

بلایا و تعهد دولت به تضمین حق بر سلامت

مهسا خواجه

استادیار گروه حقوق، واحد لنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لنجان، ایران.

m.khajeh6008@iau.ac.ir

چکیده:

دولت‌ها برای مواجهه با بلایا ملزم به اتخاذ اقدامات پیشینی همچون آمادگی واکنش به بلایا و اقدامات پسینی همانند حمایت از اشخاص در زمان وقوع بلایا هستند. به نحوی که در وضعیت‌هایی مانند بلایا بیشترین حمایت را از افراد به عمل آوردند. در این میان حق بر سلامت شامل دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، غذای مناسب، محیط زیست، آب آشامیدنی و داروهای اساسی، نمود بیشتری دارد. دولت‌ها باید با وضع قواعد و مقررات، تعیین خط مشی سیاسی و همچنین همکاری بین‌المللی با دولت‌ها و سایر بازیگران بین‌المللی بستر لازم برای تضمین حق مزبور را پیش و پس از وقوع بلایا، ولو حداقلی، فراهم نمایند. اکنون سؤال این است که در زمینه تضمین حق بر سلامت به ویژه اشخاص متأثر از بلایا، دولت‌ها با چه تعهداتی مواجه هستند و کمیسیون حقوق بین‌الملل در این زمینه چه رویکردی دارد؟ یافته‌های این تحقیق مبتنی بر روش توصیفی - تحلیلی، دلالت بر آن دارد که دولت‌ها دارای تعهدات ایجابی همانند اتخاذ اقدامات لازم برای کاهش خطر بلایا شامل پیشگیری و ... هستند و کمیسیون نیز با یادآوری اصل مقرر در چهارچوب Sendai مبنی بر مسئولیت اولیه همه دولت‌ها برای پیشگیری و کاهش خطر بروز بلایا، اتخاذ اقدامات یکپارچه اقتصادی، ساختاری، حقوقی، اجتماعی، بهداشتی، فرهنگی، آموزشی، زیست محیطی، فناوری و سیاسی را لازم امر می‌داند. این اقدامات سبب پیشگیری یا کاهش خطر یا آسیب‌پذیری در مقابل بلایا، افزایش آمادگی برای مقابله و بازسازی و در نتیجه تقویت انطباق بیشتر با شرایط خواهد شد.

کلید واژگان: کمیسیون حقوق بین‌الملل، حق بر سلامت، تعهد به همکاری، تعهد دولت‌ها، دولت متأثر.

تأمین حق بر سلامت اشخاص متأثر از بلایا که در وضعیت‌های بحرانی به سر می‌برند از دغدغه‌های اصلی دولت‌ها و سایر بازیگران بین‌المللی است، چرا که حمایت از این حق بنیادین بشری هم تعهدی حقوقی است و هم امری اخلاقی. در جهان امروز تأمین حق بر سلامت مردم در شرایط بحرانی، مانند: زلزله، سیل، طوفان، سونامی، بیماری‌های همه‌گیر و جنگ در زمره اولویت دولت‌ها محسوب می‌شود. دولت‌ها به عنوان مسؤول اصلی در حمایت از حقوق شهروندان خود، موظف هستند تا با تدوین و اجرای سیاست‌های مناسب، زمینه دسترسی عادلانه و مؤثر مردم را به خدمات سلامت در شرایط بحرانی و شرایط عادی فراهم کنند.^۱ بعد از وقوع بلایا^۲ اولین مسأله، موضوع حمایت از اشخاص آسیب دیده است. بر این اساس، کمیسیون حقوق بین‌الملل در پیش‌نویس مربوط به حمایت از اشخاص در زمان وقوع بلایا^۳ طیف وسیعی از تعهدات مانند: کاهش خطر بلایا، پیشگیری را طراحی کرده است که از اقدامات و مسئولیت‌های اولیه هر دولت^۴ برای مواجهه با بلایا تلقی شده است. از این حیث دولت‌ها ملزم به انجام تعهدات خود در قالب تعهد به حمایت، تعهد به احترام و تعهد به اجراء چه قبل چه بعد از مواجهه با بلایا هستند. این بدان معنا است که دولت‌ها متعهدند اقدامات مقتضی و متناسبی را قبل و بعد از مواجهه با بحران برای حمایت از حقوق اشخاص به ویژه حق بر سلامت اتخاذ نمایند.

بسیاری از اقدامات دولت برای تضمین حق بر سلامت در قالب اقدامات مقتضی و متناسب خواهد بود. کد واژه اقدامات مقتضی و متناسب به معنای آن نیست که دولت‌ها تا حد ممکن و در محدوده امکانات برای تأمین حق بر سلامت شهروندان خود و یا دیگر اتباع اقدام نمایند بلکه دولت‌ها متعهدند تمام توان و امکانات خود را بر مبنای حمایت از حقوق بنیادین اشخاص آسیب دیده از بلایا و تضمین کرامت ذاتی آن‌ها، به کار بگیرند. بنابراین نقطه تلاقی تعهد دولت‌ها در مواجهه با بحران، حمایت از حق بر سلامت اشخاص متأثر از بلایا می‌باشد. از این منظر اقدامات دولت‌ها به اقدامات صرفاً داخلی محدود نخواهد بود بلکه همکاری و مساعدت بین‌المللی حائز اهمیت فوق‌العاده ای است. به نحوی که می‌توان گفت دیدگاه کمیسیون حقوق بین‌الملل در زمینه همکاری بین‌المللی به صورت عام و تعهد به همکاری به نحو اخص می‌تواند بیان‌گر توسعه تدریجی حقوق بین‌الملل تلقی شود.

^۱ Draft articles on the protection of persons in the event of disasters.

^۲ بلا «یک اتفاق فاجعه‌بار یا یکسری اتفاقات منجر به از مرگ و میرهای گسترده، درد و رنج‌های گسترده بشری، نقل مکان‌های گسترده و یا خسارات مادی یا محیط زیستی سنگین و در نتیجه اختلال جدی در کارکردهای جامعه گردد» (ILC Draft articles 2016: art 3, para a)

^۳ Draft articles on the protection of persons in the event of disasters.

^۴ بر اساس چهارچوب سندای (Sendai) مسئولیت اولیه کاهش خطر بلایا با دولت متأثر است. چهارچوب سندای برای کاهش خطر بلایا (۲۰۱۵-۲۰۳۰) در تاریخ ۱۸ مارس ۲۰۱۵ در سومین کنفرانس جهانی سازمان ملل متحد که در شهر سندای ژاپن (مرکز استان میاگی) برگزار شد، به تصویب رسید. این چهارچوب، نتیجه رایزنی‌های گسترده با ذی‌نفعان (از اسفند ۱۳۹۰/مارس ۲۰۱۲) و مذاکرات بین‌دولتی (از تیر ۱۳۹۳ تا اسفند ۱۳۹۳/ژوئیه ۲۰۱۴ تا مارس ۲۰۱۵) است که با حمایت دفتر سازمان ملل متحد برای کاهش خطر بلایا (UNDRR) و به درخواست مجمع عمومی سازمان ملل متحد انجام شد. هدف این چهارچوب پیشگیری از ایجاد خطرهای جدید بلایا و کاهش خطرهای موجود است. برای دستیابی به این هدف، نیاز به مشارکت همه‌جانبه جامعه و همکاری همه گروه‌ها است. همه دولت‌ها و طرف‌های عضو این توافق، برای رسیدن به هفت هدف جهانی آن تلاش می‌کنند.

در این زمینه تقسیم بندی تعهدات دولت‌ها به تعهدات عمودی^۵ و افقی^۶ خود نگاه جدیدی را در این زمینه شکل می‌دهد. تعهد دولت متأثر در برابر اشخاص متأثر از بلایا با عنوان رویکرد عمودی و مبتنی بر حقوق بشر است اما تعهد سایر دولت‌ها در برابر دولت متأثر رویکرد افقی مبتنی بر همکاری بین‌المللی را نشان می‌دهد.^۷

این مقاله بر آن است تا با توجه به خط مشی سیاسی دولت‌ها، تقویت مشارکت بین‌المللی، وضع مقررات برای تضمین حق بر سلامت و کاهش خطر بلایا، که از مصادیق تعهدات ایجابی و سلبی هر دولت پیش و پس از وقوع هر بحرانی است به بررسی نحو تضمین حق مذکور بپردازد.

۱. تعهد دولت پیش از وقوع بلایا پیرامون حق بر سلامت

رویکرد عمودی مبتنی بر حقوق بشر^۸ نسبت به حق بر سلامت یک چهارچوب مفهومی برای فرآیند تضمین و تأمین حق بر سلامت ایجاد می‌کند که از لحاظ حقوقی و سیاسی مبتنی بر استانداردها و اصول بین‌المللی حقوق بشر می‌باشد و از لحاظ عملیاتی نیز در جهت ترویج و حمایت از حقوق بنیادین بشر است. رویکرد مذکور یک سری برنامه‌ها، سیاست‌ها و فرآیندهای مربوط به حق بر سلامت را در یک چهارچوب حق محور و تعهد محور بنیان می‌کند. این رویکرد را حتی می‌توان در زمان وقوع بلایا نیز دنبال کرد. در واقع حقوق بین‌الملل در مورد بلایایی که غیرقابل پیش بینی هستند یک چهارچوب قانونی جامع ارائه می‌دهد که دولت‌ها را ملزم به جلوگیری از پیامدهای زیان بار آن می‌کند، به عنوان مثال به موارد اضطراری بهداشتی به طور مؤثر پاسخ دهند و برای دستیابی به این اهداف همکاری کنند. هر چند تعهدات دقیق و پیوسته کشورها ذاتاً در شرایط مختلف انعطاف پذیر هستند، اما این انعطاف، مانع از لازم الاجراء بودن تعهدات نیست.^۹ تمرکز این رویکرد بر توسعه و نهادینه کردن ظرفیت متعهدان به ویژه دولت‌ها برای انجام تعهدات-شان و همچنین دارندگان حق برای مطالبه حقوق‌شان می‌باشد. تأثیر ترکیبی این موارد و سایر ویژگی‌های رویکرد مبتنی بر حقوق بشر توانمندسازی افراد و جوامع آسیب دیده از بلایا است.^{۱۰}

بر همین اساس از دولت‌ها انتظار می‌رود که قبل از مواجهه با بحران به طور منطقی اقدامات لازم را انجام دهند، بدین صورت که یک دولت باید تمام تلاش خود را در سطح داخلی به کار گرفته و همان گونه که پیش‌نویس سال ۲۰۱۶ کمیسیون حقوق بین‌الملل مقرر می‌دارد اقدامات منسجم در سطح بین‌المللی نیز اتخاذ گردد.^{۱۱} این اقدامات می‌تواند در سه بستر یا حوزه سیاست گذاری، مقرره گذاری و ارائه خدمات اتخاذ شوند.

