فصلنامه مطالعات حقوق
Journal of Legal Studies
شماره نوزدهم. بهار ۱۳۹۷، صص۱۳-۱ Vol 2. No 19. 2018, p 1-13
شماره شاپا (۲۵۳۸-۶۳۹۵) ISSN: (2538-6395)

حق بر سلامتی در نظام بین الملل حقوق بشر

مجتبی بامیری ابراهیم محمدی
کارشناسی ارشد حقوق

چکیده

این مقاله به روش توصیفی –تحلیلی و با بررسی اسنادومدارک معتبر دراین زمینه انجام شده است. یکی از این موضوعات که با حیات انسان، انس والفتی دیرین گزیده است، مسئله‌ی سلامتی اوست. سلامتی انسانیکی از لوازم اولیه‌ی برخورداری از حیاتی شرافت‌مندانه محسوب می‌شود و در عین این‌که برای بهره‌مندی از دیگر حق‌ها وآزادی‌ها ضرورت دارد، تحقق و بهره‌مندی از خود این حق نیز در گرو وجود عناصر دیگری است؛ برخورداری از یک استاندارد مناسب زندگی؛ متضمن دسترسی به غذای کافی، آب آشامیدنی سالم، محیط زیست پاک و ... در کنار بهره‌مندی ازسیستم بهداشت عمومی و مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی اولیه، ارائه‌ی پوشش‌های بیمه‌ای دولتی، خصوصی یا مختلط و دسترسی به داروهای اساسی، به اتفاق، مقوّم سلامتی انسان هستند و هر یک به نوبه‌ی خود سهمی در رشد و اعتلای این حق دارند. به این ترتیب، حق بر سلامتی در رابطه‌ای دو سویه و متقابل با دیگر حق‌ها قرار دارد و می‌توان آن را حلقه‌ی ارتباطی میان نسل‌های مختلف حقوق بشر قلمداد کرد. به واقع این حق در «پیوندی ناگسستنی با حق حیات «نسل اوّل» قرار دارد و از سویی دیگر با حق بهداشت و تأمین اجتماعی «نسل دوّم» گره خورده است. علاوه براین، حق بر محیط زیست سالم که در نسل سوّم حقوق بشر قرار دارد نیز از سرچشمه‌ی حق بر سلامتی سیراب می‌شود».

واژه‌های کلیدی: نظام بین‌المللی حقوق بشر؛ حق بر سلامتی؛ میثاق؛ توسعه‌ی اقتصادی؛ همکاری بین‌المللی

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

مقدمه

حق بر سلامت به عنوان یک حق ذاتی به این معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست تمیز را در برمی‌گیرد. وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تاثیرگذار بر آن موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است و دولت ها برای تامین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقداماتی در حوزه وسیعی می‌باشند که برخی از این تعهدات مستلزم اقدام فوری و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند. ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون های مختلف بین المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است که به نظر میرسد جایگاه این حق در نظام حقوقی ایران با بررسی این قوانین و مقررات تبیین می‌گردد؛ سلامت فردی، مهمترین وضعیت مطلوب و کرامت هر انسانی محسوب می‌شود. از این روی حق بر سلامتی به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام بین‌المللی حقوق بشر به رسمیت شناخته شده است. دولت‌ها نیز به طور کلی در ارتباط با تأمین و تضمین این حق دارای مسئولیت‌های معینی می‌باشند. واضح است که دولت‌ها نمی‌توانند صحت سلامتی و مطلوب بودن سلامتی افراد را تضمین نمایند اما دولت‌ها می‌توانند شرایطی را فراهم آورند که در آن سلامتی افراد مورد حمایت قرار گیرد و دستیابی به سلامتی برای افراد ممکن گردد. حق مزبور جایگاه استواری در اسناد حقوق بشری و عرف بین‌المللی داشته و می‌توان آن را در شمار اصول کلی مقبول نظام‌های حقوقی توسعه یافته دانست.

این حق در شمار حقوق نسل دوم حقوق بشری بر شمرده شده است. مفهوم و تعریف سلامت به عنوان حقی بشری، نظیر برخی مباحث و مسایل بسیار مبهم و اختلافی است. اصطلاحات متفاوت و متعددی جهت سلامتی به عنوان حقی بشری به کار گرفته شده‌اند که از جمله آنها می‌توان به «حق بر مراقبت سلامتی»، «حق بر حمایت از سلامتی»، «حق بر مراقبت پزشکی»و حتی در مفهومی گسترده‌تر با عنوان «حقوق سلامت» اشاره نمود. اما در سطح ملل متحد اغلب از اصطلاح گسترده‌تری با عنوان «حق بر سلامتی» استفاده می‌شود. بنابراین با وجود شناسایی حق بر سلامتی، معنی و مفهوم محتوای این حق به طور کامل روشن نبوده و تبیین حق مزبور امری دشوار و پیچیده است. زیرا تعبیر «حق بر سلامتی»، تعبیری نارسا بوده و از طرفی مسأله سلامتی نیز امری نسبی و اضافی است که نسبت به اشخاص و محیط زندگی و نوع فعالیت و کار متفاوت می‌شود. سلامتی را در معنای مضیق می‌توان به کارکرد متعارف و صحیح یک عضو به دور از بیماری یا ناهنجاری اطلاق نمود در حالی که در معنای موسع، سلامتی به معنای داشتن وضعیت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است که فقدان بیماری جزئی از آن محسوب می‌گردد. از طرفی نمی‌توان گفت شخصی ک به بیماری مبتلا شده، سلامتی خود را از دست داده، زیرا بیماری هم ممکن است جنبه‌ی موقت یا ناپایدار داشته باشد و یا امری طبیعی باشد که در برخی شرایط نسبت به برخی افراد عارض شده

