

## The Approach of the Committee on Economic, Social, and Cultural Rights Concerning the Management of Epidemic Diseases with Regard to the Spread of the Corona Pandemic

Fatemeh Ardakani<sup>1</sup>, Mojtaba Babae<sup>2\*</sup>, Fakhroddin Aboeyeh<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Law, Damghan Branch, Islamic Azad University, Damghan, Iran

<sup>2</sup> Department of Law, Payam Noor University, Tehran, Iran

Received: 20 March 2024 Accepted: 18 April 2024

### Abstract

**Background and Aim:** The right to health is one of the examples of human rights that are recognized based on the Covenant of Economic, Social, and Cultural Rights. This study aimed to examine the approach of the Economic, Social, and Cultural Rights Committee concerning the management of epidemic diseases, particularly in the context of the spread of the Corona pandemic.

**Methods:** This study was descriptive and analytical. The materials and data are qualitative, and data collection methods were used to gather materials and data.

**Results:** The findings showed that one of the dimensions of the right to enjoy the highest attainable standards of health is the management of epidemic diseases. Clause (3)2 of Article 12 of the Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights specifies that one of the steps to be taken to enjoy this right is the necessary measures to prevent, treat and control epidemics.

**Conclusion:** Although the committee pays special attention to this obligation during the outbreak of Corona and makes detailed recommendations in this regard, at other times, this aspect of the right to health is neglected by the committee.

**Keywords:** Economic, Social and Cultural Rights Committee, Epidemic Diseases, Corona.

---

\* Corresponding Author: Mojtaba Babae

Address: Department of Law, Payam Noor University, Tehran, Iran.

E-mail: [mojtaba.babae@pnu.ac.ir](mailto:mojtaba.babae@pnu.ac.ir)

## رویکرد کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در رابطه با مدیریت بیماری‌های همه‌گیر با توجه به شیوع پاندمی کرونا

فاطمه اردکانی<sup>۱</sup>، مجتبی بابایی<sup>۲\*</sup>، فخرالدین ابونیه<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> گروه حقوق، واحد دامغان، دانشگاه آزاد اسلامی، دامغان، ایران

<sup>۲</sup> گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۱/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۱/۳۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از مصادیق حق‌های بشری که بر اساس میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به رسمیت شناخته شده حق به سلامت می‌باشد. بر همین اساس هدف مطالعه حاضر بررسی رویکرد کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در رابطه با مدیریت بیماری‌های همه‌گیر با توجه به شیوع پاندمی کرونا است.

**روش‌ها:** مطالعه حاضر توصیفی-تحلیلی است. مواد و داده‌ها نیز کیفی است و از فیش‌برداری در گردآوری مطالب و داده‌ها استفاده شده است.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد یکی از ابعاد حق برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامت، مدیریت بیماری‌های همه‌گیر است. بند ۲(۳) ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تصریح دارد که یکی از گام‌های اتخاذی برای برخورداری از این حق اقدامات ضروری برای پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر است.

**نتیجه‌گیری:** نتیجه اینکه هر چند کمیته در دوران شیوع کرونا به طور خاص به این تعهد توجه داشته و توصیه‌های تفصیلی در این خصوص بیان می‌دارد، لیکن در دیگر زمان‌ها، این بعد از حق بر سلامت مورد بی‌توجهی کمیته می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بیماری‌های همه‌گیر، کرونا.