۱-۱. خط مشی و سیاست دولت‌ها در تأمین نیازهای بهداشتی

دولت‌ها قبل از وقوع هر بحرانی برای مدیریت مؤثر بلایا، می‌بایست سیاست‌هایی را برای تحقق حق بر سلامت در نظر بگیرند. از جمله این سیاست‌ها برای حمایت از حق بر سلامت اشخاص، تعهد به حمایت است که این حمایت دولت در بر گیرنده‌ی جنبه‌ی ایجابی تعهدات دولت‌ها می‌باشد. این بدین معناست که دولت مداخله‌ی مثبت در جهت حمایت مادی، معنوی و دارویی برای تأمین نیازها و حقوق افراد داشته باشد. در واقع این تعهدی است که نظام بین‌المللی حقوق بشر به دولت‌ها تحمیل می‌کند. تعهد دولت‌ها در

⁵. Vertical rights-duties approach.

⁶. Horizontal rights-duties approach.

⁷. Tladi Dire, (2017), "The International Law Commission's Draft Articles on the Protection of Persons in the Event of Disasters: Codification, Progressive Development or Creation of Law from Thin Air?" 16(3) *Chinese Journal of International Law*, pp 425- 426.

⁸. Human Rights-Based Approach.

⁹. Antonio Coco and Talita de Souza Dias, "Prevent, Respond, Cooperate States' Due Diligence Duties Vis à Vis the covid-19 Pandemic", *journal of international humanitarian legal*, (2020):223.

¹⁰. David Patterson, Human Rights-based Approaches and the Right to Health: A Systematic Literature Review, *Journal of Human Rights Practice*, 2024, 16, 604- 606.

¹¹. Antonio Coco and Talita de Souza Dias, "Prevent, Respond, Cooperate States' Due Diligence Duties Vis à Vis the covid-19 Pandemic", *journal of international humanitarian legal*, (2020): 218-220.

تأمین نیازهای بهداشتی شهروندان خود تعهدی اولیه به شمار می‌رود. از همین رو دولت‌ها به طور مستقیم مورد خطاب تعهدات بین-المللی قرار می‌گیرند. میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هم تأکید می‌کند، «هر دولت عضو این میثاق متعهد می‌شود که اقداماتی را به صورت فردی و از طریق همکاری و مساعدت بین‌المللی، به ویژه همکاری اقتصادی و فنی، با حداکثر منابع موجود خود و با توجه به حصول تدریجی تحقق کامل حقوق شناخته شده در میثاق حاضر با کلیه ابزارهای مقتضی به خصوص اتخاذ اقدامات قانونی انجام دهد»^{۱۲}. اگر چه «تحقق تدریجی» حقوق در این بند ذکر شده اما دولت‌ها را از انجام اقدام فوری باز نمی‌دارد، همانطور که در اصول لیمبورگ نیز به اتخاذ اقدامات فوری جهت تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق تأکید شده است.^{۱۳} بنابراین دولت باید حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی را فوراً بدون تبعیض و همچنین همراه با آموزش‌های بهداشتی ضروری برای تمامی اقشار جامعه فراهم نماید. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بدون آن که تمایزی میان شرایط عادی و شرایط بحرانی قائل شود حق دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی را در همه حال لازم و اساسی می‌داند. بنابراین کمیته به صورت غیر انحصاری حق دسترسی به کالا، خدمات و مؤسسات خدمات بهداشتی و درمان را فارغ از هر گونه تبعیض برای همگان مخصوصاً برای اقشار آسیب پذیرتر و حاشیه‌ای تر جامعه خواه در شرایط غیر بحرانی و خواه در شرایط بحرانی در نظر گرفته است که در این صورت هم به لحاظ قانونی و هم در عمل امکان بهره‌مندی از کالاها، خدمات و مراکز بهداشتی و درمان فراهم گردد.

دولت به منظور حمایت مادی باید کالاها، تأسیسات بهداشتی و درمانی و همچنین خدمات مقرون به صرفه‌ای را برای همه‌ی گروه‌ها در نظر بگیرد.^{۱۴} یکی دیگر از سیاست‌های تأثیرگذار دولت برای حمایت از حق بر سلامت اشخاص، اجتناب از رفتارهای تحقیر آمیز و غیر انسانی می‌باشد. در تأیید این موضوع، میثاق حقوق مدنی و سیاسی دولت‌ها را از این که بدون رضایت، علم و آگاهی انسان‌ها بر روی آن‌ها آزمایش‌های پزشکی و علمی انجام دهند، ممنوع می‌کند.^{۱۵} همچنین سازمان بهداشت جهانی و شورای حقوق بشر نیز به رهایی از درمان بدون رضایت بیمار مانند؛ عقیم سازی‌های اجباری، ممنوعیت آزمایش‌ها و تحقیقات بدون رضایت و ممنوعیت شکنجه تأکید دارد.^{۱۶} در همین راستا مجمع عمومی اصول اخلاق پزشکی در خصوص نقش کارکنان حوزه‌ی بهداشت را تصویب می‌نماید و سپس دستورالعمل‌هایی را برای محافظت از زندانیان و بازداشتی‌ها در برابر رفتارها و مجازات‌های غیر انسانی وضع کرده است.^{۱۷} با توجه به آنچه که گفته شد، از سیاست‌های مهم و مؤثری که یک دولت باید به کار بگیرد توزیع کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی به طور محترمانه در زمان بلایا و غیر آن است.

در زمان وقوع بلایا، به طور کلی نحوه عملکرد و سیاست دولت متأثر در نجات جان اشخاصی که گرفتار آن فاجعه شدند بسیار تعیین کننده است. بدین معنا که از لحاظ حمایت معنوی، مادی و دارویی دولت باید به گونه‌ای عمل کند که آسیب کمتری متوجه اشخاص درگیر بلایا شود. به عنوان مثال؛ دولت با توجه به کرامت ذاتی اشخاص آسیب دیده از بلایا باید به توزیع کالاها و... بپردازد. همچنین به مقتضیات فرهنگی و نیازهای هر گروه از اشخاص توجه ویژه‌ای شود. از لحاظ حمایت دارویی و پزشکی نیز دولت باید از کارکنان و امدادگران آموزش دیده و ماهر، داروهای سالم و کارآمد و تجهیزات بیمارستانی مناسب و مقاوم در برابر بلایا استفاده نماید. بدین صورت که دولت باید با پیشبرد سیاست پیشگیری از بلایا، قبل از وقوع بلایا تجهیزات لازم برای مواجهه با بلایا را تدارک کند.

¹² . International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, (ICESCR), 1966: art 2, para 1.

¹³ . United Nations Economic and Social Council, The Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, E/CN.4/1987/17.

¹⁴ . احسان جاوید، صابر نیورانی، تعهد دولت‌ها به تضمین حق برخورداری از خدمات و مراقبت‌های درمانی در پرتو حقوق بین‌الملل با نگاهی به طرح تحول نظام سلامت در ایران، (۱۳۹۸)، فصلنامه تحقیقات حقوقی، شماره ۹۸.

¹⁵ . International covenant on civil and political rights, art 7.

¹⁶ . WHO & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (ohchr), 2008.

¹⁷ . GA/RES/37/194, 1998.

۱-۲. تقویت مشارکت بین‌المللی در حمایت از حق بر سلامت

یکی از راهکارهای کمیسیون برای مقابله با بلایا، تقویت مشارکت و همکاری بین‌المللی دولتها و سایر بازیگران کمک‌کننده است. رویکرد افقی یا مبتنی بر همکاری بین‌المللی دولتها که پیش‌نویس سال ۲۰۱۶ بر آن متمرکز است، به تعهد دولتها در برابر یکدیگر اشاره می‌کند.^{۱۸} به عبارت بهتر این نوع همکاری از رنج انسان‌هایی نشأت گرفته است که در زمان وقوع بلایا با آن روبه‌رو شدند و مأموریت کمیسیون حقوق بین‌الملل نیز آن بوده است که آیین‌های تمام‌نمای این رنج باشد. بنابراین با توجه به رویکرد مذکور، با وجود موانع و چالش‌های فراوانی که برای دولتها وجود دارد، اما باید به این موضوع به عنوان یک تعهد معاهده‌ای یا فرامعاهده‌ای نگریسته شود تا رنج مصائب دو چندان نگردد.

کمیسیون حقوق بین‌الملل از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۶ برای تصویب یک سند بین‌المللی گزارش‌های متعددی را تهیه کرد که، نشان دهد دولتها در وضعیت‌های اضطراری مانند: بلایا چگونه باید اقدام و همکاری کنند؟ همچنین برای توسعه و نهادینه کردن همکاری در میان جوامع تلاش‌های زیادی کرد که نهایتاً منجر به تصویب پیش‌نویس ۲۰۱۶ شد.^{۱۹} پیش‌نویس ۲۰۱۶ تا حدی حقوق بین‌الملل عرفی را نشان می‌دهد. هر چند کمیسیون تصمیم گرفت صرفاً به مجمع عمومی برای تدوین کنوانسیون در رابطه با حمایت از اشخاص در زمان وقوع بلایا توصیه کند، اما می‌توان ادعا کرد که رویکرد کمیسیون در مورد پیش‌نویس مذکور منعکس‌کننده قوانین بین‌المللی است.^{۲۰} از همین رو، پیش‌نویس مواد کمیسیون، مجموعه‌ای کامل از تعهدات حقوقی که رفتار کشورها و سایر ذینفعان بین‌المللی را در زمان فاجعه هدایت می‌کند ارائه می‌دهد. به همین دلیل مقدمه پیش‌نویس، «ارزش اساسی همبستگی و همکاری بین‌المللی» را بیان می‌نماید و آن‌ها را به عنوان مفاهیم کلیدی زیر بنای پیش‌نویس توصیف می‌کند. از آنجایی که ماده ۷ پیش‌نویس وظیفه همکاری را مشخص می‌کند، حقوق و وظایف افقی دولت آسیب‌دیده و دولت کمک‌کننده برای حمایت از اشخاص مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.^{۲۱} طبق ماده ۷، کشورها باید همکاری میان خود با ملل متحد و سایر بازیگران کمک‌کننده را افزایش دهند. برای افزایش همکاری‌ها و تسهیل کمک فوری، ماده ۱۵ و ۱۶ پیش‌نویس در این ارتباط تدابیری از جمله تمديد مصونیت‌ها، کاهش الزامات مربوط به ویزا، قوانین گمرکی و مالیاتی، و حفاظت از پرسنل امدادی و تجهیزات آنها را اتخاذ کرده است. البته ماده ۷، ماهیت تعهد به همکاری را منوط به موضوع همکاری و زمینه کمک و امداد رسانی، متفاوت تلقی می‌کند. به همین دلیل ماده ۸ پیش‌نویس اشکال همکاری را که به طور مشابه در بند ۴ ماده ۱۷ حقوق سفره‌های (آب) فرامرزی و اعلامیه آسه آن^{۲۲}، هم تشریح شده، مشخص می‌کند. از نظر کمیسیون، کمک‌های بشردوستانه و اقدامات امدادی اهمیت برجسته‌ای دارند^{۲۳}، بنابراین باید به گونه‌ای وسیع باشند که بیشترین اقدامات حتی هماهنگی پیش‌بینی و لجستیکی، نظارت و تسهیل فعالیت‌ها در بلایا را در بر بگیرد.^{۲۴} این موضوع ماهیت متقابل همکاری به هر شکلی که باشد را نشان می‌دهد، این که همکاری یک فعل یکجانبه نیست بلکه رفتار مشترک چند جانبه است.