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

باشد. هر چند می‌توان سلامتی را به معنی فقدان بیماری مستمر دانست اما بدیهی است که سلامتی، وضعیت و حالتی است که نمی‌توان آن را تضمین کرد یا به کسی داد. از طرف دیگر، از دست دادن سلامتی گاه با اعمال ارادی خود فرد صورت می‌پذیرد (نظیر استعمال دخانیات، مصرف الکل و ...) و گاه در نتیجه اعمال دیگران محقق می‌شود. بنابراین حق بر سلامتی را نباید به حق بر سالم بودن، مریض نشدن یا نبودن، ناتوان نشدن و ... تعریف کرد.

اختلاف در تعابیر مربوط به این حق نیز تا حدودی از همین اختلافات ناشی می‌شود اما با این حال اصطلاح «حق بر سلامتی» به جهت مفهوم گسترده‌ای که دارد و شامل سایر تعابیر نیز می‌گردد، کاربردی عمومی‌تر نیز در سطح بین‌المللی یافته و بر سایر اصطلاحات ترجیح داده می‌شود. بنابراین اصطلاح «حق بر سلامتی» به عنوان حقی بشری را نمی‌توان دقیقاً به معنای سلامتی معمول و متعارف در نظر گرفت، حتی آنچه از تعاریف مراجع ذیصلاح سلامت و بهداشت عمومی، فرهنگ‌ها، دانش‌نامه‌ها، نظام‌های پزشکی و ... به دست می‌آید را نیز نمی‌توان به عنوان معیار یک اصل و قاعده حقوقی دانست که در وضعیت‌های خاصی قابل اجرا باشد. این نوع تعاریف عمومی و گسترده در واقع بیانگر اهدافی است که تلاش‌ها و منابع دولت‌ها باید جهت تحقق آن به کار گرفته شود. آنچه در عالم حقوق و حق بر سلامتی مورد نیاز است این که ضوابطی عینی، قابل اجرا و سنجش داشته باشیم تا مشخص گردد حق بر سلامتی دقیقاً چه استحقاق‌های قانونی و مطالبه پذیر را شامل می‌گردد و دولت‌ها در قبال آن چه تکالیفی دارند و چگونه می‌توان عدم انجام این تکالیف را به اثبات رساند و مسئولیتی را بر عهده دولت‌ها نهاد. بنابراین برای تحقق چنین منظوری شناخت محتوای حق بر سلامتی و عناصر آن کفایت می‌نماید و قبل از بررسی این امر ضرورت دارد جایگاه و وضعیت حقوقی حق مزبور در نظام بین‌المللی حقوق بشر مشخص گردد. در این قسمت تلاش می‌شود تا به اجمال برخورداری از حق بر سلامتی را از زاویه‌ی دید حیات و حیثیت ذاتی انسان توجیه کنیم. باید گفت که حق‌های بشری و به‌ویژه حق‌های مدنی و سیاسی پیش از آن که حق‌هایی قانونی باشند، ارزش‌هایی اخلاقی به شمار می‌روند. از این رو ما از ارزش حیات و حیثیت انسانی صحبت می‌کنیم. این ارزش‌های انسانی آن‌گاه که وارد قلمرو حقوق موضوعه می‌شوند، از جنبه‌های اخلاقی صرف فراتر رفته و قابلیت ادعا و مطالبه می‌یابند. اینجاست که از حق بر حیات و. . . صحبت می‌کنیم. در تحلیل نهایی تمام این حق‌ها به یک قاعده‌ی بنیادین به نام حیات انسان می‌رسند. در واقع تمام حق‌ها و آزادی‌ها مقوّم ذات حق بر حیات هستند. به همان اندازه که حقوق مدنی و سیاسی در این زمینه اهمیت دارند، حقوق اقتصادی و اجتماعی نیز دارای اهمیت هستند، چرا که برخورداری از حداقل‌های بهداشتی، لازمه‌ی حیات و حیثیت ذاتی انسان به شمار می‌روند. به عبارت دیگر، عدم برخورداری از این حداقل‌ها به منزله‌ی انکار والاترین ارزش‌های انسانی است. پس حق بر بهداشت و سلامتی را می‌توان حقی بنیادین قلمداد کرد. حق بنیادین در نظام حقوق بشر به حقی اطلاق می‌شود که برای تحقق و بهره‌مندی از سایر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد. حال اگر محتوای حق بر سلامتی را با این تعریف بسنجیم، به چنین نتیجه‌ای خواهیم رسید، چرا که

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

بسیاری از حق‌ها و آزادی‌ها بدون برخورداری از سلامتی و بهداشت، بی‌معنا خواهند بود. چگونه می‌توان از حداقل بهداشت محروم بود و از کرامت و حیثیت انسانی صحبت کرد. از سوی دیگر، کرامت انسانی در دامنه‌ی جسم و روان سالم معنای حقیقی خود را به دست خواهد آورد. در مقدمه‌ی میثاق دوّم هم اشاره شده که این حق‌ها ناشی از حیثیت ذاتی انسان است.

