



رابطه حق سلامت با سایر نسل‌های حقوق بشری: تحلیل تفکیک‌ناپذیری و وابستگی متقابل حقوق بشر

احسان جاوید (نویسنده مسئول)

استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مراغه، ایران.
e.javid897@gmail.com

ابراهیم اکبریان

دانشجوی دوره دکتری الهیات و معارف اسلامی (فقه و مبانی حقوق اسلامی) دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، ایران.
e.akbarian.p@gmail.com

حسن محمودی

دانشجوی دوره دکتری حقوق بین‌الملل دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه، ایران.
hasan0142hp@gmail.com

چکیده

تقسیمات حقوق بشری کارل واساک به حقوق آبی (نسل اول)، حقوق سرخ (نسل دوم) و حقوق سبز (نسل سوم) از سه کلمه رمزی انقلاب فرانسه یعنی آزادی، مساوات و اخوت پیروی می‌کند. اینکه حق سلامت مطابق نظریه نسل‌های حقوق بشری در کدام دسته از نسل‌های حقوق بشری قرار بگیرد، در تعهدات دولت از نظر نوع تعهد (سلبی و ایجابی)، از نظر سلسله مراتب تعهد (تعهد به رعایت، تعهد به حمایت و تعهد به ایفاء) و از نظر ماهیت تعهد (به‌وسیله یا تعهد به نتیجه) و زمان اجرایی کردن تعهد (فوری و تدریجی) خیلی تأثیر دارد. برخلاف نظر مرسوم که حق سلامت را یک حق اقتصادی-اجتماعی از نسل دوم حقوق بشری تلقی می‌کند، باید گفت که مطابق دیدگاه کمیته‌های حقوق بشری حق سلامت ماهیتی چند بُعدی دارد. مطابق قاعده مقدمه واجب و ملازمه، حق سلامت به عنوان مقدمه حق حیات از حقوق آبی، به دلیل هزینه‌بر بودن و لزوم مداخله دولت در تحقق آن از حقوق سرخ و به دلیل لزوم استفاده از منابع و ظرفیت‌های بین‌المللی برای تحقق آن و ارتباط تنگاتنگ با محیط‌زیست سالم از حقوق سبز یا از حقوق همبستگی تلقی می‌گردد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که بهره‌مندی کامل از یک دسته حقوق، بستگی به تحقق دیگر حقوق دارد. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد تمام حقوق بشر غیرقابل تقسیم، وابسته و مرتبط به یکدیگر است لذا جامعه بین‌المللی باید با حقوق بشر به صورت عادلانه و برابر و با تأکید یکسان برخورد نماید.

کلید واژه‌ها: حقوق بشر، کارل واساک، حق سلامت، تعهد به تضمین، نسل‌های حقوق بشر، تعهدات دولت.

مقدمه

بیان مسأله: تقسیمات حقوق بشر به سه نسل اولین بار در سال ۱۹۷۹ میلادی توسط حقوق‌دانی از کشور چک به نام «کارل واساک» در مؤسسه بین‌المللی حقوق بشر در استراسبورگ پیشنهاد گردید. «کارل واساک»^۱، در پی توجیه سه نسل حقوق بشر با استفاده از اصول یا شعارهای مشهور انقلاب فرانسه (۱۷۸۹) (آزادی، برابری و برادری) اظهار می‌دارد که؛ نسل اول، یعنی حقوق سیاسی و مدنی، مبتنی بر اصل آزادی‌اند؛ نسل دوم، حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی مبتنی بر برابری؛ و نسل سوم، حقوق همبستگی مبتنی بر اصل برادری است. حقوق نسل سوم جمعی یا گروهی

^۱. Karel Vasak.



بوده و در برابر حقوق نسل اول و دوم- که از نظر ماهوی حقوق فردی محسوب می‌شدند- قرار می‌گیرند. کارل واساک از نسل اول به عنوان حقوق منفی یا حقوق سلبی یاد می‌کند؛ یعنی دولت هیچ تعهد ایجابی در خصوص تحقق این حقوق ندارد. نسل دوم یا همان حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی، حقوق مثبت یا ایجابی هستند و دولت و مقامات آن ملزم به انجام تعهداتی برای تحقق آن هستند. با این وجود، هر چند تفاوت مذکور بین این دو دسته از حقوق و دست‌بندی کردن آن‌ها می‌تواند از لحاظ تئوریک جالب باشد، اما در عمل ممکن است موجب حمایت کمتر از حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی شود. هر چند برخی از نویسندگان به درستی تأکید می‌کنند که تفاوت میان حقوق سیاسی و مدنی از یک‌سو و حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی از سوی دیگر، اساساً نظری، تخیلی و تسهیل بیش از حد این مفاهیم است (Shue, 1996:51-60; Craven, 1995: 7-16; Donnelly, 2003: 28-45) اما تقسیم‌بندی «کارل واساک» در اکثر نوشته‌های نویسندگان مرسوم گردیده و مطابق نظریه «نسل‌های حقوق بشر»، بسیاری از نویسندگان حق سلامت را در بین نسل دوم حقوق بشر جای می‌دهند. قرار دادن حق سلامت در نسل دوم حقوق بشر بدون توجه به ماهیت چند بعدی آن اولاً موجب حمایت کمتر دولت‌ها از حق سلامت می‌شود. زیرا تعهدات دولت‌ها در قبال حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی برخلاف نسل اول حقوق بشر که فوری است، یک تعهد زمان‌بر، تدریجی، برنامه‌ای و وابسته به امکانات است. دوماً قرار دادن حق سلامت در نسل دوم حقوق بشر بدون توجه به ماهیت چند بعدی آن احراز مواردی را که تعهدات دولت نقض می‌شود را مشکل می‌سازد؛ چرا که دولت‌ها می‌توانند عدم اجرای حق سلامت را با استناد به فقدان یا محدودیت منابع در دسترس توجیه کنند. چنین تعهدی به دلیل فوری نبودن و وابستگی به امکانات به راحتی قابل کنارگذاری از اولویت برنامه‌های دولت نیز می‌باشند. لذا این تحقیق با بازخوانی جایگاه و ماهیت حق سلامت بر اساس نظریه «نسل‌های حقوق بشر» کارل واساک در پی اثبات این فرضیه است که با توجه به سطح توسعه کشورها و با توجه به تحولات موازین بین‌المللی نباید بر تفسیر لفظی از ماهیت حق سلامت و تعهدات دولت بسنده کرد بلکه اقتضای مقتضیات زمانه آن است که حق سلامت و تعهدات دولت‌ها در این زمینه در پرتوی تفسیر منطقی، جزو «تعهدات به نتیجه» دولت‌ها قرار بگیرد (وکیل و عسکری، 1391: 55)؛ زیرا اولاً تعهد دولت در قبال حق سلامت گاهی در فضای سال‌های تدوین منشور بین‌المللی حقوق بشر (1945-1966) و نبود امکانات و ایام پس از جنگ جهانی دوم بررسی می‌شود که می‌توان این تعهدات را تعهد به وسیله دانست؛ ولی در فضای آرام‌تر کنونی و بعد از نزدیک به 78 سال از تدوین منشور بین‌المللی حقوق بشر نمی‌توان همچنان تعهدات دولت‌ها در قبال حق سلامت را به وسیله دانست و باید آن را تعهد به نتیجه قلمداد نمود (حبیب‌نژاد و سعید، 1396: 59) دوماً حق سلامت با سایر نسل‌های حقوق بشری در ارتباط بوده و برخی ابعاد این حق هم در حوزه نسل اول حقوق بشر و هم در حوزه نسل سوم حقوق بشر قرار دارند.

اهمیت موضوع: نگرش نسلی به حقوق بشر گرچه از لحاظ تئوریک، نظری و در راستای تسهیل فهم تعهدات دولت‌ها حائز فواید تحلیلی و استنباطی است اما از نظر عملی ممکن است در رویکرد دولت‌ها و سیاستگذاران به حقوق بشر نتایج منفی داشته باشد. به طوری که معلق و غیرقطعی بودن اعمال حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی باعث شده حتی برخی منکر حق بودن آنها شده‌اند. این در حالی است که حق سلامت مقدمه حق حیات است و بی‌تردید مقدمه واجب خود واجب است. اینکه حق سلامت در کدام نسل حقوق بشری قرار بگیرد از نظر عملی و کاربردی در بهبود کیفیت خدمات پزشکی-بهداشتی نیز تاثیرگذار است. خدمات سلامت بدون در نظر گرفتن الزامات کیفیت خدمات، در دستیابی به اهداف خود دچار مشکل خواهند شد (Pradhan, Saadah, Sparrow, 2007: 125-50) امروزه رقابت برای بهبود کیفیت خدمات به یک مسئله راهبردی کلیدی و به قدرتمندترین اسلحه رقابتی در سازمان‌های خدماتی تبدیل شده است (Wong, 2003:495-513) در بخش بهداشت و درمان نیز، به دلیل سروکار داشتن با جان انسان‌ها تأمین کیفیت مراقبت یک چالش کلیدی برای دولت‌ها و تأمین مراقبت با کیفیت به مأموریت اصلی نظام سلامت تبدیل شده است. برآوردن این رسالت مهم مستلزم ضروری، فوری و به نتیجه بودن تعهدات دولت در زمینه حق سلامت و نهادینه ساختن بحث کیفیت در نظام سلامت می‌باشد (Ford, Bach, Fottler, 1997:74-89).

