که در سال‌های اخیر مورد توجه عفو بین‌الملل و صلیب سرخ بین‌المللی قرار گرفته است، حق بر سلامت زندانیان می‌باشد. وضعیت بهداشتی بسیاری از زندان‌ها در سراسر جهان در شرایط بحرانی قرار دارد. زندان‌ها چه از نظر آلودگی‌های محیطی و چه از نظر کمبود مکان مناسب برای زندانیان در شرایط نامساعدی قرار دارند. سازمان ملل متحد، برآیند اقدامات بازیگران فعال در حوزه حقوق زندانیان را در قالب

اعلامیه ماندلا منتشر نموده است که یک سند غیرالزام آور بین‌المللی محسوب می‌شود. یکی از حقوق مهمی که در این سند مورد توجه قرار گرفته است، حق بر سلامت زندانیان است (Faiver, 2017: 34-35). نکته‌ای که در اینجا باید به آن دقت داشت، این است که مسائل راجع به زندان و زندانیان برای کشورها یک مسأله امنیتی و حساس محسوب می‌شود، در نتیجه، سخت‌گیرانه‌ترین شرایط را دولت‌ها برای بازرسی و نظارت بین‌المللی برای زندان‌ها در نظر می‌گیرند. همین امر باعث شده است شدیدترین مخاطرات در ارتباط با حق بر سلامت، نسبت به زندانیان ایجاد شود.

حق استقلال و تمامیت جسمانی نیز یکی دیگر از حقوقی می‌باشد که در ارتباط با حق بر سلامت مورد توجه سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته است. در ارتباط با حق بر استقلال و تمامیت جسمانی، سه موضوع بسیار مهم در حال حاضر مطرح می‌باشد: یکی مسأله سقط جنین؛ دوم، مسأله انتخاب جنسیت و شکل‌گیری گرایش‌های جدید جنسیتی؛ سوم، حقوق سلامت جنسی و بارداری. در ارتباط با موضوع اول و دوم، محدودیت‌های مذهبی و اجتماعی فراوانی در کشورهای مختلف وجود دارد. باتوجه به این محدودیت‌ها اتخاذ یک رویه واحد و هنجارسازی در سطح جهانی، ممتنع به نظر می‌رسد. این موضوعات در گزارش‌های جدید سازمان بهداشت جهانی به صورت غیرمستقیم و در ضمن موضوعات دیگر مورد بحث قرار می‌گیرد. حساسیت‌ها در این زمینه باعث شده است که بر خلاف رویه معمول در سازمان بهداشت جهانی، امکان صدور اسناد غیرالزام آور نیز وجود نداشته باشد، در نتیجه، سازمان گرایش به سوی مطالعات موردی و تهیه گزارش در ارتباط با وضعیت کشورهایی که در این زمینه انعطاف بیشتری دارند، پیدا کرده است (Aggleton et al, 2023: 241-242)، اما در ارتباط با موضوع سوم، فضای فرهنگی، مذهبی و اجتماعی مساعدتری وجود دارد. سازمان بهداشت جهانی تمرکز زیادی بر مسأله آموزش در ارتباط با سلامت جنسی و بارداری دارد. در اینجا حق بر آموزش افراد با حق بر سلامت در تعامل نزدیک قرار گرفته است. این آموزش شامل موارد متعدد، از جمله آموزش استفاده از وسایل و کالاهای بهداشتی، آموزش‌های لازم برای پیشگیری از بارداری ناخواسته، همچنین آموزش‌های لازم برای فرآیند بارداری، زایمان، مراقبت‌های بعد و قبل زایمان، مراقبت از نوزادان و ... است (Goldenberg et al, 2021: 151-152).

۵- نظام صیانت از حق بر سلامت

باتوجه به گستردگی و تنوع مصادیق حقوق بشر و مناسبات آن‌ها با حق بر سلامت، جهت تضمین حق بر سلامت نیاز به وجود یک نظام صیانت از حق بر سلامت می‌باشد. نظام مزبور باید بر دو موضوع تمرکز داشته باشد: اول، تعهدات دولت و بخش‌های غیردولتی (اعم از الزام آور و غیرالزام آور)؛ دوم، تضمین ویژگی‌های خاص برای امکانات، خدمات، کالاها و مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی.