در رابطه با سلامتی باید میان دو مفهوم قائل به تفکیک شد: «حق بر سلامتی» و «حق بر سالم بودن». حق بر سلامتی به معنای حق بر سالم بودن نیست. سالم بودن به فقدان بیماری دلالت دارد، اما حق بر سلامتی فراتر از صرف نبود بیماری است و دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی است؛ حقی است که مستلزم برخورداری از فرصت‌های برابر برای همه است تا بتوانند از امکانات، تسهیلات، خدمات و شرایط لازم برای تحقق این استاندارد برخوردار شوند (CESCR,2000, paras:8). سالم بودن فقط یک برداشت حداقلی از حق بر سلامتی است و "حق بر بهره‌مندی از عالی‌ترین استاندارد سلامتی" مجموعه‌ای از پیش شرط‌ها و استلزامات را در خود نهفته دارد که لازمه‌ی تحقق آن می باشند (Commission on Human Rights,Res,2002/20:para, 31). قابل ذکر است که سلامتی به عنوان یک حق بشری اولین بار در سال ۱۹۴۶ در اساس‌نامه‌ی سازمان جهانی بهداشت به رسمیت شناخته شد. مقدمه‌ی اساس‌نامه، حق بر سلامتی را نیل به «حالت کامل بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ضعف» توصیف کرده است. هم‌چنین ماده‌ی یک آن نیز «تحقق عالی‌ترین سطح ممکن بهداشت برای همه‌ی افراد» را به عنوان رسالت اصلی سازمان معرفی می‌کند. قابل توجه است که مجمع سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۸ برنامه و دستورکار «سلامتی برای همه‌ی افراد در قرن بیست‌ویکم» را تدوین کرد: (WHO, "Health-For-All Policy For the Twenty-First Century", WHA Res. 51/7, 16 May 1998) در سال ۱۹۴۸ اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر، سلامتی را به عنوان بخشی از استاندارد مناسب زندگی تلقی کرده و در بند۱ ماده‌ی ۲۵ خود، «مراقبت‌های بهداشتی» را در کنار خوراک، پوشاک، مسکن و خدمات اجتماعی ضروری، جزو شرایط حداقلی اقتصادی و اجتماعی برای استاندارد مناسب زندگی و رفاه و سلامتی هر فرد دانسته است. اما مهم‌ترین سند بین‌المللی در این زمینه، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی(۱۹۶۶) است.

مؤلفه‌های بنیادین حق بر سلامتی

به طور کلی اگر بخواهیم مؤلفه‌هایی را برای حق بر سلامتی ذکر کنیم، با ید به چهار مؤلفه‌ی اساسی اشاره کرد: نخست؛ حق بر سلامتی حقی فراگیر و عام‌الشمول است؛ هرگاه از سلامتی صحبت می‌شود، اولین و «ابتدایی‌ترین مفهومی که از آن به ذهن متبادر می‌شود، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی و درمانی است» (شجاع، ۱۳۸۷، ص:۷۴). بدون شک مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ضروری و در اختیار داشتن این امکانات، عنصری مهم در تحقق حق بر سلامتی هستند، اما در کنار آن‌ها عناصر دیگری

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

نیز وجود دارند که در راه نیل به حصول کامل حق بر عالی‌ترین استاندارد سلامتی جسم و روان، اهمیتی مضاعف دارند که کمیته از آن‌ها تحت عنوان «بنیادهای تعیین کننده‌ی سلامتی» یاد می‌کند. (Guindon, 2000 & CESCR,2000,para:4; Bettcher, Yach pp:522-524). از جمله این بنیادها می‌توان به غذای کافی و مقوّی، محیط زیست سالم و پاک، آب آشامیدنی بهداشتی و سالم، محیط کاری ایمن و دسترسی به داروهای اساسی اشاره کرد (Grover, 2009, para:8). دوم؛ حق بر سلامتی متضمن یکسری آزادی‌هاست؛ در این مفهوم آزادی به این معناست که هیچ کس نباید بدون رضایت خود تحت انجام آزمایش‌ها یا معالجات پزشکی اجباری قرار گیرد (CESCR, 2ooo, para:8). پیشرفت‌های علمی که در زمینه‌ی بهداشت و درمان و مسائل پزشکی صورت می‌گیرد، در کنار منافع آن، می‌تواند آثاری منفی بر سلامتی انسان نیز داشته باشد، به ویژه آن‌گاه که انسان، موضوع انجام انواع آزمایش‌های بالینی برای ارزیابی میزان کارآیی داروها و شیوه‌های درمانی جدید قرار می‌گیرد. هرگونه آزمایش و تحقیق پزشکی اجباری می‌بایست ممنوع شمرده شده و رضایت فرد در هر مورد باید از قبل اخذ شود (**Kloss**, 2005, pp: 56-58).