ادبیات و پیشینه: بررسی پیشینه تجربی موضوع تحقیق در پایگاه داده‌های علمی داخل کشور نیز نظیر (پورتال علوم انسانی، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، مگیران) نشان می‌دهد که مرتبط‌ترین منابع تحقیقی در خصوص رابطه حق سلامت با سایر نسل‌های حقوق بشری عمدتاً به حق سلامت و تعهدات دولت‌ها بسیار محدود می‌باشد. تحقیقات داخل کشور در مورد حق سلامت به ترتیب تاریخ از تحقیقات جدید به تحقیقات گذشته که البته تبیین‌گر تفکیک‌ناپذیری و وابستگی متقابل حقوق بشر باشند عبارتند از:

تیموری، بیگی، احدی (1400) در تحقیقی تحت عنوان «حبس‌زدایی سلامت محور؛ برآیند سلامت و عدالت در رویکرد نظام حقوقی ایران و اسناد بین‌المللی حقوق بشر» پژوهش حاضر به این نتیجه رسیده است که یکی از جلوه‌های حبس‌زدایی سلامت محور، بازنگری و تعدیل در سیاست‌های ناظر بر حبس و مدیریت زندان‌ها است. لذا، سیاست‌های جنایی باید



حاصل پیوند سلامت و عدالت بوده و می‌توان گفت که حبس‌زدایی سلامت محور، در کنار توجه بر سلامت زندانیان، روند گرایش به کیفرهای جامعه‌مدار را تقویت می‌کند.

رستمی، جعفری، رستمی (1400) در تحقیقی تحت عنوان «تحولات حق بر سلامت در ایران و بین‌الملل» به این نتیجه رسیده است که دولت‌ها برای تأمین یک زندگی سالم ملزم به اقداماتی فوری (تهیه دارو) می‌باشند. دولت ایران نیز در اصل 29 قانون اساسی این مسئله را مورد تأیید قرار داده است. همچنین دولت ایران به موجب ماده 25 اعلامیه جهانی حقوق بشر و ماده 12 میثاق حقوق اقتصادی و اجتماعی حق دسترسی به داروهای درمانی را به رسمیت شناخته است. در نظام حقوق بین‌الملل حق بر استحقاق، جزئی از اهداف و تعهد نسبت به آن و یک تعهد سیاسی محسوب می‌شود. بهتر است این حق به مثابه یکی از مصادیق حقوق بشر در نظر گرفته شود. در ایران علی‌رغم وجود برخی قوانین خاص در این زمینه که موجب افزایش برخورداری افراد می‌شود، اما در عمل نتیجه مطلوب حاصل نشده است.

حسن‌زاده (1400) در تحقیقی تحت عنوان «حق بر سلامت از دیدگاه معاهدات بین‌المللی» به این نتیجه رسیده است که حق بر سلامت و فرآیند تأمین آن در جامعه از مصادیق حقوق بشر است و دولت‌ها موظف به تأمین آن مطابق با استانداردهای جهانی هستند لذا شیوع ویروس کرونا دولت‌ها را وادار به اقدامات محدودیت‌ساز نموده اما این محدودیت باید مطابق با قانون باشد. نتیجه حاصله با عنایت به مقررات بین‌الملل در زمینه حق سلامت فراهم نمودن حق سلامت که از حقوق ذاتی بشر است و در صوت ایجاد بحران دولت برای مقابله با آن در ایجاد محدودیت اجتماعی مبسوط الید نیست این محدودیت‌ها باید متناسب و محدود و بر اساس قانون باشد.

جاوید و نیاورانی (1398)؛ در تحقیقی تحت عنوان «دولت‌ها به تضمین حق برخورداری از خدمات و مراقبت‌های درمانی در پرتو حقوق بین‌الملل با نگاهی به طرح تحول نظام سلامت در ایران» به این نتیجه رسیده است که دولت‌ها طبق حقوق بین‌الملل متعهدند با به‌کارگیری حداکثر امکانات موجود خود، خدمات و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی را توسعه داده و پوشش‌های لازم را برای همه اقشار جامعه بدون توجه به شغل و درآمد آن‌ها فراهم آورند. تصویب و «اجرای طرح تحول در نظام سلامت» ایران نیز گامی در راستای تحقق پوشش همگانی خدمات سلامت و نیل به عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامت به شمار می‌رود. اجرای طرح تحول نظام سلامت می‌تواند نقش مهمی در تحقق حق بر سلامت شهروندان ایرانی ایفا نماید. اجرای این طرح قبل از هر چیز نیازمند تأمین و یک‌کاسه‌سازی منابع مالی است. علاوه بر مشکلاتی که در داخل نظام سلامت از حیث تأمین خدمات، امکانات و پوشش‌های درمانی وجود دارد، پوشش همگانی خدمات درمانی و سلامت در ایران با چالش‌های سیاسی، اجرایی، اجتماعی و اقتصادی در خارج از نظام سلامت مواجه است. همین امر تحقق اهداف طرح تحول نظام سلامت را به همکاری میان بخش‌ها و دستگاه‌های مختلف وابسته ساخته است؛ چرا که فائق آمدن بر چالش‌های فوق مستلزم اهتمام همه‌جانبه کلیه ارکان جامعه است.

بامیری و محمدی (1397) در تحقیقی تحت عنوان «حق بر سلامتی در نظام بین‌الملل حقوق بشر» به این نتیجه رسیده است که 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 همه 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. تعهدات دولت‌ها در گستره حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر حق بر بهداشت و سلامت به عنوان یکی از حقوق اقتصادی- اجتماعی بشر، به منزله حقی قلمداد می‌شود که تحقق آن ضرورتاً مستلزم مداخله دولت است.

جاوید و نیاورانی (1393)؛ در تحقیقی تحت عنوان «قلمرو حق سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر» به این نتیجه رسیده است که «حق بر سلامتی» به واسطه‌ی پیوند نزدیکی که با حیات انسان دارد، شایسته‌ی توجه است. تحقق عالی‌ترین استاندارد مورد نظر میثاق نیازمند صرف حداکثر منابع در دسترس دولت‌ها و طی زمان است. تحقق این استاندارد، با توجه به بنیادهای تعیین‌کننده‌ای که برای سلامتی تعیین شده است، چالشی بزرگ برای دولت‌ها به شمار می‌رود. دلیلش نیز این است که تحقق این بنیادها مقدمه لازم نیل به استاندارد عالی بهداشت و سلامتی است، اما در وضعیتی که آلودگی‌های زیست محیطی و تخریب روز افزون جنگل‌ها - که همچون ریه‌های کره خاکی هستند- گرمایش ناشی از حجم انبوه گازهای گلخانه‌ای، بیابان‌زایی، خشک شدن یا آلودگی منابع آب شیرین و... که به نوعی روز شمار مرگ زیست بوم انسان را کلید زده‌اند، در کنار افزایش قطعی و خشکسالی و فقدان امنیت غذایی، باعث گردیده است که سلامتی انسان بیش از پیش در معرض خطر قرار گیرد. در این شرایط شاید صحبت از عالی‌ترین استاندارد سلامتی



چندان واقع‌بینانه نباشد. از سوی دیگر، محدودیت منابع تحت اختیار دولت‌ها و عدم برنامه‌ریزی صحیح و اصولی در تخصیص و تقسیم منابع، مشکل منابع محدود را چند برابر کرده است.

تحقیقات خارج از کشور در مورد حق سلامت به ترتیب تاریخ از تحقیقات جدید به تحقیقات گذشته که البته مرتبط با رابطه حق سلامت با سایر نسل‌های حقوق بشری و تبیین‌گر تفکیک‌ناپذیری و وابستگی متقابل حقوق بشر باشند عبارتند از:

کینی (2013)، در تحقیقی تحت عنوان «حقوق بین‌المللی بشر بر سلامت: این برای ملت و جهان ما چه معنایی دارد؟»¹ به این نتیجه رسیده است که حق برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامتی یا حق بر سلامتی یکی از حق‌های بشری است که در اسناد حقوق بشری بر اهمیت آن تأکید شده است. سلامت فردی، به عنوان یکی از مهمترین حقوق 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 به‌طور کلی در ارتباط با تأمین و تضمین این حق دارای مسئولیت‌های معینی می‌باشند. واضح است که دولت‌ها نمی‌توانند به‌طور کامل سلامتی و مطلوب بودن سلامتی افراد را تضمین نمایند اما دولت‌ها می‌توانند شرایطی را فراهم آورند که در آن سلامتی افراد مورد حمایت قرار گیرد و دستیابی به سلامتی برای افراد ممکن گردد.

میسون مایر و موری (2013) در گزارشی تحت عنوان «چالش‌های انطباق با حقوق بشردوستانه بین‌المللی در زمینه جنگ معاصر»² به این نتیجه رسیده است که بارزترین نمود و شاخص‌ترین بیان از تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامتی را می‌توان در ماده 12 میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشاهده نمود که بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی را به رسمیت می‌شناسد؛ اصطلاح «حق بر سلامت» را نمی‌توان دقیقاً به معنای برخورداری از سلامت معمول و متعارف فرض نمود، اما به تنوعی از تسهیلات، امکانات و خدمات اطلاق می‌گردد که دولت‌های عضو به موجب معاهدات بین‌المللی، بدان متعهد و افراد انسانی به واسطه آن، قابلیت برخورداری داشته و استحقاق بهره‌مندی از آن را یافته‌اند. شایان توجه است، کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل در نگارش ماده 12 میثاق، تعریف سلامت مندرج در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی را به «وضعیت بهروزی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی» نپذیرفت. با وجود این، اشاره بند اول ماده 12 میثاق به «بالاترین سطح قابل حصول سلامت جسمی و روانی، محدود به حق بر مراقبت سلامتی نیست. برعکس، تاریخچه تدوین و عبارات صریح بند دوم ماده مزبور به این نکته اذعان دارد که حق بر سلامت، دربرگیرنده طیف وسیعی از عوامل اجتماعی و اقتصادی است که شرایط و وضعیتی را پیش‌بینی و ارتقا می‌دهد که مردم بتوانند زندگی سالمی داشته و به عوامل اساسی مؤثر بر سلامتی، نظیر آب سالم، تغذیه کافی، مسکن مناسب و بهداشت عمومی و حرفه‌ای دسترسی داشته باشند. بدینسان، مصادیق غیر حصری مندرج در این ماده، در تعریف اقدامی که دولت‌ها باید اتخاذ کنند رهنمودهایی ارائه می‌دهد.