¹⁸ . Tladi Dire, (2017), "The International Law Commission's Draft Articles on the Protection of Persons in the Event of Disasters: Codification, Progressive Development or Creation of Law from Thin Air?" 16(3) *Chinese Journal of International Law*, 428.

¹⁹ . United Nations, General Assembly GA/CN.4/615/2009: Para 50.

²⁰ . ILC Report, Sixty-Sixth Session, 2014: Para 42(a).

²¹ . Dire Tladi, The International Law Commission's Draft Articles on the Protection of Persons in the Event of Disasters: Codification, Progressive Development or Creation of Law from Thin Air? *Chinese Journal of International Law*, 16(3), (2017): 425-426

²² . «کشورهای عضو باید، در چارچوب توانایی‌ها، در بهبود راه‌های ارتباطی بین خود در مورد اعلام خطر بلایا، تبادل متخصص و کارآموز، تبادل اطلاعات و اسناد، اعطای منابع پزشکی، خدمات و کمک‌های امدادی همکاری نمایند.»

²³ . GA/RES/63/124, 2008

همچنین برای مطالعه بیشتر رجوع کنید به:

Yearbook of the international law commission, report of the commission to the General Assembly on the work of its sixtieth session, 2008, vol. II (Part Two), chap. IV, sect. E.

²⁴ . ASEAN Agreement, 1976: art 18, para 1

۱-۳. کاهش خطر بلایا برای حمایت از حق بر سلامت

یکی از استراتژی‌های راهبردی دولت‌ها قبل از وقوع بلایا در حمایت از حق بر سلامت، کاهش خطر بلایا است. دفتر سازمان ملل متحد برای کاهش خطر بلایا^{۲۵} در سال ۲۰۰۹، هدف از تأسیس خود را، کاهش آسیب پذیری افراد و اموال درگیر بلایا، مدیریت خردمندانه زمین و محیط زیست و آمادگی برای حوادث نامطلوبی می‌داند، که از طریق تلاش‌های سیستماتیک، تجزیه و تحلیل و مدیریت عواملی که مسبب بلایا می‌شوند می‌توان خطر بلایا را کاهش داد.^{۲۶} به همین منظور در سال ۲۰۱۳ دفتر سازمان ملل متحد در ژنو برنامه جهانی درمورد تاب آوری در برابر بلایا را ارائه می‌کند. در این اجلاس به عواملی از جمله؛ تغییرات اقلیمی، خدمات بهداشتی و آموزشی ناکافی، فقر، گرسنگی، بیماری، درگیری و خشونت اشاره می‌شود که موجب به خطر افتادن سلامت و حیات اشخاص گردد. همچنین هدف از برگزاری این اجلاس حرکت به سمت مسئولیت مشترک در کاهش خطر بلایا و تقویت تاب آوری در برابر بلایا بیان می‌کنند.^{۲۷} بنا به تعریف سازمان توسعه همکاری‌های اقتصادی نیز، تاب آوری نظام سلامت به معنای به حداقل رساندن آثار نامطلوب و توانایی بازگشت سریعتر به حالت عادی و یادگیری از درس‌ها و تجربیات مرتبط با آن می‌باشد.^{۲۸} یکی از راه‌های کاهش خطر بلایا، ارزیابی خطر است که اولین قدم به سوی هر اقدام معقول برای کاهش خطر بروز بلایای طبیعی است.^{۲۹} بدون درک کافی و وافی از شرایط و عوامل و ویژگی‌های آنها، با وقوع خطر فاجعه نمی‌توان اقدامی را به طور موثر جهت مقابله با آن تعیین و اتخاذ نمود. ارزیابی خطر همچنین یک نگاه دقیق تر به واقعیت‌های موجود در یک محل و همچنین نحوه تعامل جوامع محلی با بلایای طبیعی را برمی‌تابد. در تمامی اجلاس‌هایی که برای کاهش خطر بلایا تشکیل می‌شد به اهمیت این مسأله و همچنین پیشگیری از بلایا به عنوان یک تعهد قانونی که متضمن ارزیابی مخاطره‌ها و ایجاد سیستم‌های هشدار دهنده زود هنگام می‌باشد، تأکید می‌شد.^{۳۰} برای چنین امری لازم است دولت‌ها نسبت به خطر حادثه پیش آمده و آسیب پذیری‌های فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی ناشی از بلایا، دانش و مطالعه بیشتری داشته باشند. این امر باعث می‌شود تا راه‌هایی که آسیب پذیری و مخاطرات ناشی از بلایا را در کوتاه مدت و بلند مدت تغییر و کاهش می‌دهد به موقع و فوری مورد شناسایی و استفاده قرار گیرند.^{۳۱} به عنوان مثال؛ تعهد دولت به اجرا و اتخاذ اقداماتی همانند؛ برنامه ریزی برای بهره برداری از زمین، بالا بردن ایمنی غذا به عنوان یک عامل مهم در مناطقی که مستعد خشکسالی، سیل و سایر مخاطره‌هاست، همچنین در بخش بهداشت؛ آموزش لازم به پزشکان متخصص و کادر پزشکی، تأسیس بیمارستان‌ها و مراکز درمانی برنامه ریزی برای ایمن سازی در برابر بیماری‌های واگیردار^{۳۲}، برنامه‌های تنظیم خانواده و مقام سازی زیر ساخت‌های فیزیکی اعم از نیروگاه‌های برق، آب، مدارس و.... نه تنها از تعهدهای اولیه و فوری دولت‌ها محسوب می‌شود بلکه منجر به کاهش خطر بلایا نیز می‌شود.

ارتباط میان کاهش خطر بلایا و تاب آوری در برابر بلایا یک ارتباط دو سویه است. بدین معنا که، کاهش خطر بلایا و همچنین شناسایی و ارزیابی خطر بلایا، به میزان تاب آوری جوامع در برابر بلایا کمک خواهد کرد و اگر اقدام‌های کارآمد و مؤثری اتخاذ گردد که میزان ظرفیت و تاب آوری جامعه در برابر بلایا بالا ببرد، به همان اندازه خطر بلایا را نیز کاهش می‌دهد. اقدامات دولت‌ها و اسناد بین‌المللی همگی مظهر عواملی هستند که منجر به کاهش خطر بلایا می‌شوند اما این اقدامات زمانی مؤثر خواهد بود که تحت

²⁵ . United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR).

²⁶ . UNISDR Terminology, 2009: 11. www.unisdr.org/we/inform/terminology

²⁷ . <http://sdg.iisd.org/events/fourth-session-of-the-global-platform-for-disaster-risk-reduction>.

²⁸ . Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America, 2022.

²⁹ . Opening statements of Chair of the Fourth Session of the Global Platform for Disaster Risk Reduction.

³⁰ . proceeding of global platform for DRR, 2013.

³¹ . HFA, 2005: Priority 2.

³² . Committee on Economic, Social & Cultural Rights, G.C. 14, para. 31.

حاکمیت قانون و وضع مقررات و قوانین توسط دولت‌ها انجام شود به گونه‌ای که انسجام، وحدت و یکپارچگی در آن وجود داشته باشد.

۱-۴. وضع مقررات برای تضمین حق بر سلامت

میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بند ۲ ماده ۲، تأکید می‌کند که؛ کشورهای عضو متعهدند حقوق مذکور در میثاق را بدون هیچ گونه تبعیض از حیث نژاد، جنس، رنگ و... تضمین نمایند. برای تضمین این حقوق لازم است دولت‌ها علاوه بر سیاست گذاری، مقرراتی را برای تضمین و عملیاتی کردن خط مشی‌های سیاسی خود تنظیم نمایند. در همین راستا، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز ماهیت تعهد دولت‌های عضو را مطابق تفسیر عمومی شماره ۳، تعهد به نتیجه ارزیابی می‌کند. در زمینه حق بر سلامت تنظیم و تدوین مقررات از جمله؛ وضع مقررات جدید، اصلاح و الغاء قوانین مغایر با مفاد میثاق از تعهدات اولیه هر دولتی است.^{۳۳} این مقررہ گذاری برای تضمین و اجرای تعهدات دولت‌ها به ویژه تعهد دولت متأثر در زمینه‌ی تعهد به اجرای حق بر سلامت در زمان وقوع بلایا است. یعنی جزء دیگر حق بر سلامت که تکلیف دولت به برقراری ایجاد زمینه برای برخورداری افراد از حق بر سلامت است، دولت را وادار به انجام اقدامات ضروری و یا به اصطلاح طرح ۲۰۱۶ کمیسیون حقوق بین‌الملل، اقدامات مقتضی و متناسب خواهد کرد تا نیازهای افراد در خصوص سلامتی رفع گردد. البته رفع این نیازها اغلب در قالب طرح‌های جامع و تفصیلی ملی هستند. از همین رو دولت مکلف است اقداماتی را برای احقاق و اجرای حقوق اشخاص در زمینه قانونگذاری، بودجه‌ای، قضایی و... اتخاذ نماید. به عنوان مثال؛ دولت می‌تواند برنامه‌های ملی بهداشت و تأمین خدمات بهداشتی را با وضع قوانین تضمین نماید. به همین منظور لازم است یک دولت شرایطی که مردم در آن زندگی، کار و ازدواج می‌کنند، فرزندانشان به دنیا می‌آیند و پیر می‌شوند را در نظر بگیرد.^{۳۴} در واقع هر دولتی باید با توجه به سطح درآمد، قدرت، توزیع پول و ثروت و منابع طبیعی و غیر طبیعی، میزان دسترسی به غذای سالم و کافی و همچنین دسترسی به آب تمیز؛ به وضع قانون بپردازد.^{۳۵} به عنوان مثال با بررسی‌های انجام شده میان فقر و بیماری‌های واگیر مانند: ایدز، مالاریا و سل ارتباطی دوسویه وجود دارد. بدین معنا که، هر چه میزان فقر افزایش پیدا می‌کند میزان ابتلا و درگیری افراد با بیماری‌های واگیردار هم افزایش پیدا می‌کند و همچنین بیماری‌های واگیردار نیز صدمه‌های جدی به وضعیت اقتصادی، نابسامانی اجتماعی، بی‌ثباتی و فقر وارد می‌کنند. این مسأله نشان دهنده‌ی آن است که، فقر یکی از عوامل بسیار مهم اشاعه‌ی بیماری‌های واگیردار است، زیرا که موجب ناآگاهی، نبود مراقبت‌های بهداشتی کافی، تغذیه و اوضاع بهداشتی نامناسب خواهد شد. تا حدی که ممکن است منجر به مخاصمه، بی‌ثباتی سیاسی، جا به جایی جمعیت و... شود.^{۳۶} همانگونه که گفته شد حاکمیت قانون به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم تعهد دولت‌ها محسوب می‌شود که دولت باید توانایی برقراری نظم و امنیت را داشته باشد. به عبارت بهتر قانون همواره حکومت را برای ایجاد نظم ترغیب می‌کند. لازم به ذکر است که حاکمیت قانون باید به نحوی باشد که در شرایط بحرانی نیز کاربرد داشته باشد. به نحوی که در شرایط بحرانی همچنان نظم و امنیت برقرار باشد و جان و سلامت اشخاصی که درگیر بلایا شدند حفظ شود و مورد حمایت قرار بگیرند. از همین قرار به نظر می‌رسد کمیسیون