سازوکارهای تضمین این حق کدامند؟

ـ تضمین حق بر سلامت و حق‌های حقوق بشری نوعاً با وضع قوانین داخلی است و البته باید گفت سلامتی وضعیت و حالتی است که نمی‌توان آن را تضمین کرد. به عبارت دیگر سلامتی چیزی نیست که بتوان به کسی اعطا کرد. عوامل مختلفی مثل فاکتورهای ژنتیکی، آب و هوا، مستعدبودن فرد در برابر بیماری و سبک‌های زندگی پرخطر و ناسالم بر سلامتی افراد تأثیر می‌گذارند و حق بر سلامت را نمی‌توان حقی برسالم بودن پنداشت؛ بلکه حق برسلامت عبارت از مفاهیم وسیع‌تری همچون حق مراقبت‌های بهداشتی، حق مراقبت پزشکی و حق حمایت از سلامتی می‌باشد و سازوکارهای تضمین این حق نیز شامل هرآنچه که بتواند به این مفاهیم کمک کنند و موجب تحقق اموری همچون مراقبت بهداشتی و پزشکی در بالاترین سطح ممکن شود خواهد بود که نوعاً تجلّی آن را در قوانین داخلی می‌دانیم. تضمین این حق می‌تواند با اموری از قبیل تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه، عادلانه ساختن دریافت خدمات برای آحاد جامعه، مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌های بخش سلامت، ارتقای امنیت غذا و تغذیه، ارتقای سلامت و ایمنی مواد غذایی و. . . به بهترین شکل توسط دستگاه‌های اجرایی محقق شود.

ـ متعهدین این حق چه کسانی هستند؟

ـ حق برخورداری از سلامتی برای تمامی کشورهاست. هر دولت حداقل یک معاهده بین‌المللی حقوق بشر، که حق برخورداری از حقوق بشر را به رسمیت بشناسد تصویب کرده است. علاوه بر این دولتها خود را ملزم به حمایت از حق بر سلامت می‌دانند و در قوانین داخلی خود و سیاست‌ها و قانونگذاری خود این مسئله را مدنظر قرار داده‌اند.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

تعهدات دولت‌ها به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱ـ تعهدات فوری که عبارتند از تأمین حداقل استانداردهای ضروری حق بر سلامت، جلوگیری از تبعیض نسبت به افراد در برخورداری از حق بر سلامت و اتخاذ اقدامات دقیق و مثبت در جهت تحقق تدریجی حق بر سلامت.

۲ـ تعهدات تدریجی برای این تعهدات که فرمول کلی و قابل اعمال در همه کشورها وجود ندارد و تعهداتی است که با توجه به شرایط و اوضاع و احوال هر کشور از نظر منابع موجود در کشورهای مختلف تفسیر می‌شود.

طبق نظر کلی شماره ۱۴ کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تعهدات دولتها شامل تضمین دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به موقع و مناسب و همچنین عناصر سلامت از قبیل دسترسی به آب شرب سالم و بهداشت کافی و تأمین غذای سالم، شرایط محیطی و حرفه‌ای سالم، دسترسی به اطلاعات و آموزش مربوط به سلامت می‌شود دولتها ملزم به ارائه خدمات بهداشتی برای همه‌ی مردم به صورت برابر و بدون تبعیض هستند و باید گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم را مورد توجه خاص قرار دهند و تعهد دولتها نسبت به گروه‌های خاص و آسیب‌پذیر شامل افرادی مانند کودکان، اشخاص معلول، اشخاص مبتلا به ایدز می‌شود. توجه به سلامتی به عنوان حقی از حقوق بشر نیازمند توجهی خاص به افراد مختلف در جامعه و بخصوص کسانی که در موقعیت‌های آسیب‌پذیر زندگی می‌کنند می‌باشد. بر همین اساس دولتها باید مقررات مناسبی در جهت اطمینان یافتن از اینکه بر ضد افراد و گروه‌های خاص تبعیضی صورت نگیرد اتخاذ کنند.

تعهدات دولت‌ها در گستره‌ی حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر

حق بر بهداشت و سلامت به عنوان یکی از حقوق اقتصادی- اجتماعی بشر، به منزله‌ی حقی قلمداد می‌شود که تحقق آن ضرورتاً مستلزم مداخله‌ی دولت است. به طور کلی مداخله‌ی دولت در زمینه‌ی حقوق بشر را باید از دو منظر مثبت و منفی نگریست. رویکرد کلی اینست که مداخله‌ی دولت در حقوق نسل دوم، جنبه‌ی اثباتی و ایجابی دارد و در حقوق نسل اول، این مداخله تا حد عدمی فرو کاسته می‌شود. در واقع باید کم‌ترین مداخله‌ی دولت در حقوق مدنی و سیاسی را در برابر بیشترین مداخله در حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی فرض گرفت. اما در عین حال، حقوق مدنی و سیاسی، مستلزم مداخله‌ی ایجابی دولت نیز هستند و از این حیث، حق‌هایی مثبت به شمار می‌روند؛ چرا که بهره‌مندی و اجرای کامل آن‌ها ملازمه‌ای منطقی با مداخله‌ی حمایتی دولت از باب تعهد به حمایت دارد. در طرف مقابل؛ حقوق اقتصادی و اجتماعی نیز از آن‌رو که هرگونه مداخله‌ی تحدیدی دولت را برنمی‌تابد، حق‌هایی منفی محسوب می‌شوند با این توضیح که جنبه‌ی منفی مداخله در حقوق نسل اول، در متن است و جنبه‌ی مثبت آن در حاشیه، و در حقوق نسل دوم این جنبه‌ی مثبت مداخله است که در متن قرار دارد و بعد منفی را به