\* نویسنده مسئول: مجتبی بابایی

آدرس: گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

ایمیل: mojtaba.babae@pnu.ac.ir

## مقدمه

میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۶۶ به عنوان یکی از معاهدات بنیادین حقوق بشری، نسل دوم حقوق و آزادی‌های بشری را شناسایی و دولت‌ها را ملزم می‌نماید تا اقداماتی برای بهره‌مندی اشخاص واقع در سرزمین یا تحت صلاحیت آن‌ها به عمل آورد. یک کمیته نیز به عنوان نهاد ناظر بر اجرای مفاد میثاق پیش‌بینی نموده است. یکی از مصادیق حق‌های شناسایی شده در این معاهده حق سلامت است. ابعاد مختلف حق مذکور در ماده ۱۲ میثاق ذیل دو بند مشخص شده‌اند. بند اول بیان می‌دارد که اشخاص از حق برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامت برخوردار می‌باشند. بند دوم به طور مشخص ذیل چهار بند فرعی حوزه‌های مشخصی را بیان داشته و دولت‌ها را موظف ساخته تا اقداماتی را برای تحقق هر یک از این حوزه‌ها اتخاذ نمایند. یکی از این موارد مدیریت بیماری‌ها به طور کلی و بیماری‌های همه‌گیر به عنوان زیر مجموعه آن می‌باشد. هر چند متن میثاق در این قسمت تفکیکی میان نوع بیمه‌های تحت پوشش قائل نشده است، اما سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که آیا ماهیت و شدت بیماری همه‌گیر می‌تواند رویکرد متفاوتی را نسبت به تفسیر این تعهد ایجاد نماید یا مقرر مذکور در تمام موارد از تفسیر متحدالشکلی پیروی می‌کند. شیوع بیماری کرونا با توجه به چند خصیصه گستردگی منحصر به فرد در همه‌گیری، جهش‌های متعدد که بعضاً شدت کشنده بودن آن را نیز دچار تغییرات می‌کرد، در عین حال که جهان را با چالش جدی مواجه کرد، این فرصت را فراهم ساخت تا مسئله تنوع یا اتحاد شکل در تفسیر مقرر مزبور به بوته آزمایش نهاده شود. کمیته ناظر بر اجرای میثاق در چارچوب ملاحظات استنتاجی صادره در خصوص هر یک از دولت‌های عضو، ضمن بررسی عملکرد آن‌ها، توصیه‌هایی را نیز برای انطباق رفتار آن‌ها با تعهدات مندرج در میثاق به عمل می‌آورد. به همین جهت بررسی توصیه‌های این نهاد در دو بازه زمانی، یعنی زمانی که جامعه بین‌المللی با بیماری کرونا مواجه نبوده است و زمان مواجهه با این بیماری مبین سؤال مذکور می‌باشد. به همین جهت در این مقاله تلاش می‌شود با بررسی توصیه‌های کمیته به این مسئله پرداخته شود که آیا شرایط یک بیماری همه‌گیر می‌تواند تغییری در تفسیر مقرر مذکور ایجاد نماید یا خیر.

## روش‌ها

مطالعه حاضر توصیفی-تحلیلی است. مواد و داده‌ها نیز کیفی است و از فیش‌برداری در گردآوری مطالب و داده‌ها استفاده شده است.

## ملاحظات اخلاقی

در این مقاله، اصالت متون، صداقت و امانت‌داری رعایت شده است.

## نتایج

یافته‌ها نشان داد یکی از ابعاد حق برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامت، مدیریت بیماری‌های همه‌گیر است. بند ۲(۳) ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تصریح دارد که یکی از گام‌های اتخاذی برای برخورداری از این حق اقدامات ضروری برای پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر است.

## بحث

### محتوای تعهدات دولت‌ها برای مدیریت بیماری‌های همه‌گیر

در بررسی نقش بیماری همه‌گیر بر تفسیر تعهدات دولت‌ها، اولین گام شناخت محتوای تعهدات پیش‌بینی شده در میثاق برای مدیریت بیماری‌های همه‌گیر می‌باشد. برای این منظور لازم است تا دو بُعد مورد بررسی قرار گیرد. بُعد نخست چهارچوب کلی تعهدات دولت‌ها ذیل میثاق و بُعد دوم فحوائی ماده ۱۲ میثاق در خصوص مدیریت بیماری‌های همه‌گیر.