³³. Committee on Economic, Social & Cultural Rights (CESCR), the Nature of States Parties Obligations, General Comment No.3, 1990, para.2.

³⁴. WHO, social determinants of health, 2017.

³⁵. علیرضا ابراهیم گل و دیگران، حقوق بشر و مبارزه با بیماری‌های واگیر در عرصه‌ی بین‌المللی: ضرورت‌ها و چالش‌ها، فصلنامه مطالعات حقوق عمومی، شماره ۱، دوره ۵۱، (۱۴۰۰).

³⁶. Marcella Alsan, et al., "Poverty, Global Health and Infectious Disease: Lessons from Haiti and Rwanda", Infect Dis Clin North Am, Vol. 25 No.3, (2011): 615.

حقوق بین الملل با تأکید بر حاکمیت قانون به وضع قوانینی در راستای حفظ و حمایت از حق بر سلامت و حیات اشخاص آسیب دیده از بلایا اشاره می‌کند. در همین راستا بند ۱ ماده ۹ طرح ۲۰۱۶ حمایت از اشخاص در زمان وقوع بلایا بیان می‌نماید که، « هر کشور مکلف است با اتخاذ اقدامات مناسب از جمله وضع قوانین و مقررات، خطر بروز بلایا را کاهش دهد تا از این طریق، از بروز بلایا جلوگیری نماید، آن را کاهش دهد و برای مقابله با آن آماده گردد». براساس این مقرره، از سال ۲۰۱۶ تا کنون، هر کشور و منطقه‌ای سیاست‌های مشخصی در زمینه کاهش خطر بلایا مقرر نموده است. به عبارتی تعدادی از کشورها قوانین خاصی را برای مدیریت خطر بلایای طبیعی یا به شکل مقررات مستقل یا به عنوان بخشی از یک نظام گسترده حقوقی در مدیریت و مقابله با خطر فاجعه تصویب کردند. همچنین کمیسیون در نظر داشته است که، ابتدا هر کشور برای کاهش خطر بلایا باید در سطح داخلی اقداماتی را انجام دهد و اقداماتی هم که نیاز به تعامل میان دولت‌ها و سایر عاملان کمک کننده دارند در ماده ۷ تحت عنوان «تعهد به همکاری» مطرح شده است. به عبارت دقیق‌تر، کمیسیون با توجه به اصل برابری حاکمیت‌ها که در بند ۱ ماده ۲ منشور ملل متحد بیان شده است، به نحوی این ماده را ذکر کرده است که؛ براساس تفاوت ظرفیت‌ها و امکانات هر کشوری، در عین حال مسؤولیت مشترک آنها هم قابل طرح باشد. حتی کمیسیون با ذکر عبارت «وضع قوانین و مقررات» به این موضوع تأکید کرده است که، در صورت عدم اجرای این اقدامات، باید سازگاری جهت اجرا و پاسخگویی در نظام داخلی هر کشوری وجود داشته باشد.^{۳۷} البته یک کشور باید حداقل زیرساخت دولتی را داشته باشد تا از آسیب‌ها جلوگیری کند، یا آنها را متوقف کند یا جبران نماید و یک کشور نمی‌تواند به بهانه کمبود ظرفیت از زیر بار مسؤولیت شانه خالی کند، چرا که این گونه اقدامات از آستانه حداقلی برخوردار است.^{۳۸} به همین منظور برخی از اسناد بین‌المللی مهم مانند؛ مقررات بین‌المللی بهداشت و قطعنامه‌های مجمع عمومی در این زمینه موجب ارتقاء حق بر سلامت و تحکیم آن شدند. به نحوی که مورد استفاده کشورها قرار گرفته است.

۴-۱-۱. تصویب مقررات بین‌المللی بهداشت

در جهت مقرر گذاری، مقررات بین‌المللی بهداشت از مهم‌ترین اسناد بین‌المللی است که حاکم بر رفتار کشورها در پیشگیری، واکنش به بیماری‌ها، ارائه خدمات و سیاست گذاری می‌باشد. مجمع عمومی سازمان بهداشت جهانی براساس یکی از مسؤولیت‌های خود مبنی بر کنترل انتشار بیماری‌ها در سطح جهان در سال ۱۹۶۹ مقررات بین‌المللی بهداشت را تصویب کرد. نسخه فعلی مقررات بین‌المللی بهداشت در سال ۲۰۰۵ به دلیل افزایش تردهای بین‌المللی و نوپدید شدن بیماری‌های جدید مانند؛ سارس، اصلاح گردید و در سال ۲۰۰۷ برای ۱۹۶ کشور لازم‌الاجرا شد.^{۳۹} هدف و گستره این مقررات عبارتست از «پیشگیری، محافظت، کنترل و فراهم نمودن پاسخ بهداشت عمومی به انتشار بین‌المللی بیماری‌ها به نحوی که متناسب و محدود به خطر بهداشت عمومی شده و از تداخل بی‌مورد در مسافرت‌ها و تجارت بین‌المللی پرهیز گردد». دامنه و گستره مقررات بین‌المللی بهداشت صرفاً محدود به یک بیماری خاص یا یک روش انتقال ویژه نمی‌شود بلکه شامل هر گونه ناخوشی یا وضعیت پزشکی (بدون توجه به منبع یا مبدأ آن) می‌باشد که بالقوه یا بالفعل بتواند آسیب بارز به انسان‌ها وارد نماید. بنابراین افزایش ظرفیت‌های جامعه بین‌المللی برای پیشگیری و واکنش به گسترش بیماری‌های عفونی از مواردی است که این سند از دولت‌ها می‌خواهد. التزام کشورهای عضو برای ایجاد حداقل ظرفیت‌های بهداشتی کلیدی مورد نیاز مقررات از دیگر اهداف مهم این مقررات می‌باشند.^{۴۰} یکی از سیاست‌های اصلی این سند بین‌المللی در جهت مقرر گذاری، همکاری و کمک می‌باشد. در واقع یکی از مفاد اصلی این سند که در مورد تعهد به همکاری دولت‌هاست، مهم‌ترین و ارزشمندترین سیاست دولت‌ها را همکاری می‌داند. این ماده دولت‌ها را به همکاری در زمینه‌های شناسایی،

³⁷. Draft articles 2016: art9, para 1(6-14).

³⁸. Antonio Coco and Talita de Souza Dias, "Prevent, Respond, Cooperate States' Due Diligence Duties Vis à Vis the covid-19 Pandemic", journal of international humanitarian legal, (2020): 221.

³⁹. World health assembly (WHA), 58.3/ 2005.

⁴⁰. International health regulations (IHR), 2005, art 2.

ارزیابی و واکنش به رویدادها و همچنین تجهیز منابع مالی ملزم می‌کند. بنابراین مطابق بند ۲ و ۴ ماده ۴۴ برای تقویت، توسعه و حفظ ظرفیت‌های بهداشتی تسهیل همکاری‌های فنی و پشتیبانی را پیش‌بینی می‌کند و همچنین برای اجرای مقررات بین‌المللی بهداشت تدوین قوانین ملی، محلی و جهانی را پیشنهاد می‌کند. این موضوع تا حدی اهمیت دارد که سازمان بهداشت جهانی نیز در این مورد در بند ۲ ماده ۴۴ نیز اعلام آمادگی می‌کند. در واقع این ماده دو مجموعه تعهدات را تعیین می‌کند: تعهد دولت‌ها به همکاری با یکدیگر و تعهد به همکاری سایر بازیگران بین‌المللی با دولت‌ها. آنچه این ماده را از لحاظ حقوقی برجسته کرده است استفاده از ادبیات حقوقی الزام آوری است که لازم است به آن توجه ویژه‌ای شود. بدین صورت که، استفاده از اصطلاح "shall" به عنوان یک فعل امری در زبان انگلیسی به جای عبارت "should" که ضعیف‌تر از عبارت shall می‌باشد به وضوح نشان دهنده قصد دولت‌ها برای ایجاد یک تعهد قانونی الزام آور برای همکاری است. در واقع تصمیم به گنجاندن لغت امری در ماده ۴۴ دلیلی بر قصد ایجاد الزام قانونی بوده است.^{۴۱} این مسأله نه تنها در مورد بند ۱ ماده ۴۴ این مقررات، بلکه در مورد بند ۲ همین ماده نیز صادق است. یعنی همان تعهدی که برای دولت‌ها طبق بند ۱ این ماده به وجود آمده است همان تعهد برای سازمان بهداشت جهانی نیز وجود دارد. بدین نحو که، اصطلاح "shall undertake to collaborate" در بند ۱ ماده ۴۴ تفاوتی با اصطلاح "shall collaborate" در بند ۲ ماده ۴۴ ندارد.^{۴۲} در مورد محتوای بند ۱ ماده ۴۴، پروفیسور راجر والفرم تأکید کرده است که تعهد به همکاری، به طور کلی، "تعهد به انجام عملیات هماهنگ [با سایر کشورها] برای دستیابی به یک هدف خاص است"^{۴۳}. برخی از حقوقدانان دیگر این تفاوت نوشتار در بند ۱ و ۲ ماده ۴۴ را عمداً تفسیر کردند و معتقدند که؛ سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک سازمان عملیاتی تعهد بی قید و شرط بیشتری نسبت به دولت‌ها برای همکاری دارد بنابراین تعهد این سازمان به همکاری باید تعهد به نتیجه تلقی گردد و تعهد دولت‌ها به همکاری مطابق این مقررات، تعهد به فعل تلقی گردد. برخی دیگر مانند؛ رانا مصطفی ایسوی، استاد دانشگاه اسکندریه مصر^{۴۴} معتقد است که، «اصطلاح متعهد شدن فی نفسه به معنای تعهد به فعل نیست. همانگونه که؛ تعهد ذکر شده در ماده ۴۹ کنوانسیون ژنو مربوط به بهبود وضعیت مجروحان و بیماران در مخاصمات مسلحانه از کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو ۱۹۴۹، علی‌رغم استفاده از کلمه «تعهد»، یک تعهد به نتیجه محسوب می‌شود نه تعهد به فعل، چون تصریح می‌کند که "دولت‌ها متعهدند هر قانون ضروری را وضع نمایند...»). بنابراین تعهد مذکور در این ماده، یک الزام برای دولت‌هاست که قوانینی را در این رابطه وضع نمایند، نه اینکه تلاش کنند تا قوانینی را وضع نمایند.^{۴۵}