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

حاشیه رانده است. به طور کلی در نظام بین‌المللی حقوق بشر و به ویژه در زمینه‌ی حق بر سلامتی، در یک تقسیم‌بندی سه دسته تعهد کلی برای دولت‌ها قابل شناسایی است: تعهد به رعایت، حمایت. به اجمال می‌توان گفت که تعهد به رعایت و احترام به حق بر سلامتی مستلزم اینست که دولت‌ها به طورمستقیم یا به طور غیرمستقیم از مداخله در بهره‌مندی از حق بر سلامتی اجتناب کنند. تعهد به حمایت، دولت را ملزم می‌کند که از بهره‌مندی از حق بر سلامتی در برابر مداخلات و مزاحمت‌های طرفین ثالث حمایت به عمل آورد ودر نهایت تعهد به اجرا در بردارنده‌ی طیف وسیعی از اقدامات قانونی، قضایی، مالی و. . . جهت اجرا و پیشبرد حق بر سلامتی است (ایده، کراوزه و روساس، ۱۳۸۹، صص:۱۸۵-۱۸۳؛ کِریون، ۱۳۸۷، صص ۱۵۸:-۱۵۲). میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند۱ ماده‌ی ۲ ماهیت کلی تعهدات دولت‌های عضو را ترسیم می‌کند:

اجرای حق بر سلامتی؛ چالش میان تعهد به وسیله و تعهد به نتیجه

پیش از این اشاره شد، تحقق حق بر بهداشت ضرورتاً به صورت تدریجی و با استفاده‌ی حداکثری از منابع در دسترس دولت‌ها صورت خواهد پذیرفت. دولت‌های عضو متعهدند که تلاش حداکثر داشته باشند تا هرچه بیشتر به سوی عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی جسم و روان گام بردارند. اما اگر دولتی به راستی ناتوان از تأمین این استاندارد باشد، نمی‌توان او را مسئول دانست. به عبارت دیگر؛ فلسفه‌ای که در پس تعهد به فعل نهفته است، اینست که هیچ شخصی را نمی‌توان نسبت به کاری که از عهده‌ی وی خارج است، مکلّف دانست، بلکه انجام یک تکلیف با داشتن ابزارهای لازم و قدرت بر انجام آن ملازمه دارد. با این وجود در حوزه‌ی حقوق بشر، پذیرش این استدلال با قدری تردید همراه است؛ چرا که مطلقِ ناتوانی دولت نمی‌تواند مجوّزی برای عدم اجابت تعهدات بین‌المللی حقوق بشری از جمله تعهدات ناشی از میثاق باشد. در واقع اگر دولتی ادعا داشته باشد که به علت محدودیت یا فقدان منابع و امکانات، نتوانسته تعهدات ناشی از میثاق را اجرا نماید، باید ثابت کند که کلیه‌ی تلاش‌های خود را به کار گرفته است، لیکن به دلیل محدودیت منابع، از اجرای کامل تعهدات بازمانده است. (CESCR, 2002, para:41) البته نباید فراموش کردکه با وجود نسبی بودن اجرای تعهد به حصول تدریجی (به دلیل ناهمگونی امکانات و توانائی‌های دولت‌ها نسبت به همدیگر)، این موضوع نمی‌تواند انفعالاز جانب دولت‌ها را توجیه نماید. (Fidler, 1999, (p:184

محتوای «حق بر سلامتی»؛ رهیافت حداقلی و حداکثری به «حق بر سلامتی»

آن‌چه که تعیین محتوای حق بر بهداشت و سلامتی را دشوار می‌سازد، ارتباطی است که این حق با سایر مصادیق حقوق بشری دارد. در واقع « اکثر مصادیق حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی در جهت تأمین و تضمین شرایطی که افراد بتوانند از سلامتی برخوردار باشند، نقشی اساسی و بنیادین ایفا می‌کنند». (Fidler,

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

op. cit, p:181) از این‌رو «حق بر سلامتی» موضوعی جدا از سایر مصادیق حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی نیست و نمی‌تواند بدون توجه به سایر مصادیق حقوق بشر در کل مورد توجه قرار گیرد. به عبارتی ساده‌تر، «حق بر سلامتی» معنای واقعی خود را در تعامل با دیگر حقوق بنیادین به دست می‌آورد. (Molinari, 1998, p:49) برای ورود به بحث باید گفت که به طور کلی در زمینه‌ی حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی دو اصل وجود دارد که بر کلیت میثاق حاکم می‌باشند: اصل منع تبعیض و اصل حصول تدریجی (Hunt, 2007, para:56). اصل منع تبعیض متضمن تعهدی مطلق است و جزو حداقل‌های بنیادینی به شمار می‌رود که هر دولتی موظف است که رعایت آن‌را در بهره‌مندی از «حق بر سلامتی» و امکانات و خدمات بهداشتی تضمین کند.