### چهارچوب کلی تعهدات دولت‌ها بر اساس میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

در بررسی تعهدات دولت‌ها برای مدیریت بیماری‌های واگیردار، اولین مسئله‌ای که باید مورد بررسی قرار گیرد چهارچوب کلی تعهدات دولت‌ها ذیل میثاق می‌باشد. ماده ۲ میثاق یک چهارچوب کلی را بیان می‌دارد که راهبردی کلی تعهدات دولت‌های عضو در رابطه با هر یک از حق‌های پیش‌بینی شده در این سند بر مبنای آن بنا نهاده شده است. بنابراین موضوع این تحقیق نیز در همین بستر تعریف می‌شود. بند اول این ماده بیان می‌دارد: «هر دولت عضو میثاق حاضر متعهد به اتخاذ گام‌هایی، به صورت فردی یا از طریق کمک و همکاری بین‌المللی، ... با حداکثر منابع در دسترس خود، با رویکرد دستیابی تدریجی به تحقق کامل حقوق شناخته شده در میثاق حاضر از طریق تمام ابزارهای مناسب که به ویژه شامل اتخاذ اقدامات قانونی می‌شود، می‌باشد».

همانطور که مشخص است، بند مذکور هیچ گونه الزامی به تضمین حقوق مندرج در این سند نمی‌کند، بلکه آنچه موضوع الزام دولت‌ها می‌باشد، تعهد به گام برداشتن در مسیری است که تدریجاً تحقق کامل این حقوق را میسر سازد. این بدان معنی است که آنچه از دولت‌ها انتظار می‌رود پیشرفت در مسیر تحقق این حقوق در گذر زمان است. در عین حال در زمان مشخص شاخص متحدالشکلی نیز برای تمام دولت‌ها ارائه نمی‌دهد، بلکه برای هر دولت اولاً وضعیت آن دولت در زمان تصویب معاهده و دوماً منابع در دسترس آن دولت هستند که تعیین می‌کنند بعد از گذر زمان دولت مذکور در راستای انجام تعهدات خود عمل نموده و پیشرفتی در نیل کامل این حقوق داشته است یا عملکرد وی به گونه‌ای بوده است که این

تعهد را محقق نساخته و در آینده نیز نخواهد ساخت.

این رویکرد یک خط مشی کلی است که میثاق برای دولت‌های عضو ترسیم نموده و بنابراین هر یک از حق‌های مندرج در میثاق و از جمله حق به سلامت در رابطه با بیماری‌های همه‌گیر، تحت لوای این راهبرد کلی تعریف می‌شوند.

### محتوای تعهدات دولت‌ها برای مدیریت بیمه‌های همه‌گیر در میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

دومین جنبه‌ای که در این قسمت باید مورد توجه قرار گیرد، فحوی تعهد دولت برای مدیریت بیماری‌های همه‌گیر ذیل ماده ۱۲ میثاقی می‌باشد. بند اول این ماده به رسمیت شناختن حق بهره‌مندی از بالاترین استانداردهای قابل حصول فیزیکی و روانی برای همه را بیان داشته است. بند دوم ماده چند حوزه مشخص از تعهد را مدنظر قرار داده است. وفق این بند: «گام‌های اتخاذی از سوی کشورهای عضو میثاق حاضر برای دستیابی به تحقق کامل این حق باید شامل آنچه برای [موارد زیر] ضروری است باشد: ... (ج) پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر و ... (د) خلق شرایطی که تمام خدمات درمانی توجه درمانی در وضعیت بیماری را تضمین کند».

بند دوم ماده ۱۲ را می‌توان از دو جنبه مورد تحلیل قرار داد. یکی از لحاظ موضوع اقدامات و دیگری از منظر ماهیت تعهدات. از منظر نخست میثاق به دو مسئله توجه دارد. وفق بند فرعی (ج) دولت‌ها باید اقدامات ضروری برای پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر را اتخاذ نمایند. هر چند در بند اخیر مسئله درمان مورد توجه بوده است، اما دو مقوله دیگر یعنی پیشگیری و کنترل محدود به زمان مشخصی نمی‌باشد، بلکه یک تعهدات برای تمام زمان‌ها است. تعهد به پیشگیری ممکن است تنها محدود به زمان قبل از بیماری نگریسته شود، اما این تفسیر زمانی قابل پذیرش است که مسئله پیشگیری جمعی مدنظر باشد، اما در صورتی که این حق را یک حق فردی در نظر بگیریم حتی می‌توان شامل زمان شیوع بیماری نسبت به اشخاص مبتلا نشده نیز بگردد. در نهایت تعهد به کنترل بیماری هم شامل زمان شیوع و هم پیش از شیوع خواهد بود. بند فرعی چهارم به خلق شرایطی اشاره دارد که تضمین‌کننده دسترسی به تمام خدمات درمانی و توجه درمانی در زمان بیماری باشد.

