

## قلمرو حق سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر

احسان جاوید\* - صابر نیاورانی\*\*

(تاریخ دریافت: ۹۱/۱۰/۸ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۹)

### چکیده

«حق بهره‌مندی از عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی» به عنوان حقی بنیادین توصیف می‌شود که برای تحقق و بهره‌مندی از سایر حق‌ها و آزادی‌ها از اهمیت بسیاری برخوردار است. هرچند این حق به لحاظ محتوا، به نسل دوم حقوق بشر تعلق دارد، لیکن ارتباطی نزدیک با سایر نسل‌های حقوق بشری دارد. حق بر سلامتی، طیف وسیعی از حق‌ها را گرد هم آورده است که هر کدام نقشی انکارناپذیر در تحقق آن ایفا می‌کنند. براین اساس، برخورداری از آب آشامیدنی سالم، غذای کافی و مقوی، محیط زیست پاک و... مقوم ذات سلامتی انسان به شمار می‌روند. در کنار این مسئله، برخورداری از حق حیات بدون برخورداری از سلامتی جسم و روان بی معنا خواهد بود. همین واقعیت شاهدهی براین مدعاست که «کلیه‌ی مصادیق حقوق بشر، متقابلاً به هم وابسته، غیرقابل تفکیک از هم و مرتبط به هم می‌باشند». تحقق عالی‌ترین استاندارد مورد نظر ماده‌ی ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در پرتو به کارگیری حداکثر امکانات اقتصادی و فنی و طی روندی ضرورتاً تدریجی الحصول، رنگ واقعیت به خود خواهد گرفت. از این رو میزان تحقق و بهره‌مندی از این حق، رابطه‌ای مستقیم با سطح رشد و توسعه یافتگی اقتصادی و اجتماعی یک کشور دارد. میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی با علم به این واقعیت، از دولت‌های عضو می‌خواهد تا با بهره‌گیری از همکاری‌های بین‌المللی اقتصادی و فنی با یکدیگر، ظرفیت‌ها و قابلیت‌های خود را جهت ارتقا میزان بهره‌مندی از این حق افزایش دهند.

واژگان کلیدی: نظام بین‌المللی حقوق بشر، حق بر سلامتی، میثاق، توسعه‌ی اقتصادی، همکاری بین‌المللی.

\* دانشجوی دکترای حقوق بین‌الملل عمومی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران  
Email: e.javid897@gmail.com

\*\* عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران  
Email: sabberniavarani@gmail.com

## مقدمه

نظام حقوق بشر در تحلیلی نهایی به مقوله‌ای واحد به نام "حیات" بشری می‌رسد. حیات انسان ارزشمندترین دارایی اوست و طبیعتاً صیانت از این دارایی بی‌همتا، یکی از ضروریاتی است که در عین حال مسائل گسترده‌ای را به هم پیوند زده است. یکی از این موضوعات که با حیات انسان، انس و الفتی دیرین گزیده است، مسئله‌ی سلامتی اوست. سلامتی انسان یکی از لوازم اولیه‌ی برخورداری از حیاتی شرافتمندانه محسوب می‌شود و در عین این که برای بهره‌مندی از دیگر حق‌ها و آزادی‌ها 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 از سیستم بهداشت عمومی و مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی اولیه، ارائه‌ی پوشش‌های بیمه‌ای دولتی، خصوصی یا مختلط و دسترسی به داروهای اساسی، به اتفاق، مقوم 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 اول» قرار دارد و از سویی دیگر با حق بهداشت و تأمین اجتماعی «نسل دوم» گره خورده است. علاوه بر این، حق بر محیط زیست سالم که در نسل سوم حقوق بشر قرار دارد نیز از سرچشمه‌ی حق بر سلامتی سیراب می‌شود» (زمانی، ۱۳۸۵، ص ۳۰). بنابراین حق بر سلامتی را می‌توان چونان یکی از حقوق بنیادین قلمداد کرد که برای تحقق و استیفای سایر حق‌ها ضرورت دارد.

از طرفی نیز میزان بهره‌مندی از حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی و به ویژه حداقل‌های بهداشتی، رابطه‌ای مستقیم با سطح توسعه‌یافتگی هر دولت دارد. از آن‌جا که تحقق این دسته از حق‌ها مستلزم صرف منابع و برنامه‌ریزی‌های راهبردی و کلان در سطح ملی است، لذا امکان تحقق آن‌ها به صورت آنی وجود ندارد و به ضرورت طی روندی تدریجی و با گذشت زمان حاصل خواهند شد. واقعیتی که بسیار واضح است، این است که همه‌ی دولت‌ها به لحاظ سطح توسعه‌یافتگی در شرایطی برابر با یکدیگر قرار ندارند و همین مسئله موجب می‌شود که توانایی و ظرفیت دولت‌ها در اجابت تعهدات ناشی میثاق نیز متفاوت باشد. با این بیان می‌خواهیم به این پرسش‌ها پاسخ دهیم که آیا ناتوانی و ضعف اقتصادی و اجتماعی یک دولت در برآورده ساختن استانداردهای موردنظر میثاق می‌تواند توجیه‌کننده‌ی قصور دولت ذریبط باشد؟ و این که

چه راهکارهای مؤثری در حقوق بین‌الملل برای توانمندسازی دولت‌های ناتوان جهت اجرا و تحقق این استانداردها وجود دارد؟

### الف) مبانی توجیهی و مفهومی حق سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر

در این قسمت تلاش می‌شود تا به اجمال بر خورداری 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<sup>۱</sup> باشند، ارزش‌هایی اخلاقی<sup>۲</sup> 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 مقوم 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 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»<sup>۳</sup> و «حق بر سالم بودن»<sup>۴</sup>. حق بر سلامتی به معنای حق بر سالم بودن نیست. سالم بودن به فقدان بیماری دلالت دارد،

1. Legal Rights.
2. Moral Values.
3. Right to Health.
4. Right to be Healthy.

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: 8-9). 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 می‌باشند (Commission on Human Rights, Res, 2002/31, para: 20). 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 بیست و یکم»<sup>۱</sup> 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 بند ۱ 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. میثاق در ماده‌ی ۱۲ خود به موضوع حق بر سلامتی می‌پردازد و اشعار می‌دارد که:

« ۱- کشورهای عضو این میثاق حق هر فرد را به بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح قابل حصول

سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند.

۲- اقداماتی که دولت‌های عضو این میثاق باید برای حصول کامل این حق اتخاذ کنند،

شامل اقدامات ضروری برای تأمین امور ذیل خواهد بود:

۱. این برنامه بر نیازهای اساسی بشر به مراقبت‌های بهداشتی اولیه در زمینه‌ی پیشگیری و مقابله با بیماری‌ها و درمان آن‌ها متمرکز است و اهدافی مثل آموزش درباره‌ی کنترل و پیشگیری از بیماری، تأمین غذای سالم و کافی، آب آشامیدنی سالم و بهداشتی، مراقبت‌های بهداشتی مربوط به مادران و کودکان، واکسیناسیون و ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های عفونی و واگیردار، کنترل و پیشگیری از بیماری‌های شایع بومی - محلی و تأمین داروهای اساسی را دنبال می‌کند.