اجرای فراسرزمینی میثاق و "مساعدت و همکاری بین‌المللی"

مشکل اصلی و عمده‌ای که دولت‌ها در اجرای تعهدات ناشی از میثاق با آن دست به گریبان هستند، محدودیت منابع در دسترس دولت‌ها یا فقدان آن است. با توجه به این واقعیت که اجرا و تحقق یافتن استانداردهای مورد نظر میثاق حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی نیازمند استفاده حداکثری از منابع تحت اختیار دولت‌هاست، زمانی که دولت‌ها با عدم کفایت منابع داخلی مواجه هستند، باید تلاش کنند تا از طریق همکاری‌های بین‌المللی با سایر کشورها، از توانایی‌ها و استعدادهای این دولت‌ها در جهت برطرف ساختن نقاط ضعف خود بهره بگیرند (Ssenyonjo, op. cit, p:56). در واقع میثاق «تعهد به همکاری و مساعدت بین‌المللی» را به عنوان راهکاری تکمیلی در اجرا و محقق ساختن حقوق مندرج در آن مقرر داشته است. اشاره به این تعهد این مسئله را به ذهن متبادر می‌سازد که ارائه‌ی همکاری و مساعدت بین‌المللی از سوی کشورهای ثروتمند و توسعه‌یافته به کشورهای ضعیف و ناتوان، به منزله‌ی اجرای فراسرزمینی تعهدات ناشی از میثاق باشد. به این ترتیب باید دید آیا می‌توان دولت‌های عضو میثاق را نسبت به اجرای فراسرزمینی آن متعهد شناخت یا خیر (یعنی اجرا نسبت به افراد و گروه‌هایی که درسرزمین دولت عضو نیستند، اما تحت صلاحیت دولت ذیربط قرار دارند).

جمع بندی

میته حقوق کودک سازمان ملل متحد، آموزش نکات بهداشتی و کسب دانش نسبت به بیماری‌ها و امکان جلوگیری از انتقال آنها را نیز در زمره حق سلامت کودک برشمرده است که البته با توجه به سن کودک و تقسیم‌بندی بین کودک و نوجوان، باید ارائه و محتوای این آموزش‌ها متفاوت باشد. حتی در برخی ملاحظات عمومی صادرشده از این نهاد، در رابطه با مادر و نوزاد، بر شیردهی تأکید شده است و خوردن شیر آغوز برای کودک را بسیار مفید می‌داند و آن را ازجمله رسوم قدیمی که باید مورد حمایت قرار گیرد عنوان می‌کند.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

در خصوص تعهد دولتها، هرچند حق دستیابی به بالاترین سطح استانداردهای زندگی ازجمله سلامت یک حق رویه‌ای است که در طول زمان امکان‌پذیر است ولی بدین معنا نیست که نیاز به اقدام فوری از جانب دولتها نباشد. صرف داشتن یک برنامه نظام‌مند و هدف‌دار نشان از اجرای تعهد نیست؛ بنابراین ضرورت دارد تا دولتها باوجود منابع در دسترس تمام تلاش خود را برای نیل به برنامه‌های حوزه سلامت مبذول دارند .گفتنی است باوجود محدودیت در منابع مالی و طبیعی در هر کشور، برخی تعهدات باید در اولویت کاری قرار گیرند، مانند وضع قانون و سیاست‌گذاری در این حوزه تا خدمات دولتی در همه نقاط کشور به نحوی باشد که ساکنان روستا و حومه شهر، هم‌چنین مهاجرین، به‌خوبی دیگران و بدون تبعیض از این خدمات بهره‌مند باشند. علاوه این‌که دولتها باید حداقلهای ضروری حق سلامت مانند تهیه داروهای اساسی و بهداشت مادر و نوزاد را تضمین کنند .علاوه بر این اقدامات فوری، دولتها باید به سمتی حرکت کنند که در طول زمان دیگر معیارهای سلامت را برای مردم جامعه امکان‌پذیر سازند. تعهد به حمایت هم در واقع ناظر به تعهدات دولت‌ها به حفظ و حمایت از حق بر سلامتی در برابر تعرض و نقض این حق توسط ارکان یا مؤسسات دولتی یا اشخاص خصوصی است. این بعد متضمن اجتناب از نقض حق و بازداشتن دیگران از نقض آن است. در این زمینه نیز کمیته مزبور، مصادیقی را جهت این سنخ از تعهد دولت‌ها برشمرده است؛ تعهد دولت‌ها به تصویب قوانین و مقررات یا اتخاذ اقداماتی در جهت تضمین دسترسی برابر به مراقبت سلامتی و خدمات مرتبط با آن، تعهد و تضمین آنکه خصوصی سازی بخش سلامت متضمن تهدیدی برای در اختیار و در دسترسی و کیفیت تسهیلات و خدمات سلامتی نباشد، تعهد به کنترل و نظارت بر بازار تجهیزات پزشکی، دارویی و ...، منع طرف‌های ثالث از اجبار زنان به تحمیل رویه‌های سنتی نظیر ختنه زنان و....