آنطور که به نظر می‌رسد تعهد دولت‌ها به همکاری با یکدیگر در مقابله با بیماری‌های همه گیر تعهد به نتیجه است که نشان می‌دهد دولت‌ها موظف به همکاری هستند نه این که صرفاً در این راه گام‌هایی را بردارند یا تعهد به فعل داشته باشند. با توجه به این که این مقرره در راستای حمایت از حقوق بشر اشخاص درگیر بیماری‌های همه گیر به ویژه حق بر سلامت تدوین یافته است و همچنین از لحاظ زمانی مقدم بر پیش‌نویس ۲۰۱۶ می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت جنبه‌ی الزام آور بودن این سند بین‌المللی از لحاظ حقوقی کاملاً مشهود است.

⁴¹ . Essawy, R.M, closing the Doors on Health Nationalism: The Non- emptiness of the Legal Duty to Cooperate in Pandemic Response under *Lex Specialis*, 2022: 9.

⁴² . Margherita, Cina, et al, The Stellenbosch Consensus on the International Legal Obligation to Collaborate and Assist in Addressing Pandemics: Clarifying Article 44 of the International Health Regulations, Georgetown University Law Center, (2020): 14-15.

⁴³ . Rudger Wolfrum, Edited by Hestermeyer Holger (2012), "Coexistence, Cooperation and Solidarity", Volume 1, Martinus Nijhoff Publishers.

برای اطلاعات بیشتر ر.ک به:

‘Jost Delburk, The International Obligation to Cooperate: An Empty Shell or a Hard Law Principle of International Law, A Critical Look at a Much Debated Paradigm of Modern International Law’.

⁴⁴ . Assistant Professor of Public International Law, Alexandria University, Egypt

⁴⁵ . Essawy, R.M, (2020), the Legal Duty to Cooperate amid COVID-19: A Missed Opportunity? ejiltalk.org, (2020): 10.

۲. اقدامات دولت‌ها پس از وقوع بلایا برای تضمین حق بر سلامت

دولت‌ها بعد از وقوع بحران نیز همچنان به عنوان مسؤول اولیه مقابله با بلایا، باید از ظرفیت‌های موجود خود جهت آمادگی و انتشار اطلاعات مربوط به آن فاجعه را هم در اختیار شهروندان خود و هم سایر کشورها و بازیگران بین‌المللی قرار دهند. به عنوان مثال؛ کشورهای لیبی، غنا و سیرالئون با همکاری یکدیگر سیاست‌هایی را برای مقابله با ابولا پیش گرفتند، از جمله؛ مشارکت و حضور ذینفعان در مراحل ارزیابی و برنامه ریزی در رهبری برای کنترل این بیماری و تعیین ضمانت اجرا و همچنین شناسایی و ارزیابی ظرفیت‌های موجود و نواقص مربوط به ارزیابی‌ها و عملکرد مدیران از گام‌های اولیه برای ارتقاء سلامت اشخاص آسیب دیده بود. علاوه بر اقدامات پایه‌ای و راهبردی، این سه کشور گروهی را نیز موظف کردند که بر اجرای برنامه‌ها و تداوم خدمات ضروری نظام سلامت نظارت داشته باشند و گزارش‌های لازم از اجرا یا عدم اجرای این برنامه ارائه دهند.^{۴۶}

بنابراین هر چند تعهد به احترام در حق بر سلامت، جنبه‌ی سلبی برای تعهد دولت ایجاد می‌کند و موجب منع مداخله‌ی مستقیم و غیر مستقیم منفی دولت در حق بر سلامت خواهد شد اما این دولت را از اتخاذ اقدام فوری برای تضمین حق بر سلامت معاف نمی‌کند. بدین صورت که دولت ممکن است با مداخله‌ی منفی موجب ممنوعیت یا کاهش دسترسی به خدمات بهداشت و درمان برای گروه‌های خاص از جمله؛ اقلیت‌های قومی، مذهبی یا پناهنجویان گردد اما این در حالی است که هر دولتی ملزم به ارائه خدمات به همه گروه‌های انسانی فارغ از جنسیت، مذهب، قومیت، نژاد و... است.^{۴۷} همچنین تعهد به احترام ایجاب می‌کند که، دولت خدماتی همچون صدور مجوز تولید و ورود داروهای ایمن، اتخاذ رویه‌های برابر در خصوص نیازهای بهداشتی زنان، تقویت آمادگی، انتشار و به روز رسانی اطلاعات مربوط به بحران و همچنین مشارکت مردم و دولت با مجامع بین‌المللی در تصمیمات و مسائل مربوط به سلامت ارائه دهد. بنابراین می‌توان گفت مبنای ارائه هر گونه خدمات به اشخاص آسیب دیده از بلایا، مسؤولیت‌پذیری و پاسخگویی آن دولت می‌باشد.

۲-۱. جهان و بحران کرونا

رویکرد مبتنی بر حقوق بشر به حق بر سلامت منجر به حمایت و ترویج این حق بنیادین از سوی تمام بازیگران بین‌المللی خواهد شد. براساس این رویکرد آگاهی سایر جوامع و بازیگران بین‌المللی از بحران به وجود آمده منجر به کمک و ارائه سیاست به دولت‌ها می‌شود.^{۴۸} از طرف دیگر، دولت‌ها نیز می‌توانند با ابراز نگرانی‌ها و دغدغه‌های خود نسبت به وضعیت‌های بحرانی در جهت حمایت و ارتقاء حق بر سلامت مجامع بین‌المللی همانند؛ شورای امنیت و مجمع عمومی را آگاه نمایند. از همین رو، از دیدگاه حقوق بین‌الملل، همه‌گیری کرونا به عنوان بلا وصیف می‌شود که منجر به فراخوانی‌های مختلفی به ویژه از طرف سیستم سازمان ملل برای همکاری بین‌المللی و همبستگی جهانی هماهنگ شده است. چرا که قطعنامه‌های متعدد مجمع عمومی و شورای امنیت سازمان ملل متحد شیوع کرونا و ویروس را به عنوان یک بیماری همه‌گیر معرفی کردند که با توجه به تعداد مرگ و میرهای ناشی از این بیماری و همچنین تعداد ابتلا نشان دهنده‌ی یک رویداد فاجعه آمیز در مفهوم پیش نویس کمیسیون ۲۰۱۶ می‌باشد. اکنون که صحبت از بیماری همه‌گیر کرونا است، این ویروس به عنوان یک مهمان ناخوانده از مرزهای ملی به راحتی عبور کرد و با وجود این که احترام به حاکمیت و صلاحیت سرزمینی کشورها از عناصر ذاتی حقوق بین‌الملل محسوب می‌شوند اما ویروس کرونا هیچ مرزی را نمی‌

⁴⁶. Lauren Hart et al, Building Capacity for Resilient Health Systems-Lessons Learned from Sierra Leone, Guinea, and Liberia in the Time of Ebola. OECD Publishing under the terms of MEASURE Evaluation cooperative agreement; .2017.

⁴⁷. International Covenant on Economic, Social and Cultural Right, ICESCR, 2017: para 29-40.

⁴⁸. David Patterson, Human Rights-based Approaches and the Right to Health: A Systematic Literature Review, Journal of Human Rights Practice, 2024, 16, 605.