الف) تقلیل میزان مرده متولد شدن نوزادان و مرگ و میر کودکان و رشد سالم آنان؛  
ب) بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات؛  
ج) پیشگیری، معالجه و کنترل بیماری‌های فراگیر، بومی، شغلی و دیگر بیماری‌ها؛  
د) ایجاد شرایط مناسب برای تأمین خدمات پزشکی در مواقع ابتلای به بیماری».  
هم‌چنین اسناد و معاهدات بین‌المللی و منطقه‌ای دیگری نیز به فراخور موضوع خود به مقوله‌ی حق بر سلامتی پرداخته‌اند.<sup>۱</sup> در کنار این مسئله باید اشاره داشت که کمیته‌ی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی به عنوان نهاد ناظر بر اجرا و تفسیر میثاق، در سال ۲۰۰۰ تفسیر عمومی شماره‌ی ۱۴ خود را در موضوع «حق بر عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی» صادر نمود:

(Committee on Economic, Social & Cultural Rights (CESCR), "The Right to the Highest Attainable Standard of Health", General Comment No.14, 2000).

قابل توجه است که در برخی موارد مفاهیم به کار رفته در اسناد بین‌المللی حقوق بشری، هم به لحاظ مفهومی و هم به لحاظ قلمرو و حوزه‌ی شمول، از شفافیت کافی برخوردار نیستند. همین مسئله می‌تواند در عمل باعث بروز مشکل و اختلاف نظر در اجرا و تفسیر در میان دولت‌های عضو شود. از این رو، تفاسیری که از سوی نهادهای نظارتی این اسناد در قالب تفاسیر عمومی<sup>۲</sup> یا ملاحظات نهایی<sup>۳</sup> صادر می‌شوند، می‌توانند به روشن شدن مفهوم هر حق و دامنه‌ی شمول تعهدات دولت‌ها در قبال آن کمک نمایند.

## ب) مؤلفه‌های بنیادین حق بر سلامتی

به طور کلی اگر بخواهیم مؤلفه‌هایی را برای حق بر سلامتی ذکر کنیم، باید 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

۱. کنوانسیون «۱۹۶۵» امحای کلیه‌ی اشکال تبعیض نژادی (بند ۴ قسمت ه ماده‌ی ۵)، کنوانسیون «۱۹۷۹» امحای کلیه‌ی اشکال تبعیض علیه زنان (بند ۲ ماده‌ی ۱۲)، کنوانسیون «۱۹۸۹» حقوق کودک (بند ۱ ماده‌ی ۲۴)، کنوانسیون «۲۰۰۶» حقوق افراد معلول (ماده‌ی ۲۵)، منشور «۱۹۹۶ اصلاحی» اجتماعی اروپائی (ماده‌ی ۱۱)، اعلامیه‌ی آمریکایی حقوق و تکالیف بشر «۱۹۴۸» (ماده‌ی ۱۱)، پروتکل الحاقی به کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر معروف به پروتکل سان سالوادور «۱۹۸۸» (ماده‌ی ۱۰) و اعلامیه‌ی حقوق بشر اسلامی «۱۹۹۰» (ماده‌ی ۱۷).

2. General Comment.

3. Concluding Observations.

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 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»<sup>۱</sup> یاد می‌کند. (CESCR, 2000, para:4; Bettcher, Yach & Guindon, 2000, pp:522-24). از جمله این بنیادها می‌توان به غذای کافی و مقوی، 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 هیچ‌کس نباید بدون رضایت خود تحت انجام آزمایش‌ها یا معالجات پزشکی اجباری قرار گیرد<sup>۲</sup> (CESCR, 2000, 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<sup>۳</sup> 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). با استناد به ماده‌ی ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی که اشاره داشته «هیچ‌کس نباید به شکنجه و رفتارها و مجازات ظالمانه و غیرانسانی محکوم شود، به ویژه این که هیچ فردی نباید بدون رضایت خود محکوم شود که تحت آزمایش علمی و پزشکی قرار گیرد»، می‌توان گفت که اقدامات یا آزمایش‌های پزشکی اجباری و تحمیلی به سان شکنجه یا دیگر رفتارهای غیرانسانی، ظالمانه و تحقیرکننده به شمار می‌روند. در نتیجه واضح است که به نام پیشرفت علم و دانش پزشکی، نمی‌توان آموزه‌های بنیادین حقوق بشری هم‌چون حیات و سلامتی انسان را (که ریشه در حیثیت ذاتی او دارند)، نادیده گرفت.

سوم؛ حق بر سلامتی شامل استحقاقات<sup>۴</sup> فردی است؛ انسان حق دارد که در محیط و جامعه‌ای سالم و امن زندگی کند، چرا که برخورداری از محیط زندگی و اجتماع سالم، لازمه‌ی رشد بالنده‌ی انسان است. دولت‌ها موظف هستند تا حد امکان محیطی سالم را فراهم

1. Underlying Determinants of Health.
2. Non-Consensual Medical Treatment
3. Clinical Trials.
4. Entitlements.

کنند تا شهروندان آن‌ها بتوانند در چنین محیطی، حیاتی همراه با سلامتی و رفاه داشته باشند. به بیان دیگر، «دولت مکلف است برای تحقق بهداشت و سلامت همگانی سیستم بهداشتی برنامه‌ریزی شده، مؤثر و یکپارچه‌ای را در سطح ملی تأسیس نماید. بنابراین در قلب حق بر بهره‌مندی از استاندارد بالای سلامتی، یک سیستم سلامتی مؤثر و یکپارچه قرار دارد که باید در برگیرنده‌ی برنامه‌های مناسب برای مراقبت‌های بهداشتی و هم‌چنین تحقق زیرساخت‌های تعیین‌کننده‌ی حق بر سلامتی باشد» (شجاع، همان، ص: ۷۶).

آقای «پل هانت»<sup>۱</sup> گزارش‌گر اسبق موضوع حق بر عالی‌ترین استاندارد سلامتی، در گزارش خود به شورای حقوق بشر اظهار داشته که «در مرکز ثقل حق بر سلامتی، سیستم بهداشتی<sup>۲</sup> مؤثر و یک‌پارچه نهفته است که متضمن مراقبت‌های بهداشتی و عناصر اصلی سلامتی است. بدون وجود چنین سیستمی، عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی محقق نخواهد شد» (Hunt, 2008, para:15). هم‌چنین سیستم بهداشت همگانی باید به گونه‌ای استقرار یابد که همگان بتوانند از فرصت‌های برابر جهت بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح سلامتی برخوردار باشند. از جمله‌ی این فرصت‌ها می‌توان به دسترسی به داروهای اساسی، خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اساسی، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها، بهداشت جنسی و بارداری، زایمان و مراقبت‌های قبل و بعد از آن<sup>۳</sup> و آموزش بهداشت فردی و جمعی اشاره کرد (Grover, op. cit, para:8).