۵-۱- تعهدات دولت و بخش غیردولتی

در چهارچوب نظام صیانت از سلامت اولین و مهم‌ترین مسأله، «تعهدات» بازیگران فعال در بخش سلامت می‌باشد. تعهداتی که برای بازیگران دولتی و غیردولتی در ارتباط با حق بر سلامت تعریف شده است به صورت غیرنظام‌مند و پراکنده در اسناد مختلف اعم از اسناد الزام آور و غیرالزام آور تدوین شده است. به همین جهت، لازم است که تعهدات موجود در قالب یک مجموعه واحد گردآوری شوند. باتوجه به نقش و وظایف سازمان بهداشت جهانی، بهترین مرجع برای تدوین این تعهدات، سازمان مزبور است؛ دومین مسأله عدم شفافیت مناسبات بازیگران دولتی و غیردولتی است. در واقع، بازیگران مزبور نقش‌های پراکنده و متفاوتی را در حوزه حق بر سلامت ایفا می‌کنند که لازم است مناسبات آن‌ها با یکدیگر تبیین گردد. در همین راستا، بازیگران مزبور در تعریف تعهدات و تکالیف نیز به صورت هماهنگ اقدام نمی‌کنند. همین عدم هماهنگی بستری را برای شکل‌گیری هنجارها و رویه‌های غیرهماهنگ و در برخی موارد متعارض ایجاد می‌کند. در گام اول، لازم است که تعهد به «صیانت» از حق بر سلامت در قامت یک اصل عمومی و رویکردهای بازیگران فعال در این حوزه مشخص گردد. مفهوم «صیانت» یک مفهوم عام‌تر از تضمین و حفاظت از حق بر سلامت است. وقتی سخن از تضمین و حفاظت از حق بر سلامت مطرح می‌گردد، تمرکز اصلی بر حق بر سلامت و ویژگی‌ها و فروع آن است، اما در بحث «صیانت» تمرکز نه فقط بر تضمین و حفاظت، بلکه توجه ویژه به ارتقا و توسعه متناسب با وضعیت‌های جدید نیز هست. به تعبیری، در چهارچوب صیانت، با گذشت زمان و ایجاد تغییر در سطح توانمندی‌ها و زیرساخت

های موجود، سطح تعهدات بازیگران فعال در حوزه سلامت نیز تغییر خواهد کرد، مضاف این‌که هرگونه تغییر در مناسبات حق بر سلامت و سایر حقوق بشری مد نظر قرار می‌گیرد؛ سومین مسأله، شکل‌گیری مسؤولیت جمعی است. نهاد مسؤولیت جمعی پیش‌تر در فضای حقوق محیط زیست شکل گرفته است، اما این مفهوم در حال حاضر در حوزه حق بر سلامت صرفاً در موارد خاص (شیوع پاندمی) مورد پذیرش حقوق بین‌الملل موضوعه قرار گرفته است، اما در سایر حوزه در قامت دکترین و توصیه عمومی مطرح می‌باشد. به تعبیری، نه تنها در ارتباط با بازیگران فعال در حوزه حق بر سلامت، بلکه لازم است برای سایر بازیگران (مانند گروه بانک جهانی که پیش‌تر اشاره شد) نیز تعهداتی فرعی راجع به صیانت از سلامت تعریف گردد؛ چهارمین مسأله، انجام تحقیقات و پژوهش‌های دانشگاهی و غیردانشگاهی در حوزه حق بر سلامت است. این تحقیقات یک مرحله بسیار مهم در نیازسنجی و ایجاد شفافیت در طراحی هنجارها و تعهدات حقوقی محسوب می‌شود. لازم است تحقیقات در راستای شناسایی و سنجش زیرساخت‌ها، چالش‌های موجود و نیز نواقص و معایب مرحله اجرا و تضمین حق بر سلامت باشد، در نتیجه ایجاد ارتباط میان نهادهای دانشگاهی و تحقیقاتی در سطح ملی و بین‌المللی از مهم‌ترین مسائل اولیه محسوب می‌گردد؛ پنجمین مسأله، ایجاد مشارکت در فرآیند تصمیم‌گیری‌هایی راجع به صیانت از سلامت می‌باشد. در بحث راجع به فرآیند تصمیم‌گیری باید هم در سطح ملی و هم در سطح بین‌المللی سازوکارهای اجرایی طراحی گردد. در واقع، حذف کردن بازیگران خاص یا اقشار خاصی از فرآیند تصمیم‌گیری باعث می‌شود که در طراحی و تصویب هنجارها، نیازهای واقعی جامعه هدف مد نظر قرار نگیرد، در نتیجه همین امر باعث شکل‌گیری هنجارهای متروک و منسوخ می‌شود. همین مسأله یکی از عوامل اصلی در شکل‌گیری یک نظام ناکارآمد است. در همین راستا باید به مسأله توسعه دموکراسی با تمرکز بر «اختصاصی‌شدن» توجه ویژه داشت. برای مثال در برخی کشورها مانند حوزه اسکانداویا، طرح انتخابات مقام‌های حاکمیتی فعال در حوزه بهداشت و سلامت ارائه شده است. در قالب این طرح، مقام‌های حاکمیتی که به صورت مستقیم به اعمال صلاحیت در ارتباط با بهداشت و سلامت عمومی می‌پردازند، از طریق برگزاری انتخابات محلی، انتخاب می‌شوند؛ ششمین مسأله، نظارت دائمی است. در چهارچوب تعهدات دولت‌ها و بازیگران غیردولتی لازم است سازوکارهای مناسبی برای ایجاد نظارت دائمی ایجاد شود. نظارت مزبور باید دارای برخی ویژگی‌های مهم، از جمله دائمی بودن، شفاف بودن، مستقل بودن، تخصصی بودن، برنامه‌ریزی شده، ملی و بین‌المللی بودن و سازمانی بودن باشد. لازم به ذکر است که فرآیند نظارت باید هم از سوی بازیگران هنجارساز، بازیگران مجری و نیز نهادهای قضایی و شبه‌قضایی صورت پذیرد.