شناخت^{۴۹}. در چنین شرایط بحرانی، کارآمدی حقوق بین الملل و به ویژه اثر آن در حفظ جان آدمیان و ارتقاء حق بر سلامت به محک آزمونی سخت گذاشته شد. به گونه‌ای که میشل باشله^{۵۰}؛ کمیسر عالی حقوق بشر سازمان ملل متحد^{۵۱}، ویروس کرونا را به معیاری برای آزمون جامعه بین‌المللی بدل کرد^{۵۲}. در همین راستا قطعنامه معروف مجمع عمومی در رابطه با همه‌گیری ویروس کرونا با عنوان "همبستگی جهانی برای مبارزه با ویروس کرونا"^{۵۳} اهمیت مبارزه با این بیماری را نشان می‌دهد. این بدین معناست که مجمع عمومی با توجه به آثار بی‌سابقه و مخربی که کرونا بر سلامت، امنیت، اقتصاد، تجارت جهانی، وضعیت پناهندگان، محیط زیست و معیشت مردم داشته مسأله همبستگی میان کشورها و تجدید همکاری‌های چند جانبه را مطرح می‌کند که این همه‌گیری، واکنش جهانی را می‌طلبد. مجمع عمومی نیز در این میان به اقشار آسیب‌پذیر و فقیر اشاره می‌کند که این افراد توسط همه‌گیری کرونا، بیشترین آسیب را می‌بینند. این آسیب مانع پیشرفت در دستیابی به اهداف توسعه پایدار می‌شود. از همین رو، نقش سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در محافظت از سلامتی و ایمنی مردم امری بسیار مهم است. این نهادها از طریق اتحاد و همکاری چند جانبه با دولت‌ها می‌توانند نسبت به کاهش این بیماری اقدامات لازم را اتخاذ نمایند^{۵۴}. قطعنامه ۲۵۳۲ که اولین اقدام شورای امنیت در زمینه مبارزه با کرونا است، به مسأله به خطر افتادن صلح و امنیت بین‌المللی در صورت ادامه دار شدن این وضعیت می‌پردازد. بدین خاطر که، خشونت و بی‌ثباتی در موقعیت‌هایی مانند؛ مخاصمه مسلحانه می‌تواند بیماری همه‌گیر را تشدید کند و بر عکس آن هم وجود دارد که، همه‌گیری می‌تواند اقدامات غیر بشردوستانه در جنگ و درگیری را تشدید نماید^{۵۵}. صدور قطعنامه ۲۵۶۵ نشان از این است که، همه‌گیری می‌تواند آثار سوء انسانی در مخاصمات و نابرابری در دسترسی به واکسن را تشدید نماید. از نکات مهم این قطعنامه توجه به حقوق بشردوستانه است. از آنجایی که، تخریب زیر ساخت‌های پزشکی، همچنین آسیب به غیر نظامیان از پیامدهای مهم مخاصمات مسلحانه هستند، باید از تمام پرسنل پزشکی، پرسنل بشردوستانه، وسایل حمل و نقل، تجهیزات پزشکی، بیمارستان‌ها و دسترسی به سایر تجهیزات مربوط به کووید-۱۹^{۵۶}، تحت همین قوانین بشردوستانه حمایت به عمل آید. از دیگر موارد مهمی که در این قطعنامه لازم بود کشورها با یکدیگر همکاری نمایند، دسترسی به واکسن‌های ایمن، کارآمد و مقرون به صرفه^{۵۷} و برطرف کردن تمام موانع دسترسی به واکسن بوده است. مطرح کردن این موضوع در قطعنامه‌ای که توسط شورای امنیت صادر شده است بیانگر نگرانی شورا از، انحصاری شدن واکسن می‌باشد. و این که، دسترسی به آن صرفاً توسط برخی از کشورها، باعث می‌شود واکسن به یک کالای عمومی جهانی تبدیل نشود. در واقع به علت رقابت کشورها برای تولید و خرید واکسن کووید-۱۹، همیشه بیم تسلط کشورهای ثروتمند بر دوزهای واکسن وجود دارد و این نشأت گرفته از هشدار کارشناسان در سراسر جهان در رابطه با انحصاری شدن واکسن می‌باشد. به همین خاطر از دبیر کل سازمان ملل متحد و همچنین از سازمان بهداشت جهانی خواسته شده تا درمورد دسترسی به واکسن و انتقال واکسن از مناطق توسعه یافته به مناطق کمتر توسعه یافته و یا توسعه نیافته پیگیری و اقدام نمایند^{۵۸}. قطعنامه‌های صادر شده، نگرانی جامعه جهانی از بیماری‌های همه‌گیر را نشان می‌دهد، علاوه بر

⁴⁹. Barrie, Sander and Jason Rudall, Symposium on COVID-19 and International Law: Introduction, opinion Juris, (2020): 5.

⁵⁰. Michelle Bachelet

⁵¹. UN High Commissioner for Human Rights

⁵². Sam, Zarifi, Kates, Powers, Covid-19 symposium: Human Rights in the time of covid-19 front and center, in: Covid-19 and international law, opinion juris symposium, (2020): 126.

⁴⁹. "Global solidarity to fight the coronavirus disease 2019 (COVID-19)"

⁵⁴. United Nations, General Assembly, GA/RES/74/270/2020.

⁵⁵. United Nations, Security council, SC/RES/ 2532/2020.

⁵⁶. Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A).

⁵⁷. Safe, efficacious, and affordable COVID-19 vaccines.

⁵⁸. United Nations, Security council, SC/RES/2565 (2021): Para 1-10.

این، همکاری بین‌المللی در زمان همه‌گیر شدن را به عنوان یک راهکار شاخص برای کاهش خطر بلایا، تاب‌آوری و حمایت از حق بر سلامت اشخاص آسیب‌دیده از بلایا معرفی می‌نماید.

کشورهای آفریقای جنوبی برای مواجهه با بیماری کرونا از چهارچوبی با عنوان «تاب‌آوری هر روزه نظام سلامت» استفاده کردند. مطابق این چهارچوب، راهبردهایی مانند: ارتقاء سطح ظرفیت‌های رفتاری، شناختی و زمینه‌ای مدیران، کاهش هزینه‌های دریافتی از بیماران تا زمان بازگشت به حالت عادی و استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و انجمن‌های مرتبط با سلامت در نظر گرفته شده است.^{۵۹} به نظر می‌رسد این ارتباط متقابل دولت‌ها و بازیگران بین‌المللی به گونه‌ای حاکی از همان رویکرد افقی و تعهد محور پیش‌نویس ۲۰۱۶ می‌باشد.

۲-۲. تعهد دولت‌ها به تسهیل دسترسی و تأمین امکانات و خدمات

برای آن که اشخاص آسیب‌دیده از بلایا توانایی مقابله با بحران و بلایا را داشته باشند دولت‌ها متعهدند خدمات و امکانات اولیه را برای شهروندان آسیب‌دیده خود فراهم نمایند. اگر چه شیوه انجام و اجرایی کردن چنین مقوله‌ای در جوامع مختلف متفاوت است، اما با بررسی‌های انجام شده در طول ۷۰ سال گذشته، جامعه حقوقی بین‌الملل تعهد حقوقی برای دولت‌ها ایجاد کرده است تا از طریق موافقت‌نامه‌ها و معاهدات بین‌المللی، دسترسی شهروندان خود را به خدمات بهداشتی و دارویی فراهم کنند. این موافقت‌نامه‌ها-های بین‌المللی حاکی از راهکارهای مشترک و جهانی برای ارائه و تسهیل دسترسی به خدمات می‌باشد.^{۶۰} به همین منظور، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر قسمت اول بند ۲ ماده ۱۲ میثاق مبنای ارائه‌ی خدمات را تلاش برای رشد بهتر کودکان، کاهش نرخ مرگ و میر نوزادان، مراقبت‌های لازم پیش و پس از زایمان و دسترسی به خدمات اورژانس برای مادران و کودکان در نظر می‌گیرد. این اقدامات به تحقق حق بر سلامت کمک خواهد کرد. ضمن آن که کمیته در تفسیر قسمت دوم بند ۲ ماده ۱۲ به فراهم کردن شرایط کاری و محیطی سالم است. از همین رو دولت موظف است امنیت و سلامت اشخاصی که در معرض مواد شیمیایی، رادیو اکتیو و سایر مواد خطرناک قرار گرفتند را تأمین نماید همچنین خدمات بهداشتی لازم از جمله اقدامات پیشگیرانه برای مقابله با بیماری‌های محیط کار و تصادفات ارائه گردد. در قسمت سوم بند ۲ ماده ۱۲ اشاره به ایجاد سازوکارهای درمان فوری به ویژه در هنگام حوادث، تدارک کمک‌های بشردوستانه هنگام بحران و بلایا، ایجاد برنامه‌های آموزشی به ویژه در مورد رفتارهای پرخطر و همچنین همکاری بین‌المللی برای ارتقاء کنترل و پایش همه‌گیری و جمع‌آوری داده در مورد بیماری‌های واگیردار در قسمت سوم بند ۲ ماده ۱۲ نمونه‌هایی از تعهد اولیه هر دولتی هستند که در زمینه‌ی اجرای حق بر سلامت به ویژه در زمان وقوع بحران و بلایا قابل اجرا می‌باشند.^{۶۱} حال در زمانی که یک کشور درگیر فاجعه‌ای سهمگین و فرامرسی شده است خدماتی را باید ارائه دهد تا خطر و آسیب آن فاجعه کاهش پیدا کند. در واقع ارائه این خدمات عطف به همان مقرره‌هایی است که توسط دولت وضع می‌شوند. ضمن آن که دسترسی به امکانات و خدمات بهداشتی با موجود بودن^{۶۲} این خدمات ملازمه دارد. بر این اساس باید امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی به اندازه کافی در سرتاسر دولت متأثر وجود داشته باشد تا در چنین شرایطی کودکان، زنان، سالمندان، افراد دارای معلولیت و به طور کلی اقشار آسیب‌پذیر که باید مورد توجه بیشتری قرار بگیرند بتوانند به راحتی به این امکانات دسترسی پیدا کنند. در واقع وجود امکانات و خدمات درمانی و بهداشتی در سطح وسیع و برنامه‌ریزی‌های جامع برای تسهیل و توزیع عادلانه‌ی این امکانات در سراسر کشور کاملاً به استقرار نظام سلامت در هر کشوری بستگی دارد. در نظام سلامت منظور از دسترس پذیر بودن^{۶۳} خدمات

⁵⁹. Lucy Gilson et al, Organizational change and everyday health system resilience: lessons from Cape Town, South Africa. Social science & medicine. 2020: 266.

⁶⁰. Haylee Knight, The Right to Health: An International Obligation to Provide Access to Medication and Healthcare, denver journal of international law and policy, 2021.

⁶¹. General Comment No. 14, 2000.

⁶². Availability.

⁶³. Accessibility.

درمانی، دسترسی مالی^{۶۴} و دسترسی فیزیکی^{۶۵} به خدمات است^{۶۶}. به عنوان مثال؛ در کشور ایرلند به صورت سالیانه برای افراد و خانواده‌ها سالیانه حداقل و حداکثر پرداخت هزینه دارو با کارت بیمه در نظر گرفته می‌شود و این مبلغ هزینه برای افرادی که دارای بیماری‌های مزمن باشند به مراتب افزایش پیدا می‌کند. این مزیت حتی برای گردشگرانی که از کشورهای اتحادیه اروپا به این کشور مهاجرت می‌کردند در نظر گرفته می‌شد. در زمان همه‌گیری کرونا نیز ایرلند اقداماتی را در راستای ارائه خدمات برای حمایت از حق بر سلامت اتباع خود اتخاذ کرد که عبارت بودند از: ارائه خدمات درمانی و سرپایی در منزل به جای بستری در بیمارستان، اعتماد سازی و ظرفیت سازی از طریق برقراری ارتباط مستقیم مسئولان نظام سلامت با مردم و اختصاص بیشترین درصد بودجه به بخش سلامت و همچنین بیمه کردن افراد فاقد هر گونه پوشش بیمه‌ای. یکی دیگر از راهکارهای دولت ایرلند در زمینه تاب‌آوری این بود که، مالیات خدمات مراقبت در منزل را کاهش داد. سقف مبلغ ارائه خدمات به گروه‌های آسیب پذیر را افزایش داد^{۶۷}. فلسطین نیز پس از جنگ سوریه و افزایش ورود مهاجران به این کشور، به جهت افزایش ارائه خدمات و مسؤولیت پذیری بیشتر، منابع دارویی را با پشتیبانی دولت به سرعت شارژ نمود. همچنین برای جلوگیری از فرسودگی و کاهش منابع، انبارهای دارویی منطقه‌ای را ایجاد نمود. علاوه بر این، خدمات پیشگیرانه، خدمات روانشناسی برای جلوگیری از سندرم بعد از حادثه^{۶۸} و درمان خشونت‌های جنسی و روانی از خدمات مؤثر دولت فلسطین برای این رویداد بود^{۶۹}.