چهارم؛ رعایت اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع مناسب و عادلانه‌ی امکانات و خدمات بهداشتی نقش مهمی در نیل به استاندارد بالاتر سلامتی دارد. اصل منع تبعیض، از اصول بنیادین در نظام بین‌المللی حقوق بشر است و همان‌گونه که در ماده‌ی ۲(۲) میثاق هم اشاره شده است، دولت‌های عضو باید حقوق مندرج در میثاق را بدون تبعیض از هر حیث برای همه تضمین کنند. در این میان برخی گروه‌ها مستحق رفتار ترجیحی نیز می‌باشند و نیازهای آنها باید مورد توجه خاص قرار گیرد از جمله زنان، کودکان، افراد سالخورده و معلولان (Forman, 2007, p:113).

#### 1. Paul Hunt.

۲. گزارش‌گر ویژه‌ی حق بر سلامتی شش عنصر اساسی (Building Blocks) را شناسایی می‌کند که در کنار هم یک سیستم بهداشتی را پایه‌ریزی می‌کنند: ۱- خدمات بهداشتی ۲- نیروی کار ۳- سیستم اطلاعات بهداشت و درمان ۴- محصولات دارویی ۵- تأمین مالی بخش بهداشت و ۶- مدیریت، راهبری و نظارت:

Paul Hunt, Report of the Special Rapporteur on the Highest Attainable Standard of Health, Human Rights Council, Res.7/11, 31 January 2008, para.68.

#### 3. Pre-Natal and Post-Natal Treatment.

پ) 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 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 و  
 اجرا (Grover, op. cit., para.10(b)). به اجمال می‌توان گفت که تعهد به رعایت و احترام به حق  
 بر سلامتی مستلزم اینست که دولت‌ها به طور مستقیم 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 و در 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؛  
 کریون، ۱۳۸۷، صص: ۱۵۸-۱۵۲). میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۱ ماده‌ی ۲  
 ماهیت کلی تعهدات دولت‌های عضو را ترسیم می‌کند:

«دولت‌های عضو میثاق متعهد می‌شوند که با سعی و اهتمام خود و از  
 طریق همکاری و تعاون بین‌المللی به ویژه در زمینه‌های اقتصادی و فنی و با  
 استفاده از حداکثر منابع موجود به منظور حصول تدریجی و اعمال کامل



حقوق شناخته شده در این میثاق با کلیه‌ی وسایل مقتضی به خصوص با اقدامات قانون‌گذاری اقدام نمایند».

بر این اساس، تحقق حق بر سلامتی در چارچوب میزان منابع در دسترس هر دولت، در داخل و استفاده‌ی حداکثری از آن‌ها می‌باشد. لذا تحقق این حق به صورت آنی امکان‌پذیر نیست، بلکه مستلزم گذشت زمان و صرف منابع است و از این‌رو است که میثاق از تحقق حق‌های اقتصادی-اجتماعی در فرآیندی تدریجی‌الوصول صحبت می‌کند. در این راستا، اتخاذ و اجرای برنامه‌های اقتصادی، مالی، قانونی، بهداشتی و درمانی و ... با توجه به ظرفیت‌های دولت‌ها و بهره‌گیری از منابع بخش خصوصی به عنوان بازوی کمکی دولت‌ها، جزو اولویت‌ها شمرده می‌شود (CESCR, 1990, para:9). همکاری و مشارکت میان بخش عمومی و خصوصی<sup>۱</sup> خصوصی<sup>۱</sup> در زمینه‌ی حقوق اقتصادی-اجتماعی بسیار حائز اهمیت است. بسیاری از دولت‌ها به دلیل ضعف زیرساخت‌های اقتصادی و عدم توسعه‌یافتگی، با چالش کمبود امکانات مواجه هستند و همین مسئله می‌تواند وضعیت حقوق اقتصادی-اجتماعی و به ویژه وضعیت بهداشت و سلامتی را در این کشورها با بحران مواجه سازد (Buse & Walt, 2000, p:553).

دولت‌های عضو میثاق متعهدند که "اقدامات لازم را به وسیله‌ی کلیه‌ی طرق مقتضی و با استفاده از حداکثر منابع موجود" خود اتخاذ کنند. کمیته در تفسیر عمومی شماره‌ی ۳: (CESCR, "The Nature of States Parties Obligations", General Comment No.3, Art.2(1), 14 December 1990).

در مورد ماهیت تعهدات دولت‌های عضو بیان داشته که ماده‌ی ۲ میثاق تعهد به فعل و تعهد به نتیجه را به دولت‌ها تحمیل می‌کند (CESCR., 1990, para.2). این دو مفهوم تا حدودی با یک‌دیگر تداخل دارند؛ چرا که وجود تعهد به نتیجه، لزوماً شامل تعهد به فعل نیز هست. در واقع دولتی که متعهد به نتیجه است، به طریق اولی نسبت به فراهم کردن زمینه‌ی آن نیز متعهد است. به بیانی دیگر، التزام به شیء، التزام به لوازم و مقدمات آن نیز هست. در زمینه‌ی حق بر سلامتی؛ تعهد به نتیجه عبارت است از اتخاذ قوانین ملی لازم، و تعهد به انجام اقدامات تا حد ممکن و در محدوده‌ی امکانات موجود جهت نیل به نتایج مورد نظر این قوانین، مضمون تعهد به فعل را تشکیل می‌دهد (شایگان، ۱۳۸۲، صص: ۴۲-۳۷؛ کریون، همان، صص: ۱۵۲-۱۴۹). اقدامات ذیربط باید معطوف به حصول نتیجه‌ی مورد نظر میثاق؛ یعنی تحقق اهداف و استانداردهای

1. Public-Private Partnership.

خاص باشند. بعد مهم این اقدامات، اقدامات تقنینی است؛ از جمله وضع قوانین جدید، اصلاح و الغای قوانین مغایر با مفاد میثاق (CESCR, 2000, para:31). بدون شک این اقدامات برای حمایت از کلیه‌ی مصادیق حقوق بشر از جمله حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی اجتناب ناپذیرند؛ چرا که می‌توانند چارچوب قانونی مستحکمی برای اجرا و حمایت از این حق‌ها در موارد نقض فراهم آورند. در کنار اقدامات تقنینی، اقدامات مقتضی دیگر از جمله تمهید جبران‌های قضایی و غیرقضایی مؤثر و اقدامات مالی، آموزشی و اجرایی نیز باید برای تحقق استاندارد عالی سلامتی و بهداشت به کار گرفته شوند (Ssenyonjo, 2010, p:45).