۵-۲- تضمین ویژگی‌های خاص برای امکانات، خدمات، کالاها و مراقبت‌های بهداشتی و سلامت

امکانات، خدمات، کالاها و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که در چهارچوب نظام صیانت از سلامت ارائه می‌گردد، باید دارای ویژگی‌های مهم، از جمله موارد زیر باشد: اول این‌که مصادیق فوق باید از نظر کیفیت در سطح قابل قبولی قرار داشته باشند، خوشبختانه در ارتباط با سطح کیفیت قابل قبول، سازمان بهداشت جهانی و سایر بازیگران فعال در حوزه حقوق سلامت، استانداردهایی را در قالب اسناد غیرالزام‌آور و توصیه‌نامه‌ها ارائه نموده‌اند که راهنمای مناسبی برای دولت‌ها محسوب می‌شود (Marquez, 2020: 9-10)؛ دوم این‌که، امکانات، خدمات، کالاها و مراقبت‌های مزبور باید در دسترس همه افراد قرار داشته باشد. این مسأله باید با در نظر گرفتن اصل عدم تبعیض و عدم تمرکز صورت پذیرد (Nunes, 2024: 14-15). یکی از مشکلات عملی که در اینجا مطرح است، تمرکز امکانات در شهرهای بزرگ و عدم توجه به منطق دور افتاده و روستاها می‌باشد، در نتیجه، دسترسی فیزیکی یکی از مهم‌ترین موضوعاتی است که در نظام صیانت از سلامت باید مد نظر قرار گیرد؛ سومین ویژگی، دسترسی اقتصادی است. در واقع توزیع کالاها، خدمات، داروها و ... باید با در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی جوامع هدف صورت پذیرد، در اینجاست که دولت‌ها نه به صورت یکسان، بلکه به صورت عادلانه باید به تعیین هزینه‌های بخش سلامت بپردازند، در همین راستا، لازم است تعهدات و پوشش بیمه‌های تأمین اجتماعی به صورت متغیر و با در نظر گرفتن وضعیت حاکم بر هر منطقه تعیین شود (Aka et al, 2022: 41-42)؛ چهارمین ویژگی، دسترسی به اطلاعات و آموزش‌های لازم راجع به کالاها، خدمات، داروها و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی می‌باشد. بسیاری از فرآیندهای درمانی و مراقبتی و نیز کالاها و خدمات بهداشتی نیاز به ارائه اطلاعات دقیق و نیز آموزش لازم دارند. در مواردی که این اطلاعات و آموزش‌ها ارائه نشود، نه تنها موارد مزبور آثار مثبتی بر سلامت افراد ندارد،