الی یامین و ام‌پی. اچ (2005)؛ در تحقیقی تحت عنوان «حق بر سلامت تحت حقوق بین‌الملل»³ به ارزیابی این عدالت در نظام سلامت پرداخته است به این نتیجه رسیده است که در سال‌های اخیر، تحولات قابل توجهی در حقوق بین‌الملل با توجه به تعریف هنجاری حق بر سلامت صورت گرفته است که شامل مراقبت‌های بهداشتی و ارتقای نظام سلامت می‌شود. این هنجارها چارچوبی را ارائه می‌دهند که شامل عدالت در خدمات بهداشتی نیز می‌باشد. علاوه بر این، حقوق بین‌الملل استانداردهایی را برای ارزیابی رفتار دولت و نیز مکانیسم‌هایی برای ایجاد درجاتی از پاسخگویی ارائه می‌کند. آشر (2004)، در تحقیقی تحت عنوان «حق بر سلامت: کتابچه راهنمای منبع برای سازمان‌های غیردولتی»⁴ به این نتیجه رسیده است که وضعیت نگران‌کننده بهداشت پایین میلیون‌ها نفر در بسیاری از کشورهای در حال توسعه اکنون به عنوان یک معضل شناخته شده است. حق بر سلامت - و سایر حقوق اساسی بشر- به عنوان راهی برای ارتقای توسعه در نظر گرفته می‌شود.

روش تحقیق: روش تحقیق به صورت اسنادی و بررسی نظرات کلی نهادهای برخاسته از معاهدات حقوق بشری است. از جمله مهم‌ترین این نظرات کلی می‌توان به توصیه کلی 24 کمیته رفع تبعیض علیه زنان (1999)، نظرات عمومی شماره 14 (2000) و شماره 22 (2016) کمیته اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و نظر عمومی شماره 15 کمیته حقوق کودک (2015)، اشاره کرد. که همگی حق بر سلامتی یا بخشی از حق بر سلامتی، مانند حقوق سلامت جنسی و باروری را مورد بررسی قرار داده‌اند. این اسناد همچنین شامل گزارش‌های گزارشگران ویژه سازمان ملل در مورد حق بر

¹ . The Right to Health Under International Law and Its Relevance to the United States.

² . Challenges to Compliance with International Humanitarian Law in the Context of Contemporary Warfare.

³ . The Right to Health Under International Law and Its Relevance to the United States.

⁴ . The Right to Health: A Resource Manual for NGOs.



سلامتی به ترتیب تاریخ ماموریت پل هانت (2002-2008)، آناند گروور (2008-2014)، و داینیوس پوراس (2014-2023) است.

اهداف تحقیق: اثبات تفکیک‌ناپذیری و وابستگی متقابل حقوق بشر می‌باشد. حق بر سلامت حقی است که قابلیت‌ها و آزادی افراد را گسترش می‌دهد تا وضع رفاهی خویش را بهبود بخشند و آنچه را ارج می‌نهند، محقق سازند. پیوستگی را هم می‌توان در طول زمان معنا کرد و هم در برهه خاصی از زمان. به این دلیل آناند گروور گزارشگر ویژه حق سلامت در گزارش خود تاکید می‌کند مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی در قبال حق سلامت ممکن است دارای هر دو مؤلفه آینده‌نگر و گذشته‌نگر باشد. مسئولیت‌پذیری آینده‌نگر به این معنی است که دولت باید همیشه بتواند نحوه انجام تعهدات خود را در قبال حق سلامت نشان دهد. پاسخگویی گذشته‌نگر بر رسیدگی مناسب به تخلفات قبلی نقض حق سلامت تمرکز دارد. نقض حق بر سلامتی باید از طرق جبران موثر برطرف شود (A/HRC/20/15, Para.51)

1- تبیین مفاهیم

زمانی که مسائل و مباحث مربوط به موضوع علمی مطرح می‌شود. اصطلاحات و واژگانی به کار برده می‌شود، که به دلایلی چند از جمله کاربرد آن‌ها در علوم و مباحث دیگر و برداشت‌های متفاوتی که در فرهنگ‌های مختلف و احیاناً مکاتب مختلف از آن‌ها می‌شود. نیازمند تعریف هستند. لذا ابتدا به تعریف حق سلامتی و تعریف تفکیک‌ناپذیری حقوق بشر می‌پردازیم.

1-1 تعریف حق سلامتی

حق بر سلامتی و بهداشت عمومی در راس حق‌هایی قرار دارد که بر بهره‌مندی از سایر حقوق بشری تأثیر عمیقی می‌گذارد. تا قبل از سال ۱۹۴۲ سلامت به معنی کارکرد مطلوب و فیزیولوژیک ارگان‌های بدن¹ تلقی می‌شد. در دهه ۵۰ و ۶۰ میلادی این‌گونه تصور می‌شد که بیماری نتیجه عدم کارکرد مطلوب و فیزیولوژیک ارگان‌های بدن است و لذا استراتژی‌های پیشنهادی انجام مداخلاتی را در سطح کلینیکی افراد مطرح می‌کرد و موجب گسترش خدمات درمانی² با محوریت بیمارستان‌ها می‌شد که از آن‌ها به عنوان «قصر بیماری³» نام برده شده و وزارتخانه بهداشت در اکثر دولت‌ها، «وزارت بیماری⁴» خوانده می‌شدند. سلامتی در این دوره در معنای مضیق به وضعیت فرد به دور از بیماری یا ناهنجاری اطلاق می‌گردید (Hellsten, 2005: 148-149). 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. در واقع تکامل به سوی تعریف سلامت به عنوان یک موضوع اجتماعی منجر به تأسیس سازمان بهداشت جهانی در سال 1946 شد. با ظهور سلامت به عنوان یک موضوع عمومی، مفهوم سلامت تغییر کرد. درک سلامت به عنوان «وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ناتوانی» در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی منعکس گردید (Constitution of the World Health Organization, Basic Documents, Official Document No.) (240, Washington, 1991). از طرفی نمی‌توان گفت شخصی که 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 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 تعبیر 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 تعبیر نیز می‌گردد. کمیته حقوق کودکان حق سلامتی را به عنوان یک حق فراگیر تفسیر می‌کند که نه تنها شامل پیشگیری، ارتقای سلامت، خدمات درمانی، توانبخشی و خدمات تسکینی می‌شود، بلکه حق سلامتی به رشد و توسعه کامل کودکان نیز کمک می‌کند (CRC, 2013: 2). هر چند اصطلاح «حق بر سلامت» را نمی‌توان دقیقاً به معنای برخورداری از سلامت معمول و متعارف فرض نمود. ولی به تنوعی از تسهیلات، امکانات و خدماتی اطلاق می‌گردد که دولت‌های عضو به موجب معاهدات بین‌المللی، بدان متعهد و افراد انسانی به واسطه آن، قابلیت برخورداری داشته و استحقاق بهره‌مندی از آن را یافته‌اند (سیدموسوی، 1399: 273).

1. Soundness of Body.
2. Curative Services.
3. Disease Palace.
4. Ministry of Sickness.



بهداشت و بار دیگر هنگامی که ماده 12 میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی به "مسئولیت‌های خاص دولت‌ها در ارتباط با سلامت" اشاره می‌کند، از "حق مسئولیت‌های بهداشتی" سخن به میان آمده است (Mann, Gostin, 1994: 19). اگرچه هنوز یک تعریف مورد توافق جهانی از حق بر سلامت وجود ندارد، تعریف ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی و دفتر کمیساری عالی حقوق بشر سازمان ملل یک نقطه شروع خوبی است. این تعریف که توسط «آندریجا استامپار»¹ محقق برجسته کرواسی در زمینه علوم پزشکی و بهداشت عمومی و یکی از بنیانگذاران سازمان بهداشت جهانی سلامت ارائه شده است بعدها توسط سایر محققان و نویسندگان نظیر فلاویا بوسترئو، پل هانت، سوفیا گراسکین و دیگران در کتاب «بهداشت زنان و کودکان: شواهد تأثیر حقوق بشر» مورد توجه قرار گرفته است (Bustreo, Hunt, Gruskin, et al. 2013: 20).

گرچه حق سلامت در سال 1946 جایگاه خود را در سازمان ملل متحد باز کرد، اما به مدت بیش از 30 سال بعد تحت بررسی‌های آکادمیکی قرار نگرفت. اولین مدیر کل سازمان جهانی بهداشت، براک چیشولم، مدافع پر انرژی حق بر سلامت بود، و تا حدی به لطف رهبری او بود که این حق به طور محکم در منشور بین‌المللی حقوق تثبیت شد (Meier, 2010: 12). اما تنها در سال 1978 و بعد از 30 سال از تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر و 12 سال پس از تصویب میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی دانشمندان برجسته، سیاست‌گذاران و سیاستمداران حق بر سلامت را در یک کارگاه سه روزه سازماندهی شده توسط آکادمی حقوق بین‌الملل لاهه بررسی کردند. نتایج بررسی در سال 1979 با عنوان حق بر سلامت به عنوان یک حق بشری منتشر شد. در سال 1978 اعلامیه آما مقرر نمود که سلامت «حق اساسی بشر» است. در سال 1985، دانشگاه شریبروک، ایالت کبک، میزبان رویداد مشابهی بود که پس از آن مقالاتی در مورد حق بر سلامت در مجله بین‌المللی Revue Québécoise de Droit منتشر شد.