بعد دیگر تعهد دولت‌های عضو در اجرا و تحقق تدریجی حق بر سلامتی، تعهد به استفاده از حداکثر منابع موجود و در دسترس است. برای احراز این که دولت‌ها از حداکثر منابع موجودشان استفاده کرده اند یا خیر، دو مشکل عمده وجود دارد: اول، تعیین این که چه منابعی واقعاً در دسترس دولت‌های عضو قرار دارند و دوم این که آیا دولت عضو از این منابع به طور حداکثری استفاده کرده است یا خیر؟ (Ibid, p:51). اصطلاح «در دسترس»<sup>۱</sup> تعیین محتوای تعهد تدریجی و احراز مواردی را که این تعهد نقض می‌شود، مشکل می‌سازد؛ چرا که دولت‌ها می‌توانند عدم اجرای آن را با استناد به فقدان یا محدودیت منابع در دسترس توجیه کنند. با این وجود، میثاق انتظار ندارد که دولت‌ها اقدامی فراتر از آنچه که منابع تحت اختیارشان اجازه می‌دهد، انجام دهند. این بدان معناست که محتوای تعهد به تحقق تدریجی «حق بر سلامتی» و سایر حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی به حداکثر استفاده از منابع در دسترس بستگی دارد. وقتی از منابع در دسترس صحبت می‌شود، هم به منابع بخش دولتی و هم به منابع بخش خصوصی اشاره دارد (Ibid, p:52). هم‌چنین شامل آن دسته از منابعی نیز می‌شود که از طریق همکاری و تعاون بین‌المللی حاصل می‌گردد. استفاده‌ی حداکثری از منابع تحت اختیار دولت برای تحقق عالی‌ترین استاندارد سلامتی مورد نظر میثاق، به این معناست که دولت‌ها باید در تخصیص منابع، حقوق اقتصادی-اجتماعی و بالاخص حق بر بهداشت و سلامتی را در اولویت قرار دهند. در این ارتباط، اگرچه دولت‌ها در تصمیم‌گیری راجع به نحوه‌ی تخصیص و تقسیم منابع موجود، از یک حاشیه‌ی صلاحدید<sup>۲</sup> برخوردارند، اما لازم است که تحقق "حقوق بشر در کل" در اولویت قرار گیرد (CESCR, 2000, para:53). اعطای این حاشیه‌ی صلاحیت تفسیر به

1. Available.

2. Margin of Discretion.

دولت‌های عضو به این جهت است که اعضا، اقدامات و تدابیری را که با وضعیت اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی خاص آن‌ها متناسب هستند، اتخاذ کنند.

یکی از راه‌هایی که می‌توان اجرای تعهد به «استفاده از حداکثر منابع موجود» توسط دولت‌ها را مورد ارزیابی قرار داد، اینست که باید توجه داشت که میزان بودجه‌ی اختصاص یافته به بخش بهداشت همگانی و تعمیم سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه چه میزان است و چه میزان بودجه به مسائلی خارج از میثاق (مثل هزینه‌های مربوط به خرید تسلیحات نظامی) اختصاص یافته است. مشکل بسیاری از کشورها، کمبود یا محدودیت منابع نیست بلکه مشکلات راجع به منابع دولت‌ها، در غالب موارد از تخصیص نادرست منابع و امکانات موجود نشأت می‌گیرد. به عنوان نمونه، هزینه‌های گزافی که صرف خرید تسلیحات گران‌قیمت می‌شود، اگر در زمینه‌ی مسائلی از قبیل تعمیم بهداشت همگانی و خدمات بهداشتی اولیه یا پیشگیرانه، آموزش، مسکن و محیط زیست سرمایه‌گذاری شود، می‌تواند از بروز مشکلات احتمالی ناشی از کمبود منابع بر سر راه تحقق استانداردهای مورد نظر میثاق بکاهد (Ssenyonjo, op. cit, p:53).

#### ت) 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، مکلف 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 مطلقاً ناتوانی دولت نمی‌تواند مجوزی 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 کرد که با وجود نسبی بودن اجرای تعهد

به حصول تدریجی (به دلیل ناهمگونی امکانات و توانائی‌های دولت‌ها نسبت به همدیگر)، این موضوع نمی‌تواند انفعال<sup>۱</sup> از جانب دولت‌ها را توجیه نماید (Fidler, 1999, p:184).

با وجود این که میثاق از تحقق تدریجی سخن می‌گوید و به موانع ناشی از محدودیت منابع اذعان می‌کند، باید گفت که میثاق در کنار تعهد به تحقق تدریجی حقوق مندرج در آن، تعهداتی را به بار می‌آورد که دارای اثر فوری هستند (Ssenyonjo, op. cit, p:38) و قصور دولت در رعایت این تعهدات واجد اثر فوری نمی‌تواند توجیه شود. در واقع، «حق بر سلامتی» فقط شامل تعهد به تحقق تدریجی نیست، بلکه تعهداتی از آن ناشی می‌شود که دارای اثر فوری هستند. «حق بر سلامتی» هر چند مشروط به تحقق در چارچوب روندی تدریجی الحصول است، اما این حق دارای آستانه‌ی حداقلی است که مستلزم تحقق فوری می‌باشد. تعهد دولت‌ها در قبال این حداقل‌ها از نوع تعهد به نتیجه‌ی فوری است. از جمله این تعهدات حداقلی بنیادین، می‌توان به تدوین برنامه‌ی جامع در زمینه‌ی توسعه و اعتلای حق بر سلامتی، تضمین دسترسی به خدمات بهداشتی برای همه و بدون تبعیض و توزیع عادلانه‌ی خدمات و تسهیلات مربوط به بهداشت و درمان اشاره کرد (Hunt, 2008, para:15(a),(b),(c)). این‌ها حداقل‌هایی هستند که هر دولت عضو میثاق باید منصرف از میزان منابع و امکانات موجود خود، آن‌ها را تضمین نماید؛ چرا که «حداقل‌های معیشتی، بهداشتی و آموزشی لازمه حیثیت ذاتی انسان هستند. به نظر می‌رسد که این حداقل‌ها یکسری حداقل‌های رفاهی هستند که عدم بهره‌مندی از آن‌ها به منزله‌ی نقض صریح کرامت ذاتی و حیثیت انسانی به شمار می‌رود» (قاری سید فاطمی، جلد دوم، ۱۳۸۸، صص: ۲۶۲-۲۵۹). اما این تعهد فقط منحصر به این سطح حداقلی نیست، بلکه بعد دیگر آن، تعهد به نتیجه رو به افزایش است؛ یعنی دولت‌ها باید در ابتدا این حداقل‌ها را تأمین و تضمین کنند و در وهله‌ی بعد تلاش کنند به تناسب منابع تحت اختیار خود، میزان بهره‌مندی از این حق‌ها را افزایش و حداقل‌ها را به حداکثر برسانند. بنابراین تعهدات مربوط به حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی فقط از نوع تعهد به وسیله نیست (Potts, 2007, p:12).