تعهد به ایفاء حق برسلامتی نیز به معنای انجام اقداماتی ضروری برای برآورده ساختن نیازهای افراد درخصوص سلامتی است. دولت‌ها موظف‌اند زمینه برخورداری و امکانات لازم برای بهره‌مندی از حق بر سلامتی را تأمین نمایند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تحلیل و تبیین این تعهد برخی از مصادیق این سنخ از تعهد را چنین بر شمرده است: تضمین ارایه مراقبت سلامتی، از جمله برنامه‌های ایمن سازی در برابر بیماری‌های مسری و همه‌گیر، تضمین دسترسی برابر همگان به معیارهای اصلی سلامتی نظیر غذای کافی و مناسب مطابق اصول تغذیه، آب سالم آشامیدنی، نظافت اولیه و مسکن و شرایط کافی زندگی، داشتن زیر ساخت‌های سلامت عمومی ...، تضمین آموزش و تربیت پزشکان و سایر نسل مربوطه، تأمین تعداد کافی بیمارستان‌ها و ...، تدارک نظام بیمه‌ی عمومی، خصوصی یا مختلط، ارتقاء و گسترش تحقیقات پزشکی و آموزش سلامتی و اطلاع‌رسانی درباره ایدز، خشونت خانگی، مصرف نادرست الکل، سیگار، داروها و .... این فهرست می‌تواند بسیار مفصل‌تر از دو تعهد کلی دیگر باشد. به این ترتیب، تعهد دولت‌ها درباره تسهیل در تحقق حق بر سلامتی متضمن انجام اقداماتی ایجابی می‌باشد تا افراد، جوامع و گروه‌ها بتوانند از این حق بهره‌مند شوند. آنچه تا کنون در خصوص تعهد دولت‌ها مطرح شد مربوط به ابعاد

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامتی بوده اما در حوزه‌ی قلمرو تعهدات دولت‌ها نیز چند تعهد کلی از جمله تعهد به مساعدت و همکاری بین‌المللی و تعهد به احترام و تعهد به شناسایی را می‌توان ذکر نمود که دولت‌ها ملزم به پایبندی به آنها نیز می‌باشند. از جنبه‌ی بین‌المللی از آنجایی که دولت ایران، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶) و – حق مزبور را به رسمیت شناخته – درسال ۱۳۵۴ به تصویب مجلسین (مجلس شورای ملی و مجلس سنا) رسانده و برخی دیگر از اسناد بین‌المللی مهم نظیر کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹) را نیز مورد تصویب قرار داده است، لذا ضمن آنکه حق مزبور از این جهت مورد شناسایی دولت ایران قرار گرفته، متعهد به ایفای تعهدات مندرج در این اسناد در راستای تحقق حق مزبور است. در سطح ملی نیز در راستای حمایت از سلامت افراد جامعه و تحقق حق مزبور و اقدامات گوناگون تقنینی و اجرایی صورت پذیرفته است. از جمله مهمترین اقدامات تقنینی می‌توان به بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی اشاره نمود که در آن پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه جهت نیل به اهداف حکومت اسلامی مورد توجه قرار گرفته و اصل بیستم نیز حقوق یکسان اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی زن و مرد را با رعایت موازین اسلام شناسایی نموده و بند ۴ اصل ۲۱ نیز تضمین ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست را تکلیف دولت دانسته و اصل ۲۹ نیز برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر ... و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره را به عنوان حقی همگانی به رسمیت شناخته است و ... قوانین عادی متعددی نیز نظیر قانون تأمین زنان و کودکان بی سرپرست مصوب ۱۳۷۱/۸/۲۴ و ... به تصویب رسیده تا سلامت جسمی و روحی افراد جامعه را تأمین و تضمین نماید.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

فهرست منابع و مآخذ

- ایده، آسبیورن، کراوزه، کاتارینا و روساس، آلن، (۱۳۸۹)، حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی، ترجمه‌ی: اردشیر امیر ارجمند با همکاری گروه مترجمان، ، چاپ اول، تهران، مجمع علمی و فرهنگی مجد.

- باقری، محمود و دیگران، (۱۳۸۸)، «اجرای اصل آزادسازی تجاری در سازمان جهانی تجارت: چالش‌ها و فرصت‌ها»، تهران، مجله‌ی پژوهش حقوق و سیاست، سال یازدهم، پائیز- زمستان، شماره‌ی ۲۷.

- زمانی، سید قاسم، (۱۳۸۵)، «شبیه سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر»، تهران، مجله‌ی پژوهش حقوق و سیاست، سال هشتم، پاییز- زمستان، شماره ۱۹.

- سادات‌اخوی، سیدعلی، (۱۳۸۷)، «پیش‌نویس پروتکل اختیاری میثاق حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی (۴ آوریل ۲۰۰۸)»، تهران، فصلنامه‌ی حقوق، دوره‌ی ۳۸، زمستان، شماره‌ی ۴.