1-2 تعریف تفکیک‌ناپذیری

تفکیک‌ناپذیری در مقابل تفکیک‌پذیری قرار دارد. کنوانسیون راجع به حقوق معاهدات از عبارت «سپرابیلتی»² برای مفهوم تجزیه‌پذیری در حقوق معاهدات بین‌المللی استفاده نموده است (Vienna Convention on the Law of Treaty, Concluded at Vienna on 23 May 1969 Vol. 1155, 1-18232, p. 343). برای تجزیه‌پذیری در حقوق بین‌الملل بهترین و گویاترین عبارت «سپرابیلتی» می‌باشد. بنابراین تفکیک‌ناپذیری در متون انگلیسی باید «اینسپرابیلتی»³ معنی شود. اما مذاقه در نوشته‌های نویسندگان نشان می‌دهد که از عبارت «غیرقابل تقسیم»⁴ و «وابستگی متقابل»⁵ برای تفکیک‌ناپذیری استفاده شده است. این مفهوم که همه حقوق بشر تقسیم‌ناپذیر و وابسته به یکدیگر هستند (Minkler & Sweeney, 2011: 351) در دهه 1950 در محافل سازمان ملل نشأت گرفت. از دهه 1950، تقسیم‌ناپذیری و وابستگی متقابل حقوق بشر موضوع کنفرانس‌های مختلف بوده است. به عنوان مثال در اعلامیه وین و برنامه اقدام کنفرانس جهانی حقوق بشر مقرر شده است حقوق بشر غیرقابل تقسیم، وابسته و مرتبط با یکدیگر است (Vienna Declaration and Programme of Action, World Conference on Human Rights, Vienna, 14-25 June 1993, UN Doc. A/CONF.157/24 (Part I) 1993, para. 5). ایده تفکیک‌ناپذیری حقوق بشر به این مفهوم است که همه حقوق بشر برای تضمین کرامت فرد ضروری است. اندیشمندی همچون «تی دژنر» و «بارتلت» تفکیک‌ناپذیری حقوق بشر را به حذف تمایز بین نسل‌های حقوق بشری تعریف کرده‌اند (Degener, 2017: 153; Bartlett, 2012: 752). لذا می‌توان گفت که «تقسیم‌ناپذیری حقوق بشر» به این معناست که همه حقوق بشر-حقوق اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و مدنی- باید به طور مساوی، در یک سطح و با تأکید یکسان مورد توجه قرار گیرند. «وابستگی متقابل حقوق بشر» به این معناست که تحقق یک حق بشری با سایر حقوق بشر مرتبط و وابسته است. به عنوان مثال، الزام به اطمینان از دسترسی به داروهای کنترل شده ضروری، برای درمان HIV، یک تعهد اصلی حق بر سلامت است، به این معنی که باید بدون تأخیر تضمین شود (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14: The Right to Health, UN Doc. E/C.12/2000/4, para. 43 (2000)). با این حال، تعدادی از عوامل، مانند انگ، تبعیض، و خشونت، اغلب افراد نیازمند به این داروها را از دسترسی به این داروهای نجات دهنده یا حتی اطلاعات مربوط به آنها باز می‌دارد (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding Observations: Bulgaria, UN Doc. E/C.12/BGR/CO/6 (2019), para. 46; Committee on Economic, Social and Cultural Rights,

1. Andrija Štampar

2. Separability of treaty provisions.

3. Inseparability.

4. Indivisible.

5. Interdependence.



Concluding Observations: Mauritius, UN Doc. E/C.12/MUS/CO/5 (2019), para. 53; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding Observations: Estonia, UN Doc. E/C.12/EST/CO/3 (2019), paras. 44(a), 46 در این زمینه، تضمین حق بر سلامت ارتباط تنگاتنگی با احقاق حقوق دیگر از جمله حقوق کرامت انسانی، عدم تبعیض، برابری، آزادی از شکنجه و بدرفتاری، حریم خصوصی و اطلاعات دارد (**Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14: (The Right to Health, UN Doc. E/C.12/2000/4 (2000), para. 3**).

2- منابع و جایگاه حق سلامت در نظام بین‌المللی حقوق بشر

حق بر سلامت یکی از مهم‌ترین حقوقی است که در اسناد و معاهدات بین‌المللی و نیز در اسناد داخلی ایران به‌ویژه قانون اساسی و برنامه پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و سند چشم‌انداز بیست‌ساله نظام به رسمیت شناخته شده و مورد تأیید قانون‌گذاران و سیاست‌مداران قرار گرفته است (رضایی‌زاده، 1399: 193). اولین تجلی ضمنی حق بر سلامتی را در ماده 55 منشور سازمان ملل متحد¹ (1945) می‌توان مشاهده نمود. ماده مزبور سازمان را الزام به ارتقاء استانداردهای بالاتر زندگی و یافتن راه کارهای مسایل بین‌المللی... در ارتباط با سلامتی نموده است. همچنین در مقدمه اساسنامه زمان بهداشت جهانی² (1946)، به‌رهمندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حق‌های بنیادی هر انسانی شناخته شده است و تأکید گردید که سلامتی ملت‌ها، جهت دستیابی به صلح و امنیت، اهمیت بنیادی دارد (کوکبی‌سقی، 1399: 405). ماده 25 اعلامیه جهانی حقوق بشر (1948) نیز به گونه‌ای دیگر حق بر سلامتی را مورد شناسایی قرار داده است. در این ماده آمده: «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...»³ (عباسی، دهقانی، رضایی، 1394: 138-146).

شفاف‌ترین و کامل‌ترین بیان از حق بر سلامتی را در ماده 12 میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی⁴ (1966) می‌توان مشاهده نمود که در بند آن آمده: «دولت‌های عضو میثاق حاضر، حق هر فردی را به بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند.» و در بند 2 هم اقداماتی را که دولت‌ها باید در تحقق کامل حق سلامتی اتخاذ نمایند، مطرح نموده است (قلی‌زاده و ذاکراردکانی، 1400: 84) در کنار اسناد مطرح شده، ماده 5 کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض نژادی⁵ (1965) دولت‌های عضو را متعهد ساخته تا حق هر فردی را نسبت به سلامتی عمومی، مراقبت پزشکی، تأمین اجتماعی و خدمات اجتماعی تضمین کنند. ماده 12 کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان⁶ (1979) دولت‌های عضو را مکلف به اتخاذ اقدامات مقتضی در جهت تضمین دسترسی یکسان زنان و مردان به خدمات مراقبت سلامتی نموده و ماده 23 کنوانسیون حقوق کودک⁷ (1989) از حق هر کودک نسبت به سطحی از زندگی که برای توسعه جسمی، روانی و ... کودک کافی باشد و بهره‌مندی کودک از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی و ... را تضمین نماید، حمایت کرده است (فیروزپور، 1400: 325). اسناد مهم منطقه‌ای نظیر ماده 26 کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر⁸ (1978)، ماده 16 منشور آفریقایی حقوق بشر و ملت‌ها⁹ (1981) و ماده 11 منشور اجتماعی اروپا¹⁰ (1961) و ماده 17 اعلامیه قاهره درباره حقوق بشر در اسلام¹¹ (1990) و ... نیز حق بر سلامتی را به رسمیت شناخته‌اند. در سطح ملی نیز حق مزبور در اکثر قوانین اساسی کشورها مورد شناسایی قرار گرفته است. به این ترتیب می‌توان ادعا نمود پذیرش حق بر سلامتی به عنوان قاعده‌ای از حقوق بین‌الملل عرفی است و بر تمامی کشورها الزامی می‌باشد.

3- رابطه حق سلامت با سایر نسل‌های حقوق بشری

1. United Nations charter (UNC), 59 stat. 1031, T.S.993, 3 Bevans 1153, Entered into Force 24 oct. 1945.

2. Constitution of the world Health organization (WHO) , 14 U. N.T.S. 186 , 22 July 1946 Entered in to Force 7 April 1948.

3. Universal Declaration of Human Rights, G A, Res. 217 A (III), UN Doc. A/810 , 10 Dec. 1948.

4. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, GA, Res. 2200 A (XXI), UN Doc. A/16316 (1966).

5. Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, UN, GA, Res. 2106 A (XX), 21 Dec. 1965, UN Doc.A/6014 (1965).

6. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against women, UN, GA, Res. 34/180 (18 Dec. 1979), UN Doc.A/Res/34/36.

7. Convention on the Rights of the child, GA, Res. 44/25, UN Doc. A/44/49 (1989).

8. American Convention on Human Rights, OAS T.S. No. 36, OEA/Ser. L./V/II. 23 Doc. Rev. 2, 144 UNTS 123 (1969).

9. African [Banjul] charter on Human and peoples, Rights , OAU Doc. CAB/LEG/67/3 Rev. 5, 21 ILM 58 (1982).

10. European social charter, ETS No. 35, Entered into Force 26 Feb. 1965.

11. The Cairo Declaration on Human Rights in Islam, signed by the organization of the Islamic Conference on 5 Aug. 1990.



تعریف حقوق بشر به حقوقی خارج از شمول مرور زمان¹، ذاتی²، جهانشمول³، غیر قابل سلب، برابر و تفکیک‌ناپذیر گرچه نظریه حقوق طبیعی را منعکس می‌سازد اما باید متذکر شد که مفاهیمی همچون حقوق سلب‌ناشدنی، خارج از شمول مرور زمان، ذاتی و جهانشمول، تفکیک‌ناپذیر که در اسناد حقوق بشری قرن هجدهم و حتی اسناد معاصر دیده می‌شود بی‌تردید در مقام بیان تعریف و ماهیت حقوق بشر شرایط معرّف، به‌معنای ویژگی‌های لازم در معرّف برای تحقق یک تعریف مقبول را چندان دارا نیست. این در حالی است که به قول منطقیون معرّف باید از معرّف اجلی (روشن‌تر و مفهوم‌تر) باشد. لذا در ادامه تحقیق به تفکیک‌ناپذیری حقوق بشر با کمک بررسی رابطه حق سلامت با سایر نسل‌های حقوق بشری می‌پردازیم. حق سلامت نمونه بارزی از تفکیک‌ناپذیری حقوق بشر است زیرا اولاً حق سلامت ارتباطی نزدیک با سایر نسل‌های حقوق بشری دارد. دوماً حق بر سلامتی، طیف وسیعی از حق‌ها را گرد هم آورده است که هر کدام نقشی انکارناپذیر در تحقق آن ایفا می‌کنند (جاوید و نیاورانی، 1393: 47).