۲-۳. انتشار و به روز رسانی اطلاعات

اگر فاجعه به نحوی باشد که بر کشورهای همجوار تأثیر بگذارد در این صورت، از اقدامات بنیادین دولت‌ها به ویژه دولت متأثر آن است که، آنچه که مربوط به این بلیه می‌شود را به سایر دولت‌های درگیر اطلاع دهد. انتقال اطلاعات در زمان وقوع بحران منجر می‌شود تا اطلاعات مربوط به خطر بحران، میزان خسارت‌های وارد شده به صورت رایگان در اختیار عموم قرار گیرد که این امر باعث تصمیم‌گیری و اقدامات مؤثر می‌شود. همچنین این امر به کلیه ذینفعان اجازه می‌دهد مسؤولیت اقدامات خود را برعهده بگیرند. انتشار اطلاعات موجب افزایش شفافیت در تعاملات، نظارت و کنترل عمومی خواهد شد و نتیجه چنین امری، اولویت بندی در برنامه‌ریزی‌ها و همچنین سرمایه‌گذاری‌ها خواهد شد^{۷۰}. همانطور که آمارتیا سن برنده جایزه نوبل^{۷۱} نقل می‌کند که: « در تاریخ وحشتناک قحطی در جهان، هیچ قحطی قابل توجهی در هیچ کشور مستقل و دموکراتیک با مطبوعات نسبتاً آزاد رخ نداده است. در واقع کشوری که مستقل، عادل، پاسخگو و مسؤولیت پذیر باشد دچار قحطی شدید نخواهد شد»^{۷۲}.

همانطور که کشور استرالیا در راستای حمایت اجرایی از حق بر سلامت، انتقال اطلاعات در کوتاه‌ترین زمان ممکن و برای همه سطوح مختلف جامعه را در دستور کار خود قرار داد. همچنین امیددهی واقعی توسط مسئولان نظام سلامت و عدم ایجاد هیجان در اطلاع رسانی از جنبه‌های مهم مدیریت انتقال اطلاعات به جامعه می‌باشد. هر چند استرالیا در اوایل همه‌گیری کرونا با سرعت عمل نکرد اما سعی کرد یک سامانه هشدار سریع برای اطلاع رسانی به مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت راه اندازی نماید^{۷۳}. مقامات

⁶⁴. Affordability.

⁶⁵. Physical Accessibility.

⁶⁶. Paolucci, Francesco, "Health Care Financing and Insurance; Options for Design", Springer, Developments in Health Economics and Public Policy, 2011, Vol.10, p.

⁶⁷. Sara Burke; et al, Building health system resilience through policy development in response to COVID-19 in Ireland: From shock to reform. The Lancet Regional Health-Europe.. 2021.:9:100223.

⁶⁸. Post Traumatic Syndrome/Disorder.

⁶⁹. Alameddine M, et al. Resilience capacities of health systems: accommodating the needs of Palestinian refugees from Syria. Social Science & Medicine, 2019: 22.

⁷⁰. Draft articles, 2016: art9; para9 (18-21).

⁷¹. Amartya Sen, a Nobel Laureate.

⁷². Amartya sen, the Great Leap Famine and Amartya Sen, Grand Valley Journal of History, (2019): Article 2, Vol. 7.

⁷³. Anderson JE. Theorising Health System Resilience and the Role of Government Policy-Challenges and Future Directions; Comment on "Government Actions and Their Relation to Resilience in Healthcare During the COVID-19 Pandemic in New South Wales, Australia and Ontario, Canada". International Journal of Health Policy and Management. 2022;11

دولت ایتالیا در وقوع زلزله در شهر لاکویلا^{۷۴} به دلیل عدم هشدار و اطلاع رسانی فوری و کافی قبل از وقوع زلزله موجب کشته شدن و به خطر افتادن حق بر سلامت تعداد زیادی از افراد شدند. همین امر موجب شد دادستانی ایتالیا چند نفر از مقامات دولت ایتالیا را به دلیل عدم هشدار در اعلام زلزله به قتل غیر عمد متهم کند و دادگاه نیز آن‌ها را به شش سال حبس محکوم کند (Papas, 2012). دولت چین نیز در حمایت از حق بر سلامت باید شیوع بیماری کرونا را هر چه سریعتر اطلاع رسانی می‌کرد اما اولین اقدام رسمی دولت چین برای مقابله با کرونا، در ۲۰ ژانویه ۲۰۲۰ صورت گرفت که حدود ۵۰ روز مردم جهان از این بیماری مهلک بی‌خبر بودند^{۷۵}. با آن که سازمان بهداشت جهانی در دومین جلسه کمیته اضطراری خود وضعیت اضطراری بهداشت عمومی^{۷۶} اعلام کرد^{۷۷}، اما عدم اجرای تعهدات اولیه دولت چین مبنی بر عدم اطلاع رسانی، شفاف سازی و هشدار فوری، موجب طرح مسؤولیت بین‌المللی این دولت در همان سال‌های اول شیوع بیماری شد^{۷۸}. بنابراین حکمرانی مطلوب نه تنها موجب احترام به حق بر سلامت اشخاص آسیب دیده در کشور خود می‌شود بلکه اثر آن نیز موجب احترام به حق بر سلامت اشخاص در کشورهای دیگر که به طور غیر مستقیم گرفتار بلا شدند، می‌شود. به همین دلیل اطلاع رسانی و پاسخگو بودن دولت‌ها برای حمایت از حق بر سلامت اشخاص، از تعهدات اولیه هر دولتی در برابر بلایا می‌باشد.

نتیجه‌گیری:

همانطور که گفته شد دولت‌ها به عنوان اعضاء اصلی جامعه بین‌المللی و به موجب تعهدات حقوق بشری خود، متعهد هستند اقدامات لازم و ضروری را در راستای تضمین حق بر سلامت، قبل و بعد از مواجهه با بحران انجام دهند. از آنجایی که حق بر سلامت جزء حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و حقوق بنیادین بشر به شمار می‌رود، به حمایت حداکثری دولت‌ها نیاز دارد. بنابراین تعهد دولت‌ها در تأمین حق بر سلامت وابسته به اقداماتی همچون تعیین خط مشی سیاسی، تقویت مشارکت، همکاری و هماهنگی‌های بین‌المللی، وضع مقررات و قاعده سازی برای تضمین حق بر سلامت و کاهش خطر بلایا می‌باشد. همچنین در هنگامی که یک دولت گرفتار بحران شده است، بیش از آنچه که ریشه و مبنای آن فاجعه مهم باشد، نحوه مقابله با آن بحران از درجه اهمیت خاصی برخوردار است. به عبارت بهتر آنچه باعث می‌شود یک دولت عملکرد خوبی در مواجهه با بحران داشته باشد، میزان مسؤولیت پذیری، پاسخ‌گویی، شفاف سازی، ظرفیت سازی و افزایش تاب‌آوری شهروندان است. در همین راستا تأکید کمیسیون حقوق بین‌الملل بر حمایت از اشخاص در زمان وقوع بلایا دلیلی بر این مدعا است. به عبارت بهتر، در وضعیت‌های بحرانی، به دلیل افزایش آسیب به حوزه‌های گوناگون انسانی و غیر انسانی ضرورت حمایت مؤثر در برابر این حوادث را اقتضاء می‌کند. به وجود آمدن چنین شرایطی تعهد خاصی را برای دولت‌ها شکل داده است. این تعهد به معنای ایجاد بسترهای حمایتی نسبت به افراد آسیب پذیر و نسبت به میزان آسیب پذیری است. به همین دلیل کمیسیون هم به علت جایگاه دولت‌ها که از امکانات مناسب و ویژه‌ای بهره‌مند هستند سمت و سوی تدوین مقررات مربوطه در این زمینه را معطوف به دولت‌ها کرده است. دو نوع رویکرد خاص بر ادبیات پیش‌نویس ۲۰۱۶ حاکم است و تمرکز پیش‌نویس بر این دو رویکرد حائز اهمیت می‌باشد. چرا که، رویکرد عمودی و مبتنی بر حقوق بشر که مبتنی بر کرامت ذاتی و حمایت از حقوق بشر یک رویکرد حق محور است که برای ذینفعان مطابق کلیه حقوق مدنی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی، مطالبه حق را و برای متعهدان انجام تعهد را به منصفه ظهور می‌رساند. به عبارت بهتر از رهگذر بلایا همه‌ی ابناء

⁷⁴ . L'Aquila.

⁷⁵ . Villarreal, P. (2020), Can They Really Do That? States' Obligations under the International Health Regulations in Light of Covid-19 (Part I). Covid-19 Symposium. Copenhagen: Opinio Juris.

⁷⁶ . Public Health Emergency of International Concern (PHEIC).

⁷⁷ . WHO Statement, second meeting of the Emergency Committee, 2020.

⁷⁸ . Tzeng, p , Taking China to the International Court of Justice over COVID-19, ejiltalk. Org, (2020).

بشر متضرر می‌شوند در نتیجه نه تنها دولت‌ها بلکه همگان متعهد به حمایت هستند. این تعهد هم تعهد به نتیجه است بدین معنا که هیچ دولتی نمی‌تواند به بهانه‌ی کمبود امکانات از زیر بار مسؤولیت شانه خالی کند. در مقابل رویکرد عمودی، رویکرد افقی نیز وجود دارد که رویکرد تعهد محور است و مبتنی بر تعهد است. براین اساس کمیسیون راهکارهای متعددی را برای مقابله با بلایا ارائه می‌دهد. حتی ذکر اتخاذ اقدامات مقتضی و متناسب، دولت‌ها را از تلاش کردن معاف نمی‌کند برعکس به معنای تعیین خط مشی‌های سیاسی، اتخاذ قوانین و ساز و کارهای اجرایی لازم می‌باشد. به عبارت بهتر کمیسیون از رویکرد افقی برای اتخاذ اقداماتی که منجر به حمایت از اشخاص آسیب دیده از بلایا می‌شود استفاده می‌کند. یکی از همین اقدامات مهم تعهد به همکاری میان دولت‌ها و سایر بازیگران بین‌المللی است که کمیسیون توجه ویژه‌ای به این امر داشته است می‌شود. با توجه به این که کمیسیون در مقدمه خود به وظیفه تدوین مقررات بین‌المللی اشاره دارد، در این پیش‌نویس هم تأکید می‌کند که تمام تلاش خود برای انعکاس قواعد عرفی را اتخاذ کرده است و از همین رو قصد ندارد وظیفه اضافی را به دولت‌ها تحمیل نماید. بنابراین می‌توان گفت راهکارهای کمیسیون در جهت حمایت از اشخاص آسیب دیده از بلایا و همچنین تقویت همکاری‌های بین‌المللی در این زمینه تا حدی منعکس کننده‌ی قواعد عرفی بین‌المللی در جهت حمایت از حقوق بشر و حق بر سلامت هستند.