بلکه خطرات بسیار جدی نیز ایجاد می‌کند. این اطلاعات و آموزش‌ها لازم است به زبانی ارائه شود که مردم جامعه هدف به آسانی آن را درک کنند. همچنین سطح ارائه اطلاعات مزبور باید به نحوی باشد که برای عموم مردم لازم است، البته این امکان نیز باید فراهم باشد که چنانچه افرادی نیاز به کسب اطلاعات بیشتری داشته باشند، اطلاعات مزبور در اختیار آن‌ها قرار گیرد (Munns 2-3: 2017, Basu &). لازم به ذکر است که ارائه اطلاعات و دسترسی به آموزش‌های لازم می‌تواند هم به صورت الکترونیکی و هم به صورت فیزیکی صورت پذیرد، در صورتی که از روش‌های الکترونیکی استفاده می‌شود، باید از وجود زیرساخت‌ها و ابزارهای لازم برای جامعه هدف، اطمینان حاصل نمود؛ پنجمین ویژگی، قابل پذیرش بودن کالاها، خدمات، داروها و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی است. بسیاری از جوامع محلی دارای فرهنگ، آداب و رسوم و گرایش‌های مذهبی خاص می‌باشند. این عوامل باعث می‌شود که برخی از روش‌ها و یا کالاها یا حتی خدمات بهداشتی و درمانی برای مردم بومی قابل پذیرش نباشد، در موارد مزبور لازم است در صورت وجود و دسترسی، به روش‌ها یا کالاهای جایگزین متوسل شد و در صورت فقدان چنین روش‌ها یا کالاهایی، آموزش‌ها و اطلاعات لازم برای امتناع از پذیرش درمان و داروها به افراد ارائه گردد (Nunes, 2024: 14-15).

نتیجه‌گیری

علی‌رغم این‌که از دیرباز حق بر سلامت و تضمین بهداشت عمومی در جوامع یکی از نیازهای اولیه در اداره حکومت‌ها محسوب می‌شد، اما حق مزبور تا پیش جنگ جهانی دوم در یک سند بین‌المللی به صورت مستقل مورد توجه قرار نگرفته بود، اما پس از تشکیل سازمان ملل متحد و نظام حقوق بشر بین‌المللی، حق بر سلامت در قامت یک اصل عمومی مورد پذیرش قرار گرفت. در چهارچوب سازوکارها و مؤسسات تخصصی وابسته به ملل متحد، حق بر سلامت از حیث مصداقی توسعه زیادی داشت و ارتباط نزدیکی با سایر مصادیق حقوق بشر پیدا کرد. این ارتباط به تدریج باعث شکل‌گیری شبکه‌ای به هم متصل از مصادیق حقوق بشر بین‌الملل شد و حق بر سلامت در قامت یک حق بنیادین که تضمین آن ارتباط بسیار نزدیکی با تضمین سایر مصادیق حقوق بشر داشت، ظاهر شد. این وضعیت باعث شد که تمرکز از تضمین و حفاظت از حق بر سلامت به سوی تمرکز بر شکل‌گیری نظام صیانت از سلامت شکل تغییر کند.

در واقع، برای صیانت از حق بر سلامت لازم است که در سطح ملی و بین‌المللی نظام‌های به هم متصل تشکیل شوند. بهترین روش برای شکل‌گیری نظام مزبور، ایجاد زنجیره ارتباطی میان قسمت‌های مختلف و بازیگران حوزه سلامت است. این نظام نیاز به یک هسته مرکزی دارد که در سطح بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی و در سطح ملی وزارت بهداشت (در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) است. در چهارچوب نظام صیانت از سلامت، نقش‌آفرینی همه بخش‌های دولتی و غیردولتی یکی از موضوعات بسیار مهم محسوب می‌گردد، البته این نقش‌آفرینی نه فقط در سطح ملی، بلکه در سطح بین‌المللی نیز باید مستقر گردد. از طرفی نیز، نظام‌های صیانت از سلامت در سطح ملی باید به صورت هماهنگ عمل کنند، البته در این راستا، نباید به بهانه هماهنگی، از تعریف و تبیین نیازهای اختصاصی هر کشور غافل شد. در راستای عملیاتی نمودن نظام صیانت از سلامت، شکل‌گیری سازوکاری برای تمرکز فعالیت‌ها و سیاست‌گذاری هماهنگ میان بازیگران مختلف (اعم از بازیگران حوزه‌های اقتصادی، سیاسی، بهداشتی و ...) در جهت پرهیز از انفرادی عمل کردن ضروری است. در سطح بین‌المللی این نقش را سازمان بهداشت جهانی می‌تواند در قالب انعقاد توافق‌نامه با سایر بازیگران انجام دهد. آنچه در ارتباط با شکل‌گیری نظام صیانت از سلامت نسبت به حق بر سلامت باید مورد توجه قرار گیرد، بحث سلسله‌مراتب هنجاری است. در بطن نظام صیانت از سلامت، مجموعه‌ای از مصادیق حقوق بشری تعریف می‌شوند که به صورت مستقیم در تعامل با یکدیگر قرار دارند، مانند حق ممنوعیت هرگونه تبعیض، حق بر آموزش، حق بر دسترسی به اطلاعات و ...، در نتیجه، مناسبات میان این حقوق و اولویت‌بندی آن‌ها در موارد تداخل و تعارض یکی از موضوعات بسیار مهم می‌باشد. برای مثال در موارد شیوع بیماری‌های واگیر، بحث حق بر آزادی رفت و آمد، حق بر آزادی تشکیل اجتماعات و حتی آزادی‌های مذهبی در برخی موارد با حق بر سلامت عمومی در تعارض قرار می‌گیرد. در این موارد لازم است استانداردهای دقیقی جهت رفع تعارض‌ها در شرایط مختلف پیش‌بینی شود که این موضوع می‌تواند در پژوهش‌های مستقل مد نظر پژوهشگران و محققان قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی مربوط به انجام پژوهش رعایت شده است.