- شایگان، فریده و دیگران، (۱۳۸۲)، تقویت همکاری‌های بین‌المللی در زمینه‌ی حقوق بشر، زیر نظر جمشید ممتاز، تهران، چاپ اول، انتشارات دانشکده‌ی حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران.

- شجاع، جواد، (۱۳۸۷)، «تحقیق و توسعه‌ی فناوری نانو از نگاه حق بر سلامتی»، تهران، مجله‌ی پژوهش‌های حقوقی، سال هفتم، پائیز- زمستان، شماره‌ی ۱۴.

- قاری سیدفاطمی، سیدمحمد، (۱۳۸۸)، حقوق بشر در جهان معاصر؛ جستارهایی تحلیلی از حق‌ها و آزادی‌ها، دفتر دوم، چاپ اول، تهران، مؤسسه مطالعات وپژوهش‌های حقوقی شهردانش.

- کریون، متیو سی آر، (۱۳۸۷)، چشم‌اندازی به توسعه‌ی میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی، ترجمه‌ی محمد حبیبی مجنده، چاپ اول قم، سازمان انتشارات دانشگاه مفید.

- Alston P. & Quinn G, (1987), "The Nature and Scope of States" Parties Obligations Under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", Human Rights Quarterly, Vol. 9, No. 156.

- Bettcher, Douglas W, Yach, Dreck & Guindon, G. Emmanuel,(2000), "Global Trade and Health: Key Linkages and Future Challenges",Bulletin of The World Health Organization, Vol. 78 , No. 4.

- Buse K. & Walt G, (2000),"Global Public-Private Partnerships: Part 1 – a new Development in Health?",Bulletin of The World Health Organization ,Vol. 78 , No. 4.

- Brownlie, Ian,(2008), Principles of Public International Law, Oxford, Oxford University Press, 6th edition.

- Committee on Economic, Social & Cultural Rights (CESCR), (1989), "Reporting By States Parties", General Comment No. 1.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

- CESCR, (1990), "The Nature of States Parties Obligaions", General Comment No. 3.
- CESCR, (1997), "The Relationship Between Economic Sanctions and Respect for Economic, Social and Cultural Rights", General Comment No. 8.
- CESCR, (1998), "Concluding Observations: Israel",UN Doc E/C. 12/1/Add. 27 (4 Dec. 1998).
- CESCR, (2000), "The Right to the Highest Attainable Standard of Health", General Comment No. 14.
- CESCR, (2001), "Poverty and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights",UN. Doc, E/C. 12/2001/10.
- CESCR, (2001),"Summary Record of the 49th Meeting: Germany",UN. Doc. E/C. 12/2001/SR. 49, (30 Aug. 2001).
- Dennis, Michael J. & Stewart, David P, (2004), "Justiciability of Economic, Social and Cultural Rights: Should There Be an International Complaints Mechanism to Adjudicate the Rights to Food, Water, Housing and Health?",American Journal of International Law, Vol. 98, No. 462.
- Fidler, David P, (1999), International Law and Infectious Diseases, Oxford, Oxford University Press.
- Forman, Lisa, (2007), "A Transformative Power ? The Role of the Human Right to Medicines In Accessing AIDS Medicines - International Human Rights Law , TRIPS and The South African Experience", University of Toronto, Canada.
- Grover, Anand, (2009), "Report of the Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Mental and Physical Health", Human Rights Council, Resolution 11/12 , 31 March 2009.
- Hunt, Paul, (2008), "Report of the Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Mental and Physical Health", Human Rights Council, Resolution 7/11, 31 January 2008.
- ICJ, (2004), "Legal Consequences of the Construction of a Wall in the Occupied Palestinian Territory",Advisory Opinion.
- ICJ, (2006), "Armed Activities on the Territory of the Congo", (Democratic Republic of the Congo v. Uganda), Judgment.
- Kloss, Diana, (2005),Occupational Health Law, Oxford, Blackwell Publishing , Fourth Edition.
- Lazzarini, Z, (1997),Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic ,Oxford ,Oxford University Press.
- Molinari, P. A, (1998), The Right to Health: From the Solemnity of Declarations to The Challenges of Practice, Oxford,Oxford University Press.
- Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, GA. Res. A/RES/63/117, (10 December 2008).
- Potts, Helen, (2007), Accountability and the Right to the Highest

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

Attainable Standard of Health, University of Essex, Human Rights Centre.
- Report of the Open-Ended Working Group to Consider Options Regarding the Elaboration of an Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social & Cultural Rights on its Second Session, UN. Doc. , E/CN. 4/2005/25, (10 Feb. 2005).
- Shaw, M, (2008), International Law,Cambridge, Cambridge University Press, 6th edition.
- Senyonjo, Manisuli, (2010),Economic, Social and Cultural Rights: an examination of state obligations, in: Sarah Joseph & Adam McBeth (ed.), Research Handbook on International Human Rights Law, Cheltenham, Northampton, Edward Elgar Publishing Limited.
- UN Commission on Human Rights,(2002), "The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Mental & Physical Health", Resolution 2002/31.
- WHO,"Health-For-All Policy For the Twenty-First Century", WHA Res. 51/7, 16 M

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-23]