در این ارتباط، کمیته حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی از دولت‌های عضو میثاق می‌خواهد که تحقق حداقلی حقوق مندرج در میثاق را تضمین نمایند. کمیته هم‌چنین یکسری «تعهدات محوری حداقلی»<sup>۲</sup> را در مورد «حق بر سلامتی» مورد اشاره قرار می‌دهد:

1. Passivity.

2. Minimum Core Obligations.

- \* تضمین بر خورداری و دسترسی به امکانات، خدمات و مراقبت‌ها بدون تبعیض به ویژه در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم،
- \* تضمین دسترسی به ضروریات معیشتی حداقلی یا تضمین رهایی از گرسنگی برای همه،
- \* تضمین دسترسی به سرپناه، امکانات بهداشتی اولیه و آب آشامیدنی سالم،
- \* دسترسی به داروهای اساسی،
- \* تضمین توزیع عادلانه و برابر خدمات و امکانات بهداشتی،
- \* تصویب و اجرای خط‌مشی‌ها و برنامه‌های عمل در سطح ملی برای بهداشت عمومی،
- \* تضمین مراقبت‌های بهداشتی بارداری، تولید مثلی و بهداشت مادران و کودکان در قبل و بعد از تولد،
- \* مصون‌سازی اجتماعی در برابر بیماری‌های واگیردار،
- \* پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های فراگیر و بومی،<sup>۱</sup>
- \* آموزش و دسترسی به اطلاعات بهداشتی در زمینه‌ی مهم‌ترین مسائل بهداشتی جامعه،
- \* تعلیم و تربیت کارشناسان و متخصصین امر بهداشت و سلامتی (CESCR, 2000, paras:43-44).

ث) 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, op. cit, p:181). از این رو «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).  
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 آن را در بهره‌مندی

1. Epidemic and Endemic Diseases.

از «حق بر سلامتی» و امکانات و خدمات بهداشتی تضمین کند. بند ۲ ماده‌ی ۲ میثاق در این باره بیان داشته که:

«دولت‌های عضو باید تضمین کنند که حقوق مندرج در این میثاق بدون تبعیض از حیث نژاد، رنگ، جنس، زبان، مذهب، ملیت و ... اجرا خواهند شد».

این اصول ماهیتاً اصولی عام بوده و به تمام موارد حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی حاکم هستند. تعهد کلی اینست که هر اقدامی که دولت‌ها در ارتباط با میثاق، متعهد به اجرای آن هستند، از یک سو باید در پرتو رعایت اصل برابری و عدم تبعیض باشد و از سوی نیز منتج به نتیجه شدن این اقدامات در اصل طی فرآیند تدریجی‌الوصول به دست خواهد آمد. از منظر این دو اصل و از رهگذر تحلیل نوع و کیفیت اقدامات انجام شده بر اساس امکانات اقتصادی و فنی موجود در هر کشور و انعکاس آن در سطوح متفاوت تحقق حق بر سلامتی در کشورهای مختلف، می‌توان به یک سطح حداقلی و حداکثری از محتوای حق بر سلامتی دست یافت.

همان‌طور که پیش از این اشاره شد، «حق بر سلامتی» در کنار تحقق تدریجی آن، دارای یکسری حداقل‌ها هم هست که واجد اثر فوری هستند. برخورداری از این حداقل‌های رفاهی-بهداشتی گویای رهیافت حداقلی بر محتوای حق بر سلامتی است. بنابراین، تعهد دولت‌ها نسبت به تحقق این حداقل‌های رفاهی، تعهد به نتیجه‌ی فوری است. بهره‌مندی از این محتوای حداقلی در سلامتی، از ضروریات کرامت ذاتی انسان قلمداد می‌شود. در این چارچوب، «حق بر سلامتی» به نبود بیماری و برخورداری از وضعیت مطلوب جسمی و روانی تعبیر می‌شود (Lazzarini, 1997, p:29). در واقع رهیافت حداقلی هسته‌ی اصلی حق بر سلامتی را تشکیل می‌دهد.

در طرف مقابل، مطابق با رهیافت حداکثری، هر دولتی متعهد است که شرایط لازم برای بهره‌مندی شهروندان خود را از سلامتی، در چارچوب منابع موجود و تا حد ممکن تأمین و تضمین کند (Ibid). این رهیافت مبین اصلی است که به موجب آن، «حق بر سلامتی» ماهیتاً به موازات رشد اقتصادی، رشد می‌کند و از این رو به تناسب رشد اقتصادی و افزایش توانمندی‌های دولت، امکان نیل به عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامتی فراهم خواهد آمد (Fidler, op cit, p:186).

در واقع در رهیافت حداکثری، «حق بر سلامتی» چیزی بیش از صرف نبود بیماری است؛ در تعیین محتوای حق بر سلامتی بر اساس رهیافت حداکثری، «بنیادهای تعیین‌کننده» هم‌چون برخورداری از غذای کافی، آب آشامیدنی سالم، محیط زیست پاک، دسترسی به داروهای

اساسی، مسکن، آموزش و... نقشی انکارناپذیر دارند، چرا که میزان تحقق هر کدام از این عناصر، تأثیری مستقیم در تحقق عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی دارد. از طرفی نیز تحقق حداکثری حق بر سلامتی، نشان دهنده درجه‌ی رشد و توسعه‌یافتگی کشور ذریبط است.

### ج) 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<sup>۱</sup> 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 در سرزمین دولت عضو نیستند، اما تحت صلاحیت دولت ذریبط قرار دارند).

قابل توجه است که در میثاق حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی هیچ‌گونه اشاره‌ی واضح و روشنی به «سرزمین» و «صلاحیت»<sup>۲</sup> نشده است بر خلاف میثاق حقوق مدنی و سیاسی که در بند ۱ ماده‌ی ۲ مقرر داشته که:

«۱- هر دولت عضو میثاق حاضر متعهد می‌شود که حقوق به رسمیت شناخته

شده توسط میثاق را نسبت به تمام افراد واقع در سرزمینش و تحت صلاحیتش

مورد رعایت و تضمین قرار دهد».

#### I. Extraterritorial Application.

۲. برای بحثی تفصیلی در مورد صلاحیت در کل، بنگرید به:

M. Shaw, International Law, 6<sup>th</sup> edition, (Cambridge: Cambridge University Press, 2008), pp.645-696 and Ian Brownlie, Principles of Public International Law, 6<sup>th</sup> edition, (Oxford: Oxford University Press, 1998), pp.299-321.