1-3 رابطه حق سلامت با نسل اول حقوق بشر

علیرغم سکوت منشور بین‌المللی حقوق بشر در مورد ماهیت چند بُعدی حق سلامت، با این حال، کمیته‌های ناظر بر میثاقین این صلاحیت را دارند که با نظرات کلی به تفسیر مفاد میثاقین بپردازند. این نظرات کلی با اینکه از نظر حقوقی لازم‌الاجرا نیستند، اما تفسیر روشنی از نحوه اجرای مفاد میثاقین را به دولت‌ها ارائه می‌دهند. در نتیجه می‌توان گفت که نظرات کلی کمیته‌های ناظر بر میثاقین، اسناد بین‌المللی حقوق بشر را به ابزاری زنده تبدیل می‌کنند که بر اساس اقتضائات و نیازهای روز بشری شکل گرفته‌اند. کمیته حقوق بشر 37 بار و کمیته بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی 25 بار تاکنون از این صلاحیت استفاده کرده است. از نظر کمیته حقوق بشر در جنرال کامنت 6، حق حیات معنایی فراتر از تعهدات منفی و صرف عدم مانع برای تحقق این حق از سوی دولت دارد و این حق شامل تعهدات مثبت یعنی تعهد به فراهم آوردن خدمات بهداشتی، پزشکی و ایجاد محیط زیست سالم و... می‌باشد (CESCR, General Comment No.4, E/1992/23, Para.7). با این دیدگاه و تفسیر کمیته حقوق بشر، کاملاً واضح است که دامنه حق سلامت تا حقوق غیرقابل انحراف (غیرقابل تعلیق) نیز کشیده می‌شود. حق سلامت با نسل اول حقوق بشر از دو جهت در ارتباط است. از یک‌سو حق سلامت مقدمه حق حیات و به عنوان یکی از مهمترین مولفه‌های کرامت هر انسانی محسوب می‌شود. حق حیات بنیادین‌ترین و اساسی‌ترین حق بشری می‌باشد که پایه و اساس تمامی حقوق بشر محسوب می‌شود. کمیته حقوق بشر نیز این حق را به عنوان یکی از عالی‌ترین و والاترین حق بشری بر شمرده است (Human Rights Committee, General comment no.6(1982), Para.2). سایر مراجع و نهادهای قضایی و شبه قضایی بین‌المللی و منطقه‌ای نیز هر یک مکرراً درباره اهمیت و جایگاه ویژه این حق متذکر شده و موارد نقض آن را به دقت مورد ارزیابی قرار داده‌اند (MC cann v. uk. APP. NO 18 , 84 /91, Series A, No.324, 27. 9. 95 (1996), para.147 ECHR 97, 21). کمیته حقوق بشر در نظر عمومی شماره 6 (1982) متذکر شده است که حق حیات اغلب به صورت محدود تفسیر شده است. عبارت "حق ذاتی زندگی" را نمی‌توان به درستی به شیوه‌ای محدود کننده درک یا تفسیر کرد و حمایت از این حق مستلزم اتخاذ تدابیر مثبت از سوی دولت‌هاست. در این رابطه، کمیته معتقد است که برای کشورهای عضو مطلوب است که تمام اقدامات ممکن را برای کاهش مرگ و میر نوزادان و افزایش امید به زندگی، به ویژه در اتخاذ تدابیری برای حذف سوءتغذیه و اپیدمی‌ها انجام دهند (U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 128, 2003, Para.5). لذا یکی از طرق کاهش مرگ و میر و افزایش امید به زندگی تحقق حق سلامت است. گزارشگر ویژه در مورد تعهدات حقوق بشر در رابطه با بهره‌مندی از محیطی امن، پاک، سالم و پایدار، نیز در تحلیلی جالب در بند 62 گزارش خود ارائه می‌دهد. به نظر وی حتی اگر حق سلامت مشروط به منابع موجود باشد، برخی از تعهدات خاص ناشی از این حق، مانند عدم تبعیض و عدم رجعت، اثر فوری دارند (A/HRC/41/34, Para.22,23). به عبارتی برداشتن گام‌های عملی (تعهد فوری) و دستیابی به بهره‌مندی کامل و مؤثر حق سلامت (تعهدی تدریجی و مستمر) است (E/CN.4/2003/58, 2003: para.27). در سال 2017 دادگاه عالی مکزیک به این نتیجه رسید که دولت در استفاده از حداکثر منابع موجود، برای جلوگیری و کنترل فرآیندهای تخریب آب، شکست خورده است. در نتیجه، دولت حق برخورداری از سلامتی را نقض کرده بود. گزارشگر ویژه در خصوص حق هر کس برای لذت بردن از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی در بند 52 گزارش سال 2016 خود مقرر داشته برخی ابعاد حق سلامت مانند منع تبعیض ماهیت فوری دارند و برای دستیابی به برابری ماهوی، دولت‌ها باید با تدوین قوانین و سیاست‌های جامع و همچنین اقدامات مثبت زمینه را برای کاهش یا از بین بردن شرایطی که موجب تبعیض می‌شود،

¹-Imprescriptible.

²-Intrinsic.

³-Universal.



اتخاذ کنند تا شرایطی را که موجب تبعیض می‌شود، کاهش یا از بین ببرند (A/HRC/32/32, 2016, Para.52). لذا برخی تعهدات حق سلامت ماهیتی شبیه به نسل اول حقوق بشر بوده و همان‌طور که گزارشگر ویژه حق دستیابی به بالاترین استانداردهای سلامتی در گزارش سال 2017 اشاره کرده است حق بر سلامت شامل تعهدات و الزامات فوری همانند حقوق نسل اول بشر بوده و نیازمند اتخاذ اقدامات عملی، مشخص و هدفمند برای تحقق تدریجی حق سلامت می‌باشد (A/HRC/35/21, 2017, Para.35) در واقع «تعهدات اصلی» حق سلامت مشمول تحقق تدریجی نیستند و برخی تعهدات مانند (الف) طرح جامع ملی برای حق بر سلامت؛ (ب) دسترسی بدون تبعیض به بهداشت و سایر خدمات مرتبط؛ (ج) توزیع عادلانه بهداشت و سایر تسهیلات برای حق بر سلامت؛ و (د) دسترسی به حداقل خدمات مرتبط با سلامت همانند نسل اول حقوق بشر اثر فوری دارند (A/HRC/7/11, Para.52). علاوه بر این حق بر سلامت دارای آستانه حداقلی است که تحقق این حداقل‌ها همانند حقوق نسل اول، مستلزم تحقق فوری می‌باشد. تعهد دولت‌ها در قبال این حداقل‌ها از نوع تعهد به نتیجه فوری است. بنابراین دولت‌ها متعهدند تا از حداکثر منابع و ظرفیت‌های موجود برای تحقق حق بر سلامتی افراد به دور از هرگونه تبعیض استفاده کنند (زمانه قدیم و خسروی، 1399: 243).

2-3 رابطه حق سلامت با نسل دوم حقوق بشر

حق سلامت علاوه بر اینکه خود از حقوق اقتصادی-اجتماعی و در نسل دوم حقوق بشر قرار دارد (آل‌کجیاف، 1392: 139) بلکه خود از حقوق توانمندساز و تقویت‌کننده سایر حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی به‌شمار می‌رود. اما این ارتباط یک‌سویه نبوده و سایر حقوق بشر هم بر حق سلامت تأثیرگذار هستند. به عبارتی حمایت و ارتقاء سلامت و تعمیم خدمات درمانی منوط به تحقق پیش شرط‌های بنیادین و سازنده سلامتی از جمله آموزش، مسکن، غذا و اشتغال است (جاوید و نیاورانی، 1401: 343). حق سلامت تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست تمیز را در برمی‌گیرد (عباسی، رضایی، دهقانی، 1393: 199-183). سازمان ملل متحد در نظر کلی شماره 14 خود اظهار می‌دارد که سلامت محصول احترام به بسیاری از حقوق بشر از جمله «حق غذا، مسکن، کار، تحصیل، کرامت انسانی، عدم تبعیض، برابری، ممنوعیت شکنجه، حریم خصوصی، دسترسی به اطلاعات، آزادی انجمن، تجمع و حرکت می‌باشد (A/60/348, 2005). آنانند گروور در گزارش سال 2012 خود در ارتباط با رابطه مستقیم حق بر سلامت و حق بر شغل مقرر می‌دارد: حق برخورداری از بهداشت حرفه‌ای (شغلی) یک امر جدایی‌ناپذیر از حق سلامت است (Human Rights Council, 2017, Para.6). حق سلامت با حق بر غذای ایمن و کافی نیز در ارتباط است. آنانند گروور گزارشگر ویژه حق بر سلامت در بند اول گزارش سال 2019 مقرر داشته حق سلامت عرضه غذای ایمن و کافی در بر می‌گیرد، بلکه تحقق آن نیز به طور جدایی‌ناپذیری با تحقق حق بر غذا مرتبط است. دسترسی به غذای سالم از نظر مغذی به عنوان یک عامل تعیین‌کننده اساسی حق بر سلامتی با مفاهیم امنیت غذایی و امنیت تغذیه مرتبط است (A/74/174, 2019, Para.1). از نظر کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حق مسکن مندرج در ماده 11 میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (1966) معنایی فراتر از سقف بالای سر افراد دارد و این حق شامل "حفاظت از حق سلامت افراد در مقابل سرما و گرما" نیز هست (CESCR, General Comment No.4, E/1992/23, Para.7). این گزاره با مفهوم حقوقی اصطلاح حق بر مسکن "کافی" و "مناسب"¹ پشتیبانی می‌شود (Terminski, 2011: 238) کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، در 13 دسامبر 1991 در نظر عمومی شماره 4 خود زیست‌پذیری² را یکی از فاکتورهای مسکن کافی معرفی نمود که به حفاظت از ساکنان در برابر سرما، رطوبت، گرما، باران، باد یا سایر تهدیدات مربوط به سلامتی شناسایی و معرفی کرد (CESCR, General Comment No.4, Contained in Document E/1992/23, at Paras 8(d)). حق سلامت با حق آموزش نیز رابطه دو طرفه دارد. از یک‌سو بدون حق سلامت حق آموزش محقق نمی‌شود از سوی دیگر آموزش وسیله‌ای برای تحقق حق سلامت است. یونسکو در سال 1949 به سازمان بهداشت جهانی پیوست تا شورای سازمان‌های بین‌المللی علوم پزشکی³ را ایجاد کند که از توسعه برنامه‌ها و روش‌های آموزش سلامت و بهداشت در مدارس حمایت کند (Gellhorn, Fülöp and Bankowski, 1977: 23). تاکید مجدد سازمان بهداشت جهانی بر حق بر سلامت در اعلامیه آما آتا در سال 1978، پیامدهای آموزش حقوق بشر برای تحقق مراقبت‌های بهداشتی را بیش از پیش نمایان ساخت. از این‌رو با عنایت به اهمیت و جایگاه آموزش در نظام بین‌الملل حقوق بشر می‌توان چنین اذعان نمود که بهره‌مندی از سایر حقوق بنیادین بشری نظیر حق بر سلامت و بهداشت عمومی در برخورداری از آموزش حقوق بشر امکان‌پذیر خواهد بود (تفقدی‌زارع، 1399: 205-210).