تعارض منافع: تدوین این مقاله، فاقد هرگونه تعارض منافی بوده است.

سهام نویسندگان: نگارش مقاله منفرداً انجام گرفته است.

تشکر و قدردانی: از همه کسانی که در بازخوانی و ویرایش اثر همیاری و راهنمایی داشتند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

تأمین اعتبار پژوهش: این پژوهش بدون تأمین مالی انجام گرفته است.

منابع و مأخذ

الف. منابع فارسی

- بیرانوند، فرید (۱۴۰۴). «رویه محاکم ملی در مواجهه با حقوق نرم بشردوستانه با تأکید بر حق بر سلامت». فصلنامه حقوق نظام سلامت/ایران، (۱۱): ۴۵-۶۲.

- توتونچیان، مه‌ری؛ جعفری، افشین؛ موزن، فرانک و بیرانوند، فرید (۱۴۰۰). «حق بر سلامت سالمندان در پرتو نظام حقوق بشر بین‌المللی». فصلنامه حقوق پزشکی، ۱۵(۵۶): ۷۴۱-۷۵۸.

- جاوید، احسان و نیاورانی، صابر (۱۳۹۳). «قلمرو حق سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر». فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، ۱۵(۴۱): ۴۷-۷۰.

ب. منابع انگلیسی

- Aggleton, P; Cover, R; Logie, CH; Newman, CE & Parker, R (2023). *Routledge Handbook of Sexuality, Gender, Health and Rights*. Hague: Taylor & Francis.

- Aka, PC; Hassan Wahab, YM & Assensoh, A (2022). *The Political Economy of Universal Healthcare in Africa: Evidence from Ghana*. Hague: Taylor & Francis.

- Albuquerque, A (2015). *The Brazilian Human Rights Indicators System: The Case of the Right to Health*. Edited by Toebe, B; Ferguson, R; Markovic, M & Nnamuchi, O, In: *The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice*, London: Springer.

- Alston, P (1987). "Out of the Abyss: The Challenges Confronting the New U.N. Committee on Economic, Social and Cultural Rights". *Human Rights Quarterly*, 9(1): 332-381.

- Burger, M & Gundlach, J (2018). *Climate Change, Public Health and the Law*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Catalán, EA (2021). *The Human Right to Health: Solidarity in the Era of Healthcare Commercialization*. Hague: Edward Elgar.

- Daniel, R (2022). *Human Rights in Theory and Practice: An Overview of Concepts and Treaties*. Delhi: SAGA Publication.

- Dresler, C (2013). *Human Rights-Based Approach to Tobacco Control*. Edited by Grodin, M, In: *Health and Human Rights in a Changing World*, New York: Routledge.

- Durojaye, E & Mahadew, R (2024). *COVID-19 and the Right to Health in Africa*. Hague: Taylor & Francis.

- Elvira, B (2015). *Global Health and Aid Effectiveness: The MDGs and the Paris Declaration*. In: *Improving Aid Effectiveness in Global Health*, London: Springer.