با وجود این، چنین تصریحی؛ حقوق مندرج در میثاق دوم را می‌توان مشمول اجرای فراسرزمینی دانست. رویه‌ی قضایی دیوان بین‌المللی دادگستری در تثبیت این موضوع نقشی مهم ایفا کرده است. دیوان در پاره‌ای از آرای خود این مسئله را مورد توجه قرار داده و اجرای فراسرزمینی تعهدات ناشی از میثاق را تأیید کرده است. دیوان در نظریه‌ی مشورتی خود در قضیه‌ی ساخت دیوار حائل در اراضی اشغالی فلسطین در سال ۲۰۰۴ اظهار داشت که:

«میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی هیچ مقرره‌ای ندارد که قلمرو اجرایی آن را مشخص سازد. میثاق، حقوقی را تضمین می‌کند که اساساً سرزمینی هستند. با وجود این نباید از این مسئله غافل شد که میثاق هم نسبت به سرزمین‌هایی که دولت عضو بر آن‌ها حاکمیت دارد و هم نسبت به قلمروهایی که این دولت عضو صلاحیت سرزمینی خود را [بر آن] اعمال می‌کند، اجرا می‌گردد» (ICJ, 2004, para:112).

دیوان هم‌چنین در قضیه‌ی فعالیت‌های نظامی در سرزمین کنگو این مسئله را تأیید کرد و افزود که: «اسناد بین‌المللی حقوق بشری نسبت به اقداماتی که یک دولت در اجرای صلاحیت خود در خارج از سرزمین ملی به ویژه در سرزمین‌های اشغالی انجام می‌دهد، قابل اعمال هستند» (ICJ, 2006, para:217).

یافته‌ای که دیوان در این دو رأی به دست می‌دهد اینست که دامنه‌ی تعهدات دولت‌ها طبق معاهدات حقوق بشری گسترش یافته و علاوه بر اجرا در سرزمین ملی و تحت حاکمیت دولت، به سرزمین‌های تحت صلاحیت دولت نیز تسری یافته‌اند و از این رو فقط محدود به اجرا در چارچوب مرزهای سرزمینی دولت عضو نیستند. این بدان معناست که دولت‌های عضو میثاق حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی باید حقوق مندرج در میثاق را نسبت به هر فرد تحت اختیار یا کنترل مؤثر خود مورد رعایت، حمایت و اجرا قرار دهند، حتی اگر در چارچوب سرزمینی این دولت عضو قرار نداشته باشند (Ssenyonjo, op. cit, p:57). مسئله‌ی اجرای فراسرزمینی میثاق در برخی از تفاسیر عمومی کمیته نیز مورد اشاره قرار گرفته است. کمیته در تفسیر عمومی شماره‌ی یک بیان داشته که: «دولت‌های عضو میثاق باید وضعیت واقعی و عینی هر کدام از حق‌ها را به طور منظم تحت نظارت قرار دهند و از محدوده و میزان بهره‌مندی از هر حق توسط افراد واقع در سرزمینشان یا افراد تحت صلاحیتشان آگاه باشند» (CESCR, 1989, para:3 ; CESCR, 1997, para:10 ; CESCR, 2000, para:12(b)).



کمیته هم‌چنین اظهار داشته که تعهدات دولت‌های عضو طبق میثاق نسبت به کلیه سرزمین‌ها و افراد تحت کنترل مؤثر آن‌ها اعمال می‌شوند (CESCR, Concluding Observations: Israel, 1998, para:8). لازم به اشاره است که طبق ماده‌ی (۱) ۲ پروتکل الحاقی<sup>۱</sup> به میثاق حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی، «شکایات می‌توانند از طرف افراد یا گروه‌های "تحت صلاحیت" دولت عضو یا به نمایندگی از جانب آن‌ها به کمیته تسلیم شوند». بنابراین، این امکان وجود دارد که دولت عضو میثاق به جهت اقدامات فراسرزمینی‌اش در ارتباط با هر فرد تحت اختیار، کنترل مؤثر یا اقتدار این دولت و هم‌چنین در داخل قلمرویی که این دولت کنترل مؤثر بر آن دارد، نسبت به نقض تعهدات ناشی از میثاق مسئول شناخته شود (Ssenyonjo, op. cit, p:58).

1. Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, GA.Res.A/RES/63/117, (10 December 2008) :

به موجب این پروتکل سه کارکرد جدید به کمیته‌ی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی محول گردیده است: «۱- دریافت و بررسی شکایات فردی و گروهی مدعی نقض هر یک از حقوق مندرج در میثاق؛ ۲- دریافت و بررسی شکایات بین‌الدولی که به موجب آن‌ها یک دولت عضو مدعی است که دیگر عضو میثاق به تعهدات خود طبق میثاق عمل نکرده است؛ و ۳- در مواردی که کمیته اطلاعات موثقی دال بر ارتکاب "نقض‌های شدید و سیستماتیک" حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی توسط دولت‌های عضو دریافت کرده است، تحقیقاتی انجام خواهد داد». تدوین این پروتکل مؤید آن است که حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی نیز قابل دادخواهی (Justiciable) هستند. شکایاتی که از سوی افراد یا گروهی از افراد واقع در قلمرو صلاحیت دولت عضو به کمیته ارسال می‌گردد و نیز شکایات بین‌الدولی، در صورتی علیه دولت خوانده قابل طرح هستند که دولت ذیربط عضو میثاق و پروتکل الحاقی به آن باشد (مواد ۱ و ۲ پروتکل الحاقی). کمیته هم‌چنین طبق بند ۱ ماده‌ی ۵ پروتکل صلاحیت صدور اقدامات موقتی (Provisional Measures) را دارد. بر این اساس پس از وصول شکایت و قبل از خاتمه‌ی رسیدگی به ماهیت دعوا، کمیته می‌تواند از یک دولت عضو بخواهد که به فوریت درخواست مبنی بر انجام اقدام موقتی به منظور پیشگیری از وارد آمدن یک زیان غیرقابل جبران به قربانی یا قربانیان نقض‌های ادعایی را مورد بررسی قرار دهد. کمیته در بررسی شکایات و احراز وقوع نقض هر یک از حقوق مندرج در میثاق، بر مبنای کشور به کشور (Country-by-Country) و با توجه به یکسری معیارهای عینی عمل خواهد نمود: ۱- سطح توسعه‌یافتگی دولت ذیربط ۲- شدت و وخامت نقض ادعایی ۳- وضعیت اقتصادی فعلی کشور ۴- وجود ادعاهایی مبنی بر محدودیت منابع در اثر فجایع طبیعی یا مخاصمات مسلحانه‌ی بین‌المللی یا داخلی ۵- آیا دولت عضو به دنبال همکاری و مساعدت بین‌المللی بوده یا مساعدت‌ها و همکاری‌های بین‌المللی برای اجرای میثاق را بدون دلیل موجه رد کرده است.

برای مطالعه‌ی بیشتر در زمینه‌ی قابلیت دادخواهی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بنگرید به: سید علی سادات‌اخوی، پیش‌نویس پروتکل اختیاری میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۴ آوریل ۲۰۰۸)، فصلنامه‌ی حقوق، دوره‌ی ۳۸، شماره‌ی ۴، زمستان ۱۳۸۷، صص ۲۳۷-۲۲۱؛ و

Michael J. Dennis & David P. Stewart, 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, (2004), Vol.98, No.462, pp.462-515.