1. The Right to Adequate Housing.

2. Habitability.

3. The Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS).



بشر، اساسی‌ترین هدف آموزش را نیل به سلامت و بهداشت عمومی می‌داند (Singer, 1997: 11) تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی همانند هر حق بشری دیگر دارای سه بُعد تعهد به احترام، تعهد به حمایت و تعهد به تضمین است (Eide, 1995: 79) کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در نظر کلی شماره 14 خود، با استفاده از این الگوی سه بعدی رایج، به تبیین تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامتی می‌پردازد. دولت‌ها برای تأمین 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 (عباسی، رضایی، دهقانی، 1393: 199-183). دولت‌ها طبق حقوق بین‌الملل متعهد می‌باشند با بکارگیری حداکثر امکانات موجود خود، خدمات و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی را توسعه داده و پوشش‌های لازم را برای همه اقشار جامعه بدون توجه به شغل و درآمد آن‌ها فراهم آورند (جاوید و نیاورانی، 1401: 343). حق برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامت یک هدف دوردست ولی دست‌یافتنی و مستلزم پیش شرط‌های تقنینی، قضایی و اجرایی است (سیدموسوی و اصلانی، 1399: 74). اقدامات تقنینی بیانگر تعهد به احترام، اقدامات اجرایی بیانگر تعهد به حمایت و اقدامات قضایی بیانگر تعهد به تضمین و مسئولیت‌پذیری دولت‌ها است. مسئولیت‌پذیری (پاسخگویی) دولت‌ها را ملزم می‌کند تا نحوه انجام تعهدات خود را در قبال حق سلامت نشان دهند و یا چرایی عدم توفیق تحقق حق سلامت را توجیه کنند (A/HRC/20/15, Para.49) مسئولیت‌پذیری (پاسخگویی) ممکن است دارای هر دو مؤلفه آینده‌نگر و گذشته‌نگر باشد. مسئولیت‌پذیری آینده‌نگر به این معنی است که دولت باید همیشه بتواند نحوه انجام تعهدات خود را در قبال حق سلامت نشان دهد. پاسخگویی گذشته‌نگر بر رسیدگی مناسب به تخلفات قبلی نقض حق سلامت تمرکز دارد. نقض حق بر سلامتی باید از طرق جبران موثر برطرف شود (A/HRC/20/15, Para.51).

3-3 رابطه حق سلامت با نسل سوم حقوق بشر

هنگامی که منشور بین‌المللی حقوق بشر به تصویب رسید، تدوین کنندگان آن‌ها آگاهی محدودی از نسل سوم حقوق بشر داشتند؛ لذا حقوق سبز صراحتاً در منشور بین‌المللی حقوق بشر مورد توجه قرار نگرفته است. اما در دهه‌های بعد، دولت‌ها و نهادهای بین‌المللی، به این نتیجه رسیدند که بهره‌مندی کامل از حقوق بشر به حقوق سبز یا حقوق همبستگی نیز بستگی دارد (OHCHR, 2009: 11) که خود ارتباط تنگاتنگی با حق سلامت دارند. حقوق همبستگی یا نسل سوم حقوق بشر مستلزم تلاش و همکاری تمام کشورهای دنیاست و از همین روست که نام همبستگی به حق شایسته‌ترین نام برای این حقوق می‌باشد (میرزاده و سپهری‌فر، 1392: 45-37). حق سلامت با نسل سوم حقوق بشر از چند جهت در ارتباط است از یک‌سو تشدید تغییرات اقلیمی، تخریب محیط‌زیست و پاندمی‌ها اثرات مخربی بر حق بر سلامت و بر محیط زیست سالم دارد (A/62/214, para.100, A/HRC/44/48, 2020, Para: 13). پیش‌بینی می‌شود که تغییرات اقلیمی ناشی از انتشار گازهای گلخانه‌ای بر وضعیت سلامتی میلیون‌ها نفر از طریق افزایش سوتغذیه، افزایش بیماری‌های اسهالی، قلبی تنفسی و عفونی و آسیب‌دیدگی به دلیل حوادث شدید آب و هوایی تأثیر بگذارد (IPCC AR4 Synthesis: 48؛ A/HRC/10/61, 2009, Para 47) نزدیک به 2.7 میلیارد نفر در کشورهای در حال توسعه، به ویژه در مناطق روستایی، در معرض هوای آلوده قرار دارند (A/RES/73/236, 15 January 2019, Para 6) آلودگی هوا - یکی از بزرگترین خطرات برای سلامتی - به تنهایی باعث مرگ هفت میلیون نفر در سال می‌شود (A/72/15, 18 April 2019, Para 6) از سوی دیگر قرار گرفتن حق سلامت در اهداف توسعه هزاره نشان داد که حق سلامت با حقوق سبز مستقیماً در ارتباط است (A/59/422. 2004, Para.11). از هشت هدف اهداف توسعه هزاره، چهار هدف مستقیماً با سلامتی مرتبط هستند:

- کاهش مرگ و میر کودکان (هدف 4)؛

- بهبود سلامت مادران (هدف 5)؛

- مبارزه با HIV/AIDS، مالاریا و سایر بیماری‌ها (هدف 6)؛

- اطمینان از پایداری زیست محیطی و دسترسی پایدار به آب آشامیدنی سالم (هدف 7).

تصویب دستور کار توسعه پس از 2015 و اهداف توسعه پایدار (SDGs) توسط سازمان ملل متحد در سال 2015 سطح جدیدی از آرمان‌های بشری برای توسعه را رقم زد. این سند به خوبی نشان داد که پایداری توسعه جز با سلامتی افراد میسر نخواهد شد. در اهداف توسعه پایدار (SDGs) مجدداً بر تأمین زندگی سالم (آرمان 3) و دسترسی به بهداشت برای همه (آرمان 6) تأکید گردید. این اهداف پس بحث و بررسی‌های متعدد در نهایت با عنوان دگرگونی و تحول در جهان ما: دستور کار 2030 برای توسعه پایدار منعکس گردید.

در واقع همان‌طور که گزارشگر ویژه حق بر سلامت در بند 11 گزارش خود اشاره کرده است بدون تحقق حق بر سلامت و وجود سیستم‌های بهداشتی کارآمد که برای همه قابل دسترسی باشد، اهداف توسعه هزاره (یا اهداف توسعه پایدار) قابل دستیابی نخواهند بود (E/CN.4/2006/48, 2006, Para.11). همچنین همان‌طور که بند 49 گزارش گزارشگر حق سلامت



مقرر داشته حق بر سلامتی نیازمند پاسخگویی است. پاسخ به حق بر سلامتی خود منوط به همبستگی بین‌المللی است (E/CN.4/2004/49, 2004, para.44). بند یک ماده 2 میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی با مقرر کردن الزام به همکاری و تعاون بین‌المللی به حق سلامت ماهیتی همانند حقوق نسل سوم بخشیده است (E/CN.4/2005/51, 2005, Para.65). پل‌هانت گزارشگر ویژه در بند 59 گزارش خود مقرر می‌دارد: دولت‌ها مطابق بند 1 ماده 2 میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و ماده 4 کنوانسیون حقوق کودک ناشی متعهد به همکاری بین‌المللی در جهت تحقق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از جمله حق سلامت هستند.