- Faiver, KL (2017). *Humane Health Care for Prisoners: Ethical and Legal Challenges*. Hague: Bloomsbury Publishing.
- Getahun, A (2014). *Ensuring the Realization of the Right to Health through the African Union (AU) System: A Review of Its Normative, Policy and Institutional Frameworks*. Edited by Toebes, B; Ferguson, R; Markovic, M & Nnamuchi, O, In: *The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice*, London: Springer.
- Goldenberg, SM; Ruth Morgan, T; Forbes, A & Baral, S (2021). *Sex Work, Health and Human Rights: Global Inequities, Challenges and Opportunities for Action*. London: Springer.
- Iyioha, IO (2021). *Women's Health and the Limits of Law: Domestic and International Perspectives: Routledge Research in Human Rights Law Series*. Hague: Taylor & Francis Group.
- Knox, JH & Pejan, R (2018). *The Human Right to a Healthy Environment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kobylarz, N & Grant, E (2022). *Human Rights and the Planet: The Future of Environmental Human Rights in the European Court of Human Rights*. Hague: Edward Elgar.
- Lemery, J; Knowlton, K & Sorensen, C (2021). *Global Climate Change and Human Health: From Science to Practice*. London: Jossey-Bass.
- Lewis, B (2018). *Environmental Human Rights and Climate Change: Current Status and Future Prospects*. London: Springer.
- Look, P; Heggenhougen, K & Quah, S (2011). *Sexual and Reproductive Health: A Public Health Perspective*. London: Elsevier.
- Malley, B (2010). *Education under Attack: A Global Study on Targeted Political and Military Violence against Education Staff, Students, Teachers, Union and Government Officials, Aid Workers and Institutions*. Paris: UNESCO.
- Marquez, LR (2020). *Improving Health Care in Low- and Middle-Income Countries: A Case Book*. London: Springer.
- Munns, C & Basu, S (2017). *Privacy and Healthcare Data: "Choice of Control" to "Choice" and "Control"*. Hague: Taylor & Francis.
- Naomi, R (2014). *Reparations and Economic, Social and Cultural Rights*. Edited by Sharp, D, In: *Justice and Economic Violence in Transition*, London: Springer.
- Nunes, R (2024). *Healthcare as a Universal Human Right: Sustainability in Global Health*. Hague: Routledge.
- Núñez, OS (2025). *Universality in the Interpretation of International Human Rights Treaties*. London: Ethics International Press.
- Pinto, M & Sigal, M (2018). *Influence of the ICESCR in the Americas*. Edited by Moeckli, D; Keller, H, In: *The Human Rights Covenants at 50: Their Past, Present and Future*, Oxford: Oxford University Press.
- Repa Barbara, K & Barreiro, S (2018). *Your Rights in the Workplace: An Employee's Guide to Fair Treatment*. London: NOLO.
- Riedel, E (2002). *New Bearings to the State Reporting Procedure: Practical Ways to Operationalize ESC- Rights - the Example of the Right to Health*. Edited by von Schorlemer, S, In: *Praxishandbuch UNO*, Berlin: Springer.

-
- Riedel, E (2020). *The Right to Health under the ICESCR*. Edited by Arnould, A; Decken, K & Susi, M, In: *The Cambridge Handbook of New Human Rights: Recognition, Novelty, Rhetoric*, Cambridge: Cambridge University Press.
 - Riedel, E; Giacca, G & Golay, C (2014). *The Development of Economic, Social and Cultural Rights in International Law*. Edited by Riedel, E; Giacca, G & Golay, C, In: *Economic, Social and Cultural Rights in International Law: Contemporary Challenges*, Oxford: Oxford University Press.
 - Saul, B; Kinley, D & Mowbray, J (2014). *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Commentary, Cases and Materials*. Oxford: Oxford University Press.
 - Schutter, O (2010). *International Human Rights Law: Cases, Materials, Commentary*. Cambridge: Cambridge University Press.
 - Sekalala, S (2018). *Soft Law and Global Health Problems*. Oxford: Oxford University Press.
 - Tobin, J. (2019). *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*. Oxford: Oxford University Press.
 - Woodcock, J (2023). *Employment: A Key Idea for Business and Society*. Hague: Taylor & Francis.
 - Yamin, AE & Gloppen, S (2015). *Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health?*. Massachusetts: Harvard University Press.