از طرفی دیگر، اشاره‌ی میثاق به «مساعدت و همکاری بین‌المللی» مهر تأییدی بر قابلیت اجرای فراسرزمینی مقررات آن است. در چارچوب انجام تعهد به مساعدت و همکاری بین‌المللی، اقدامات دولت‌ها در سه قالب قرار می‌گیرد: در گام اول دولت‌ها ملزم هستند که از مداخله‌ی مستقیم یا غیر مستقیم در تحقق تدریجی حقوق اقتصادی-اجتماعی و به ویژه «حق بر سلامتی» در کشورهای دیگر اجتناب کنند و از تحمیل اقدامات علیه دولت‌های دیگر که احتمال می‌رود مانع تحقق این حق شوند، خودداری نمایند. این بدان معناست که دولت‌ها باید از ایجاد اخلال در حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی در ورای مرزهای ملی خود اجتناب کنند. به عنوان مثال از مداخلات مسلحانه در کشورهای دیگر و برخلاف مقررات حقوق بین‌الملل حمایت نکنند یا به نقض‌های حقوق اقتصادی-اجتماعی در دیگر کشورها مساعدت و یاری ندهند.

در گام بعدی برای اجرای تعهد به همکاری و مساعدت بین‌المللی، دولت‌ها موظفند که از مداخله‌ی طرفین ثالث از جمله افراد، گروه‌ها و نهادهای واقع در تحت صلاحیت دولت و نیز کارگزارانی که تحت اقتدار این دولت عمل می‌کنند، در بهره‌مندی از این حق در کشورهای دیگر جلوگیری کنند (Ibid, p:59). در واقع دولت‌ها متعهدند که مراقبت‌های مقتضی و لازم را به عمل آورند که هم حقوق بشر را در دیگر کشورها نقض نکنند و هم به نهادهای غیردولتی تحت صلاحیت خود اجازه ندهند که حقوق بشر را با اقدامات خود در آن‌سوی مرزهای ملی متأثر سازند از جمله انجام فعالیت‌هایی که باعث ایجاد آلودگی‌های فرامرزی می‌شوند.

(CESCR, Summary Record of the 49<sup>th</sup> Meeting: Germany, UN.Doc.E/C.12/2001/SR.49, (30 Aug. 2001), para:48).

در گام آخر، اجرای این تعهد متضمن فراهم ساختن کمک‌های فنی و اقتصادی بین‌المللی و دیگر اشکال مساعدت‌های بین‌المللی به منظور محقق ساختن عالی‌ترین استاندارد سلامتی در کشورهایی است که نیازمند این کمک‌ها می‌باشند. این همکاری و کمک‌های فنی و اقتصادی بین‌المللی در واقع مشخصه اصلی میثاق است، اما آن‌چه که مبهم است، اینست که دولت‌ها تا چه حدی قانوناً متعهدند که این مساعدت‌ها را برای تحقق حق بر سلامتی و سایر حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی در کل به کشورهای نیازمند و خواهان کمک و همکاری اعطا نمایند (Ssenyonjo, op. cit, p:60). مساعدت و همکاری بین‌المللی ممکن است به عنوان یکی از عناصر حق بر توسعه که در اعلامیه‌ی حق بر توسعه<sup>۱</sup> و اعلامیه و

1. UN. Doc, A/Res/41/128, (4 Dec.1986).

برنامه‌ی عمل وین<sup>۱</sup> مورد تأیید قرار گرفت، تلقی شود. عموماً اکثر دولت‌های توسعه‌یافته اگرچه به دولت‌های در حال توسعه کمک و مساعدت اعطا می‌کنند، اما این کار را به صورت اختیاری و یک‌جانبه انجام می‌دهند و با وجود هرگونه تعهد حقوقی الزام‌آور برای انتقال منابع به دولت‌های در حال توسعه مخالف هستند (Alston & Quinn, 1987, pp:186-91).

در خصوص تعهد به همکاری بین‌المللی باید گفت که مشخص نیست که آیا این تعهد بدان معناست که دولت‌های عضو ثروتمند متعهد هستند که به تحقق این حق در دیگر کشورهای عضو کمک کنند یا خیر. به عبارت دیگر، آیا به لحاظ حقوقی دولت‌های توسعه‌یافته عضو میثاق چنین تعهدی برای انجام همکاری بین‌المللی دارند یا خیر. در طول بحث‌های راجع به پیش‌نویس پروتکل الحاقی به میثاق، نمایندگان دولت‌های انگلستان، جمهوری چک، فرانسه، کانادا و پرتغال معتقد بودند که همکاری و تعاون بین‌المللی یک «تعهد اخلاقی مهم» است که واجد جنبه‌های حقوقی نیست و میثاق تعهدی حقوقی برای دولت‌های توسعه‌یافته جهت ارائه‌ی این کمک‌ها یا حتی قانونی برای دولت‌های در حال توسعه جهت مطالبه چنین کمک‌هایی را به دست نمی‌دهد (Report of the Open-Ended Working Group..., 2005, para:76) بنابراین تعجب‌آور نیست که در متن نهایی پیش‌نویس پروتکل الحاقی، در خصوص «تعاون و همکاری بین‌المللی» پیشرفت چندانی حاصل نشد و فقط در ماده‌ی ۱۴ به بیان «نیاز برای مشاوره یا مساعدت فنی» و تأسیس یک صندوق سپرده‌ی امانی<sup>۲</sup> و ارائه‌ی مساعدت‌های فنی و تخصصی به دولت‌های عضو اکتفا گردید.

1. UN. Doc, A/CONF.157/23, (12 July 1993).

یکی از ویژگی‌ها و واقعیت‌های جهان معاصر، تفاوت کشورهای از نظر سطح توسعه است. از این رو در روابط بین‌المللی کشورها به کشورهای توسعه‌یافته (Developed States)، در حال توسعه (Developing States) و کشورهای باحداقل سطح توسعه (Least Developed States) یا با توسعه‌ی ضعیف یا توسعه‌نیافته (Non-Developed States) شهرت یافته‌اند. عدم تجانس میان کشورها به خصوص از حیث اقتصادی یکی از عمده دلایل مناقشات بین‌المللی به ویژه در عرصه‌ی بین‌المللی بوده است. وجود شکاف میان کشورهای جهان باعث طرح حق بر توسعه در دهه‌های اخیر شده است به گونه‌ای که در اوایل دهه‌ی ۱۹۷۰ مفهوم حق بر توسعه به مثابه یکی از حق‌های بشری مطرح گردیده است. قطعنامه‌ی شماره‌ی ۴ کمیسیون حقوق بشر (۲ مارس ۱۹۷۹) به صراحت حق توسعه را به عنوان یکی از حقوق بشر به رسمیت شناخت و از دبیرکل ملل متحد درخواست نمود تا شرایط لازم را برای برخورداری مؤثر همه‌ی مردمان و همه‌ی افراد از این حق بررسی کند. متعاقب گزارش‌ها و مباحث مختلف در کمیسیون و مجمع عمومی، پیش‌نویس اعلامیه‌ی حق توسعه در دسامبر ۱۹۸۶ به تصویب مجمع رسید. در سال ۱۹۹۳ در کنفرانس جهانی وین، حق توسعه به عنوان یک حق مسلم جهان شمول و جزئی لاینفک از حقوق بنیادین بشر شناخته شد: محمود باقری و دیگران، اجرای اصل آزاد سازی تجاری در سازمان جهانی تجارت: چالش‌ها و فرصت‌ها، (۱۳۸۸)، صص ۲۳-۲۴.