منابع:

فارسی:

۱. ابراهیم گل، علیرضا، روشن فکر، پریسا، لطفی، سید احمد طبابایی، حقوق بشر و مبارزه با بیماری‌های واگیر در عرصه‌ی بین‌المللی: ضرورت‌ها و چالش‌ها، فصلنامه مطالعات حقوق عمومی، شماره ۱، دوره ۵۱، (۱۴۰۰)، ۲۷۷-۲۹۷.
۲. جاوید، احسان، نیاورانی، صابر، (۱۳۹۸)، تعهد دولت‌ها به تضمین حق برخورداری از خدمات و مراقبت‌های درمانی در پرتو حقوق بین‌الملل با نگاهی به طرح تحول نظام سلامت در ایران، فصلنامه تحقیقات حقوقی، شماره ۹۸.

English

Articles:

1. Coco, Antonio and de Souza Dias, Talita (2020), "Prevent, Respond, Cooperate States' Due Diligence Duties Vis à Vis the covid-19 Pandemic", journal of international humanitarian legal, brill.com/ihls, pp 218-236. DOI <https://doi.org/10.1163/18781527-01102001>
2. Alameddine M, Fouad FM, Diaconu K, Jamal Z, Lough G, Witter S, et al. Resilience capacities of health systems: accommodating the needs of Palestinian refugees from Syria. *Social Science & Medicine*, 2019;:30-220:22
3. Anderson JE. Theorising Health System Resilience and the Role of Government Policy-Challenges and Future Directions; Comment on "Government Actions and Their Relation to Resilience in Healthcare during the COVID-19 Pandemic in New South Wales, Australia and Ontario, Canada". *International Journal of Health Policy and Management*. 2022;11(9):.3-1960
4. Alsan, Marcella, Westerhaus, Michael, Herce, Michael, Nakashima, Koji and Farmer, Paul E., (2011)," Poverty, Global Health and Infectious Disease: Lessons from Haiti and Rwanda", *Infect Dis Clin North Am*, Vol. 25 No.3, pp. 611-622.
5. Burke S, Parker S, Fleming P, Barry S, Thomas S. Building health system resilience through policy development in response to COVID-19 in Ireland: From shock to reform. *The Lancet Regional Health-Europe...* 2021; .9:100223.
6. Cina, Margherita, Hoffman, Steven J, Burci, Gian Luca, de Campos, Thana Cristina, Chirwa, Danwood, (2020), The Stellenbosch Consensus on the International Legal Obligation to Collaborate and Assist in Addressing Pandemics: Clarifying Article 44 of the International Health Regulations, Georgetown University Law Center, Pp. 1-30. <https://scholarship.law.g.eorgetown.edu/facpub>.
7. Delburk, Jost, The International Obligation to Cooperate: An Empty Shell or a Hard Law Principle of International Law, A Critical Look at a Much Debated Paradigm of Modern International Law' DOI: https://doi.org/10.1163/9789004214828_002.
8. Essawy, R.M, (2022), closing the Doors on Health Nationalism: The Non- emptiness of the Legal Duty to Cooperate in Pandemic Response under Lex Specialis, Pp: 1-33. DOI: 10. 1163/ 18757413 _025 01021. https://brill.com/view/journals/mpyo/25/1/article-p115_7.xml.
9. Essawy, R.M, (2020), the Legal Duty to Cooperate amid COVID-19: A Missed Opportunity? , Pp: 1-5. ejiltalk.org/the-legal-duty-to-cooperate-amid-covid-19-a-missed-opportunity/.
10. Gilson L, Ellokori S, Lehmann U, Brady L. Organizational change and everyday health system resilience: lessons from Cape Town, South Africa. *Social science & medicine*. 2020; .266:113407.
11. Hart Lauren, Street D, Kulatilaka H. Building Capacity for Resilient Health Systems-Lessons Learned from Sierra Leone, Guinea, and Liberia in the Time of Ebola. OECD Publishing under the terms of MEASURE Evaluation cooperative agreement; .2017.
12. Knight, Haylee, (2021), The Right to Health: An International Obligation to Provide Access to Medication and Healthcare, *Denver journal of international law and policy*.
13. Paolucci, Francesco, (2011), "Health Care Financing and Insurance; Options for Design", Springer, *Developments in Health Economics and Public Policy*, Vol.10.
14. Tladi Dire, (2017), "The International Law Commission's Draft Articles on the Protection of Persons in the Event of Disasters: Codification, Progressive Development or Creation of Law from Thin Air?" 16(3) **Chinese Journal of International Law**, pp 425- 426.
15. Tzeng, Peter, (2020), Taking China to the International Court of Justice over COVID-19, [ejiltalk. Org/ taking-china-to-the-international-court-of-justice-over-covid-19](http://ejiltalk.org/taking-china-to-the-international-court-of-justice-over-covid-19).
16. Tladi Dire, (2017), "The International Law Commission's Draft Articles on the Protection of Persons in the Event of Disasters: Codification, Progressive Development or Creation of Law from Thin Air?" 16(3) *Chinese Journal of International Law*, pp 425- 426.

17. Villarreal, P. (2020), Can They Really Do That? States' Obligations under the International Health Regulations in Light of Covid-19 (Part I). Covid-19 Symposium. Copenhagen: Opinio Juris.
18. Sen, Amartya, (2019), the Great Leap Famine and Amartya Sen, Grand Valley Journal of History: Vol. 7: Iss. 1, Article 2. : <https://scholarworks.gvsu.edu/gvjh/vol7/iss1/2>.
19. Sander, Barrie and Jason Rudall, (2020) Symposium on COVID-19 and International Law: Introduction, opinion Juris. <http://opiniojuris.org/2020/03/30>.
20. Patterson, David, (2024), Human Rights-based Approaches and the Right to Health: A Systematic Literature Review, Journal of Human Rights Practice, 16,
21. Zarifi Sam, Powers Kates, (2020), Covid-19 symposium: Human Rights in the time of covid-19 front and center, in: Covid-19 and international law, opinion juris symposium

Documents:

22. ASEAN Documents Series 1976.
23. General Comment No. 14 (2000), E/C.12/2000/4.
24. International Health Regulations (IHR).
25. Institute of International Law, Iil report of natural disasters and international law, (2023), <https://www.idi-iil.org/app/uploads/2023/06/Cinqui%C3%A8me-Commission>.
26. International law commission, Report of the International Law Commission on the Work of its 68th Session' (2 May–10 June and 4 July–12 August 2016) UN Doc A/71/10.
27. International law commission, Report, Sixty-Sixth Session (5 May – 6 June and 7 July – 8 August 2014).
28. International Covenant on Economic, Social and Cultural Right, ICESCR, (2017), General comment No. 24 on State obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights in the context of business activities.
29. International covenant on civil and political rights, 1966.
30. International court of justice, Icj Provisional Measures, Islamic Republic of Iran v. United States of America, Order 2018.
31. United Nations, Security council, SC/RES/ 2532 (1 July 2020) UN Doc S/res/2532
32. United Nations, Security council, SC/RES/2565 (2021)
33. United Nations, General Assembly (2009), Second report on the protection of persons in the event of disasters, by Mr. Eduardo Valencia-Ospina, Special Rapporteur, A/CN.4/615.
34. United Nations, General Assembly, 63/124 of 11 December 2008
35. Yearbook of the international law commission, report of the commission to the General Assembly on the work of its sixtieth session, 2008, vol. II (Part Two), chap. IV, sect. E.
36. United Nations, General Assembly (2020), Global solidarity to fight the coronavirus disease 2019 (COVID-19), A/res/74/270.
37. United development programme, annual report, good governance, 1997.
38. Universal Declaration of Human Rights, Article, 1948.
39. Sendai Framework, for Disaster Risk Reduction 2015-2030, adopted by the Third United Nations World Conference on Disaster Risk Reduction, and endorsed by the General Assembly in its resolution 69/283 of 3 June 2015.
40. Office of the United Nations high commissioner for human rights, 2007.
41. World health organization.
42. WHO & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008, "The Right to Health", Fact Sheet No. 31.
43. WHO Statement, second meeting of the Emergency Committee, 2020.
44. WHO, "About social determinants of health"(last visited 20, Dec 2017) at: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/.
45. World health assembly, WHA, 2005/ 58.3.

Disasters and the State's Obligation to Guarantee the Right to Health
Mahsa Khajeh⁷⁹

States are obligated to adopt ex-ante measures, such as disaster response preparedness, and post-facto measures, such as the protection of persons during the occurrence of disasters. The objective is to ensure that in situations like disasters, the highest level of protection is afforded to individuals. Among the relevant rights, the right to health—encompassing access to health and medical services, and essential medicines—is of paramount importance. States are required to establish the necessary framework to guarantee this right, both before and after the occurrence of disasters, even at a minimal level, by enacting rules and regulations, determining political policy, and engaging in international cooperation with other states and international actors. The central question is: what obligations do states bear concerning the guarantee of the right to health, particularly for persons affected by disasters, and what is the approach of the International Law Commission (ILC) in this regard? The findings of this research, based on a descriptive-analytical method, indicate that states have positive obligations, such as taking necessary measures for disaster risk reduction, including prevention, among others. Correspondingly, the ILC, recalling the principle enshrined in the Sendai Framework that the primary responsibility for preventing and reducing disaster risk lies with all states, has emphasized that realizing this principle requires the implementation of integrated economic, structural, legal, social, health, cultural, educational, environmental, technological, and political measures. These measures will lead to the prevention or reduction of risk and vulnerability to disasters, enhanced preparedness for response and recovery, and consequently, strengthened resilience.

Keywords: International Law Commission., Right to Health., Obligation to Cooperate., State Obligations., Affected State.

⁷⁹ Assistant Professor, Department of Law. Lenjan Branch., Islamic Azad University, Isfahan. Iran