این مسئولیت که به ویژه بر دوش کشور های توسعه‌یافته است، در چارچوب تعهداتی که در کنفرانس‌های جهانی اخیر، از جمله اجلاس سران هزاره، و اهداف توسعه هزاره 8 (A/59/422) بر آن تاکید شده است، ایجاد شده است (A/60/348, 2005, para.59). به عبارتی کشورهای توسعه‌یافته باید از تلاش‌های کشورهای در حال توسعه برای کاهش میزان مرگ و میر حمایت کنند. این مسئولیت در هدف هشتم توسعه هزاره، که تعهدی جهانی برای توسعه است، منعکس شده است (A/61/338, 2006, paras.19,20). همچنین وجود بیماری‌های جهان‌گیر لزوم همبستگی بین‌المللی را الزامی می‌سازد این موضوع در بیانیه آقای آناند گروور گزارشگر ویژه در مورد حق همگان برای برخورداری از بالاترین استاندارد قابل دستیابی سلامت جسمی و روانی در نشست سطح عالی مجمع عمومی سازمان ملل برای انجام بررسی و ارزیابی جامع در مورد پیشگیری و کنترل بیماری‌ها 11 جولای 2014 بخوبی منعکس شده است (Statement by Mr Anand Grover, 2014). پاندمی (همه‌گیری) و شیوع جهانی برخی بیماری‌ها نشان داد حق سلامت و مواجهه با ویروس‌های عالمگیری همچون کرونا امری فردی محسوب نمی‌شود و به‌طور انفرادی نمی‌توان از چنین بلای بزرگی نجات یافت. گریز از چنین بحران‌هایی که به موقعیت شبه جنگی تشبیه می‌شود، علاوه بر همبستگی ملی به همبستگی بین‌المللی نیز نیاز دارد، لذا حق سلامت در پرتو حقوق همبستگی هم قابل بررسی است. دولت‌ها بر اساس تعهدات حقوق بشری خود در شرایط شیوع بیماری و اگیردار، مسئول ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هستند و ارائه این خدمات، نه تنها محدود به شهروندان یک دولت نیست بلکه تعهد به همکاری‌های بین‌المللی به مثابه سازوکاری تکمیلی جهت توانمندسازی و بالا بردن ظرفیت‌های جهانی در جهت مقابله با بیماری و اگیردار، برای تمامی دولت‌ها وجود خواهد داشت (جوان‌آراسته و رحمانی، 1399: 1)، واکاوی فقهی-حقوقی «حق بر سلامت» و «مسئولیت دولت» در شرایط شیوع بیماری کرونا، مجله علمی - پژوهشی فقه پزشکی، دوره 12 شماره 42: 1-16). در رابطه با ماهیت ارتباط حق سلامت و حقوق سبز سه رویکرد قابل بررسی است. این رویکردها قابلیت همزیستی دارند و یکدیگر را نفی نمی‌کنند. مطابق رویکرد اول شرط لازم برای بهره‌مندی از حق سلامت دستیابی به محیط زیست سالم می‌باشد. این رویکرد بر این واقعیت تأکید می‌کند که زندگی شایسته و توأم با کرامت انسانی تنها در محیط زیست سالم امکان‌پذیر است. پیشینه چنین رویکردی حداقل از اولین کنفرانس بین‌المللی درباره محیط زیست انسانی که در سال 1972 در استکهلم برگزار شد، مشهود بوده است. مطابق اصل اول اعلامیه استکهلم انسان حقوقی بنیادی نسبت به آزادی، مساوات و شرایط مناسب زندگی در محیطی که به او اجازه زندگی با وقار و سعادت‌مندان را می‌دهد، دارد. مجمع عمومی سازمان ملل متحد در قطعنامه 94/45 ادبیات بکاربرده شده در اعلامیه استکهلم را مجدداً مورد تأکید قرار داده و بیان می‌دارد که همه افراد حق دارند در محیطی مناسب، سالم و در رفاه زندگی کنند. رویکرد دوم اظهار می‌دارد که حق سلامت ابزاری برای پرداختن به مسائل زیست محیطی و سایر حقوق سبز است (OHCHR 2011 Report, UN Doc.A/HRC/19/34, 16 Dec. 2011, at Para. II) در چنین نگرشی رابطه بین حق سلامت و تغییرات اقلیمی یک ارتباط دوسویه است. به همین خاطر دولت‌ها بر اساس تعهدات "فرامرزی" یا «ای.تی.او 1» و «تعهدات اساسی» ملزم هستند تا با اتخاذ سیاست‌های موثر از حق سلامت در برابر آسیب‌های زیست محیطی محافظت کنند. رویکرد سوم ارتباط حق سلامت و حقوق سبز را تحت مفهوم توسعه پایدار بررسی می‌کند. بر این اساس، اولاً تحقق حق سلامت از شاخص‌ها، اهداف و آرمان‌های توسعه بشمار می‌رود و دوماً توسعه پایدار به عنوان مسیر استفاده از منابع طبیعی موجود، ارتقا توسعه اقتصادی، حفاظت از محیط زیست برای نسل حاضر و نسل‌های آینده است و ارائه‌کننده بهترین راه استفاده از توسعه برای بهبود و ارتقاء حقوق بشر از جمله حق سلامت، اساسی است (Giorgetta,2002:174)

بحث و نتیجه‌گیری

پل‌هانت گزارشگر ویژه حق سلامت همان‌طور که در بند 22 گزارش مقدماتی خود اشاره می‌کند حق بر سلامت با تکیه بر هنجارها و مفاهیم موجود مانند تعهدات فوری، کمک و همکاری بین‌المللی باید در نظر گرفته شود. تعهدات فوری ادبیات مربوط به حقوق نسل اول حقوق بشر و همکاری بین‌المللی از تعهدات مربوط به نسل سوم حقوق بشر است. این پیوند حق سلامت به عنوان یک حق موقوم از نسل دوم حقوق بشر با سایر نسل‌های حقوق بشری بیانگر چند نکته اساسی

¹ - Extraterritorial State Obligations (ETOs).



است. اولاً اگرچه تحقق حق سلامت یک تعهد تدریجی و منوط به دسترس بودن منابع است اما باید توجه داشت که برخی تعهدات حق سلامت مانند عدم تبعیض در اختصاص مراقبت‌های بهداشتی، همانند نسل اول حقوق بشر اثر فوری دارند. به عبارتی اقدامات دولت‌ها در زمینه حق سلامت باید روبه‌جلو، پیش‌رونده صعودی باشد و نباید دچار سیر قهقراپی شود. دوم اینکه اشاره به همکاری بین‌المللی در نظرات کلی کمیته‌های حقوق بشری از جمله توصیه کلی 24 کمیته رفع تبعیض علیه زنان (1999)، نظرات عمومی شماره 14 (2000) و شماره 22 (2016) کمیته اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و نظر عمومی شماره 15 کمیته حقوق کودک (2015)، همچنین گزارش‌های گزارشگران ویژه سازمان ملل در مورد حق بر سلامتی نشان می‌دهد که برخی ابعاد حق سلامت، ماهیتی همچون حقوق نسل سوم دارند. لذا جامعه جهانی به «تعهدات سیاسی جسورانه، پاسخ‌های سیاسی فوری و اقدامات اصلاحی فوری» در مورد حق سلامت نیاز دارد. ارتباط و پیوند حق سلامت با سایر نسل‌های حقوق بشری بیانگر تفکیک‌ناپذیری و وابستگی متقابل حقوق بشر است. تفکیک‌ناپذیری و وابستگی متقابل حقوق بشر، از اصول اصلی رویکرد ملل متحد نسبت به حقوق بشر است. برای مثال، مجمع عمومی در اعلامیه حق توسعه (1986) این نظر را تأیید کرده است که به‌رمانندی کامل از یک دسته حقوق، بستگی به تحقق دیگر حقوق دارد. اعلامیه کنفرانس 1993 وین نیز تمام حقوق بشر را غیرقابل تقسیم و وابسته و مرتبط به یکدیگر دانسته و اعلام می‌کند که جامعه بین‌المللی باید با حقوق بشر به صورت عادلانه و برابر و با تأکید یکسان برخورد نماید.

منابع و ماخذ

1. آل‌کجیاف، حسین (1392)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر. *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، 7 (24): 170-139.
2. ابراهیمی، زهرا (1400)، *حق سلامت کودک در نظام بین‌المللی حقوق بشر*، تهران: متخصصان، چاپ: 1.
3. تقدی زارع، سمیه (1397)، بررسی ابعاد حقوقی حق بر سلامت در حقوق بشر، *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، 2 (3): 205-210.
4. تیموری، مهرداد، بیگی، جمال و احدی، فاطمه (1400)، حبس‌زدایی سلامت‌محور؛ برآیند سلامت و عدالت در رویکرد نظام حقوقی ایران و اسناد بین‌المللی حقوق بشر، *فصل‌نامه مطالعات بین‌المللی*، 18 (71): 95-120.
5. جاوید، احسان، نیاورانی، صابر (1401)، تعهد دولت‌ها به تضمین حق برخورداری از خدمات و مراقبت‌های درمانی در حقوق بین‌الملل در پرتو طرح تحول نظام سلامت، *مجله تحقیقات حقوقی*، شماره 97: 343-368.
6. جوان‌آراسته، حسین، رحمانی سمیه (1399)، واکاوی فقهی-حقوقی «حق بر سلامت» و «مسئولیت دولت» در شرایط شیوع بیماری کرونا، *مجله علمی-پژوهشی فقه پزشکی*، دوره 12 (42): 1-16.
7. حبیب‌نژاد، سید احمد، سعید، سیده‌زهره (1396)، لزوم گذار از «تعهد به وسیله» به «تعهد به نتیجه» در تفسیر تعهدات دولت در اصل سوم قانون اساسی، *حقوق اسلامی*، 14 (53): 59-84.
8. رضایی‌زاده، محمدجواد (1399)، بررسی نظام حقوقی دارویی ایران از منظر حق بر سلامت. *نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت*، 4 (2): 201-193.
9. زمانه‌قدیم، نوید؛ خسروی حسن (1399)، زیست فناوری از منظر حق بر سلامت در پرتو اسناد بین‌المللی و قوانین داخلی کشورها: چالش‌ها و راهکارها، *تحقیقات حقوقی*، 97 (2): 243-264.
10. سیدموسوی، میرسجاد (1399)، رویکردی بر نظریه: حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت، *تحقیقات حقوقی*، دوره 23، شماره 89، شماره پیاپی 89: 273-296.
11. عباسی محمود، رضایی راحله، دهقانی غزاله (1393)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران، *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی* 8 (30): 183-199.
12. عباسی، محمود؛ دهقانی، غزاله؛ رضایی، راحله (1394)، الزامات حقوقی اسناد بین‌المللی در قبال بهداشت و سلامت عمومی و چالش‌های فراوری آن، *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره 33، شماره 2: 138-146.
13. فیروزپور، کوثر (1400)، دستاوردهای حقوق بین‌الملل در تحقق حق بر سلامت کودکان ناتوان، *پژوهش‌های حقوقی*، دوره 20، شماره 1400: 325-346.
14. قلی‌زاده، حیدر، ذاکراردکانی محمد (1400)، مطالعه تطبیقی حق به‌رمانندی از بهداشت و سلامت در حقوق ایران، اسناد بین‌المللی و رویه قضایی دیوان اروپایی حقوق بشر، *مطالعات حقوق بشر اسلامی*، سال دهم، 2 (21): 79-100.
15. کوبکی‌سقی، فاطمه (1399)، حق سلامت کودکان در ایران؛ پیاده‌سازی قوانین بین‌المللی، *اخلاق و تاریخ پزشکی ایران*، 13: 403-417.
16. میرزاده، نادر، سپهری‌فر، سیما (1392)، «تعامل حق بر محیط زیست سالم و حق بر بهداشت»، *فصلنامه مطالعات اسلامی*، 4 (2): 70-37.
17. وکیل، امیرسعاد و پوریا عسکری (1391)، *قانون اساسی در نظم کنونی*، چ4، تهران: انتشارات مجد.
18. Eide, A. (1995), *Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights*. In A. Eide et al. (Ed.), *Economic, Social, and Cultural Rights: A Textbook*. M. Nijhoff Publishers.