2. Trust Fund.

البته پروتکل سایر اشکال ممکن همکاری و تعاون بین‌المللی را مستثنی نساخته است. «آقای پل هانت» بر خلاف پروتکل، عقیده دارند که در حال حاضر تعهدی حقوقی وجود دارد که پایه و اساس همکاری و تعاون بین‌المللی را بنیان می‌نهد (Hunt, 2008, para:133). به نظر می‌رسد رویکرد کمیته هم بر اینست که دولت‌های عضو که به لحاظ اقتصادی توسعه یافته هستند، متعهدند که به دیگر اعضای در حال توسعه کمک و مساعدت ارائه دهند تا تعهدات ناشی از میثاق را به موقع اجرا گذارند (CESCR, Poverty and the International Covenant..., 2001, para:17). اما این که دولت‌های توسعه یافته عضو میثاق تا چه حد خود را مقید به این همکاری بین‌المللی می‌دانند، مشخص نیست. به نظر می‌رسد که انجام این همکاری در چارچوبی نهادینه - مثل سازمان ملل - می‌تواند کارآیی بیشتری داشته باشد؛ به ویژه آن‌گاه که در سرزمین یک کشور عضو میثاق مخاصمه‌ای مسلحانه در جریان باشد یا حوادثی طبیعی مثل زلزله و سیل و... رخ دهد و وضعیت بهداشتی و معیشتی شهروندان آن را با بحران مواجه سازد و حیات انسان‌های بی‌شماری به خطر افتد. در این وضعیت بحرانی که دولت ملی هم قادر به کنترل اوضاع نیست، باید از کمک‌های بین‌المللی استقبال نماید. حتی اگر بحران داخلی به مرحله‌ای برسد که تداوم و استمرار این وضعیت به نظر شورای امنیت تهدیدی علیه صلح و امنیت منطقه‌ای یا بین‌المللی باشد، در آن صورت باب مداخله و ورود شورای امنیت به قضیه گشوده می‌شود. وضعیت بحرانی بهداشتی و معیشتی اگر از آستانه‌ی بالایی از شدت و وخامت برخوردار باشد، می‌تواند دلیلی برای مداخله‌ی حمایت‌گرانه با اهداف بشردوستانه از سوی جامعه بین‌المللی باشد. بنابراین، همکاری بین‌المللی عنصری مهم در تحقق و استقرار حق بر سلامتی و بهداشت در نظام بین‌المللی حقوق بشر به شمار می‌آید، هر چند که برخی مشکلات عملی بر سر راه اجرای آن وجود دارد که می‌تواند از تأثیر و کارآیی آن بکاهد.

#### نتیجه

«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 شمردیم، چالشی بزرگ برای دولت‌ها به شمار می‌رود. دلیلش نیز اینست که تحقق این بنیادها مقدمه‌ی لازم نیل به استاندارد عالی بهداشت و سلامتی است، اما در وضعیتی که آلودگی‌های زیست محیطی و تخریب روز افزون جنگل‌ها - که هم‌چون ریه‌های کره‌ی خاکی هستند -

گرمایش ناشی از حجم انبوه گازهای گلخانه‌ای، بیابان‌زایی، خشک شدن یا آلودگی منابع آب شیرین و... که به نوعی روزشمار مرگ زیست بوم انسان را کلید زده‌اند، در کنار افزایش قحطی 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. تعهد به همکاری بین‌المللی هم که به عنوان سازوکاری تکمیلی جهت توانمندسازی و بالا بردن ظرفیت‌های اقتصادی و فنی دولت‌ها در میثاق مطرح گردیده است، بیشتر به یک توصیه می‌ماند تا تعهدی حقوقی، هر چند که در یک سند بین‌المللی الزام‌آور ذکر شده است. مشخص نیست که اگر دولتی با وجود برخورداری از امکانات لازم، نسبت به انجام این تعهد بی‌توجهی نشان دهد، چه مسئولیتی متوجه او خواهد شد. با توجه به این که مسئولیت اولیه‌ی حمایت و اجرای حقوق بشر بر عهده‌ی دولت ملی است، اگر این دولت به دلیل ناتوانی، از انجام این مسئولیت اولیه عاجز باشد یا با وجود بهره‌مندی از منابع کافی، نسبت به این مسئولیت بی‌تفاوت و بی‌تمایلی باشد، آیا امکان مداخله از باب تئوری مسئولیت (Responsibility to Protect) حمایت وجود دارد؟! ناگفته نماند جایگاه این تئوری در حقوق بین‌الملل هنوز محل اختلاف نظرهای بسیاری است. هر چند این تئوری در مورد حمایت از حقوق اساسی شهروندان در برابر جنایات جنگی، جنایات علیه بشریت، قوم‌زدایی و پاکسازی قومی به کار می‌رود و مسئولیت اولیه‌ی این کار را نیز بر عهده‌ی دولت ملی می‌داند، لیکن استناد به این تئوری جهت حمایت از حقوق اقتصادی و اجتماعی شهروندان یک کشور با تردید روبه‌رو است. اما نقض «حق بر سلامتی» به جهت پیوند وثیقی که با حیات انسان دارد، اگر آستانه‌ی بالایی از شدت را دارا باشد، شاید بتواند مداخله از باب مسئولیت حمایت را توجیه نماید. با این حال مشکلات راجع به نحوه‌ی انجام مداخله و مقام قانونی برای تجویز آن و دامنه اقدامات و سایر مسائل هنجاری در خصوص این تئوری هم چنان به قوت خود باقیست.

## منابع

### الف) فارسی

- ایده، آسیبورن، 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)، «شبه 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 و پژوهش‌های 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.

### ب) انگلیسی

- 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, 6<sup>th</sup> edition.
- Committee on Economic, Social & Cultural Rights (CESCR), (1989), "Reporting By States Parties", *General Comment No.1*.

- CESCR, (1990), “The Nature of States Parties Obligations”, 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 49<sup>th</sup> 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 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, 6<sup>th</sup> 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 May 1998.