19. Shue, Henry, (1996), *Basic Rights: Subsistence, Affluence, and US Foreign Policy*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
20. Donnelly, Jack, (2003), *Universal Human Rights in Theory and Practice*, Cornell University Press, Ithaca.
21. Craven, Matthew, (1995), *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: a Perspective on its Development*, Clarendon Press, Oxford.
22. Bustreo F., Hunt P., Gruskin S., et al. *Women's and children's health: Evidence of impact of human rights*, Geneva: WHO; 2013. P.20.
23. Meier B. (2010), "Global health governance and the contentious politics of human rights: Mainstreaming the right to health for public health advancement," *Stanford Journal on International Law*, 46 (1):1-50.
24. Wong, A., & Sohal, A. S. (2003), Service quality and customer loyalty perspectives on two levels of retail relationships, *Journal of Services Marketing*, 17(5), 495-513.
25. Pradhan M, Saadah F, Sparrow R.(2007), Did the health card program ensure access to medical care for the poor during Indonesia's economic crisis?, *The World Bank Economic Review*, 21: 125-50.
26. Ford, R C, Bach, S A, Fottler M D (1997), *Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations*, *Health Care Manage Rev*, 22 (2): 74-89.
27. Mann J., Gostin L., Gruskin S., et al.(1994), "Health and human rights," Health and Human Right, *An International Journal*, 1(1):19.
28. Giorgetta, S.(2002), The Right to a Healthy Environment, Human Rights and Sustainable Development. International Environmental Agreements: Politics, *Law and Economics*, 2(1), 171-192.
29. Gellhorn, T. Fülöp, and Z. Bankowski (1977), "Health needs of society: a challenge for medical education, 10th CIOMS Round Table Conference, Ulm, *Federal Republic of Germany*, 6-10 July, 1976." (Geneva: World Health Organization.
30. Singer, Michael (1997), The Future of International Human Rights, Washington, *Internatinal Rule of Law*.
31. Minkler Lanse & Shawna Sweeney (2011), On the Indivisibility and Interdependence of Basic Rights Developing Countries, *Human Rights Quarterly*, 33: 351-396.
32. Degener, T (2017). '10 Years of Convention on the Rights of Persons with Disabilities', *Netherlands Quarterly of Human Rights*, 35(3):152-157.
33. Bartlett, P. (2012). 'The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law', *Modern Law Review*, 75(5): 752-778.
34. Human Rights Council, The right to a clean, healthy and sustainable environment: non-toxic environment, Report of the Special Rapporteur on the issue of human rights obligations relating to the enjoyment of a safe, Clean, healthy and sustainable environment, A/HRC/49/53, 2022.
35. The three objectives of the Special Rapporteur's mandate: to promote the right to health as a fundamental human right; to clarify the contours and content of the right to health; and to identify good practices for the operationalization of the right to health at the community, national and international levels (2003) - Annual report to the Human Rights Council, E/CN.4/2003/58, 2003.
36. Human Rights Council, Forty-fourth session, 15 June-3 July 2020, Agenda item 3, Promotion and Protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development, Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
37. Special Rapporteur on the Right to Health (2004). Health-related Millennium Development Goals; right to health for indigenous peoples; right to health, child survival and indicators (2004) - Annual report to the UN General Assembly, A/59/422.
38. Special Rapporteur on the Right to Health (2004), Sexual and reproductive health and rights; the link between poverty and health; neglected diseases; and violence prevention (2004) - Annual report to the Human Rights Council, E/CN.4/2004/49.
39. Special Rapporteur on the Right to Health(2007), Prioritization of health interventions and respect for human rights; impact assessments; and water and sanitation and the right to health (2007) - Annual report to the UN General Assembly, A/62/214.
40. Special Rapporteur on the Right to Health (2005), Persons with mental disabilities – Annual report to the Human Rights Council (E/CN.4/2005/51) (2005).
41. Special Rapporteur on the Right to Health(2006), The progress made in reaching the three objectives of



- the Rapporteur's mandate and a human rights-based approach to health indicators (2006) - Annual report to the Human Rights Council, E/CN.4/2006/48.
42. Special Rapporteur on the Right to Health (2006), Access to medicines and the reduction of maternal mortality (2006) - Annual report to the UN General Assembly, A/61/338.
 43. OHCHR, Analytical Study on the Relationship Between Human Rights and the Environment (hereafter 'OHCHR 2011 Report'), UN Doc. A/HRC/19/34, 16 Dec. 2011, at Para.2.
 44. UN Committee on the Rights of the Child (CRC), General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), 17 April 2013, CRC/C/GC/15, available at: <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html> [accessed 11 February 2023].
 45. Human Rights Council(2017), Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to
 46. the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A/HRC/35/21, Human Rights Council, Thirty-fifth session, 6-23 June 2017, Agenda item 3.
 47. UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Anand Grover, 10 April 2012, A/HRC/20/15, available at: <https://www.refworld.org/docid/500803192.html> [accessed 16 February 2023].
 48. General Assembly (2019)Seventy-fourth session, Item 72 (b) of the preliminary list, Promotion and protection of human rights: human rights questions, including alternative approaches for improving the effective enjoyment of human rights and fundamental FreedomsRight of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A/74/174.
 49. Statement by Mr Anand Grover (2014), Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health High-Level Meeting of the UN General Assembly to undertake comprehensive review and assessment, On the prevention and control of NCDs, 10- 11 July 2014, New York
 50. UN General Assembly. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt. 2005. 12 September. A/60/348.
 51. IPCC (2007), Climate Change 2007: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Core Writing Team, Pachauri, R.K and Reisinger, A. (eds.)]. IPCC, Geneva, Switzerland, 104 pp
 52. A/72/15, Health, environment and climate change, Draft WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and well-being sustainably through healthy environments, 18 April 2019.
 53. A/RES/73/236, Ensuring access to affordable, reliable, sustainable and modern energy for all,20 December 2018.
 54. OHCHR, Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on the Relationship Between Climate Change and Human Rights, A/HRC/10/61(2009) [hereinafter "OHCHR Report].
 55. CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health), Adopted at the Twentieth Session of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, in 1999(Contained in Document A/54/38/Rev.1, chap. I).
 56. Committee on the Rights of the Child, General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24).



The Relationship Between the Right to Health and Other Generations of Human Rights: an Analysis of the Inseparability and Interdependence of Human Rights

Ehsan Javed

Assistant Professor, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Maragheh Branch, Iran

e.javid897@gmail.com

Ibrahim Akbarian

PhD student of Theology and Islamic Studies (Jurisprudence and Fundamentals of Islamic Law), Islamic Azad University, Semnan Branch, Iran.

e.akbarian.p@gmail.com

Hassan Mahmoudi

PhD Student in International Law, Islamic Azad University, Maragheh Branch, Iran.

hasan0142hp@Gmail.com

Abstract

Karl Vasak's division of human rights into blue rights (first generation), red rights (second generation) and green rights (third generation) follow the three code words of the French Revolution, namely freedom, equality and fraternity. According to the theory of generations of human rights, in which category of generations of human rights the right to health should be placed, in the obligations of the government in terms of the type of obligation (negative and positive), in terms of the hierarchy of obligations (obligation to observe, obligation to support and obligation to fulfill) And in terms of the nature of the commitment (by means or commitment to the result) and the time of implementation of the commitment (immediate and gradual), it has a great impact. Contrary to the conventional opinion that considers the right to health as a socio-economic right of the second generation of human rights, it should be said that according to the view of human rights committees, the right to health has a multidimensional nature. According to the rule of obligatory and necessary prelude, the right to health as a prelude to the right to life is one of the blue rights, due to the high cost and the necessity of government intervention in its realization of the red rights, and because of the need to use international resources and capacities for its realization and close communication. With a healthy environment, it is considered green rights or solidarity rights. The results of the research show that the full benefit of one category of rights depends on the realization of other rights. The findings of the research show that all human rights are indivisible, dependent and related to each other, so the international community should deal with human rights in a fair and equal manner and with the same emphasis.

Keywords: Human Rights, Karl Vasak, Right to Health, Obligation to Guarantee, Generations of Human Rights, States Obligations.