هرچند شقوق بند دوم موضوعات مشخصی را بیان داشته‌اند، اما عبارت پردازی صدر آن محتوای تعهد دولت‌ها را تعدیل کرده است. عبارت پردازی آن تنها بیان می‌دارد که آنچه دولت در اتخاذ گام‌های خود برای نیل به تحقق کامل این حق بر می‌دارند باید موارد فوق‌الذکر را نیز شامل باشد، اما بیان نداشته‌اند که این موارد باید همیشه برای کلیه افراد و در بالاترین استاندارد قابل حصول فراهم باشد. تصریح به واژه «گام‌های اتخاذ شده» غیر از اینکه به معنای تضمین بهره‌مندی نمی‌باشد، اشاره مستقیم به ماده ۲ میثاق دارد که حصول تدریجی این حقوق را مدنظر داشته است.

بنابراین می‌توان محتوای تعهد به مدیریت بیماری‌های همه‌گیر، ذیل میثاق دوم را اینگونه بیان داشت: «دولت‌ها موظفند تا گام‌هایی را برای حصول تدریجی بالاترین استانداردهای قابل حصول برای پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر و خلق شرایطی که تضمین‌کننده کلیه خدمات و توجه پزشکی در زمان بیماری است، با توجه به حداکثر منابع در دسترس خود بردارند». این بدان معنی است که دولت‌ها در عمل تعهدی به تضمین این موارد برای همگان چه در سیاست‌های کلی خود و چه در زمان بیماری ندارند.

مسئله دیگر اینکه می‌توان به تفسیر عمومی شماره ۱۴ کمیته اشاره داشت. کمیته در توضیح بند فرعی سوم بیان می‌دارد: «پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها نیازمند ایجاد یک برنامه‌های پیشگیری و آموزش برای نگرانی‌های سلامت مرتبط با رفتار، ترویج شاخص‌های اجتماعی سلامت خوب می‌باشد. حق به درمان شامل ایجاد سیستم مراقبت درمانی فوری در موارد اپیدمی و ارائه تسکین‌های بیماری در وضعیت‌های اضطراری می‌باشد. کنترل بیماری اشاره به تلاش‌های فردی و مشترک کشورها برای قابل حصول کردن فناوری‌های مرتبط، استفاده و بهبود نظارت اپیدمیولوژیک و جمع‌آوری اطلاعات بر اساسی تفکیک یافته، اجراء و توسعه برنامه‌های ایمن‌سازی و سایر استراتژی‌های کنترل بیماری‌های عفونی می‌باشد (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۰۰، ۶) (۲۳).

در نهایت لازم به ذکر است، هر چند متن ماده ۱۲ توضیح شفافی در خصوص اجزای حق بر سلامت نه به طور کلی و نه به طور خاص در رابطه با بیماری‌های همه‌گیر نمی‌دهد، اما از بررسی توصیه‌های کمیته می‌توان این اجزاء را مورد شناسایی قرار داد. از جمله در ملاحظات استنتاجی این نهاد در خصوص کشور نیکاراگوئه، کمیته بیان می‌دارد:

«کمیته از کشور عضو درخواست می‌کند که منابع کافی را برای بخش سلامت اختصاص دهد. از این کشور تقاضا می‌شود تا اقدامات ضروری و مؤثر را برای تضمین حصول، دسترسی و کیفیت خدمات درمانی و تضمین اینکه تأسیسات، کالاها و خدمات مراقبت سلامت کافی همراه با کارکنان پزشکی متخصص، به لحاظ علمی تأیید شده و داروها تاریخ مصرف نگذشته و تجهیزات بیمارستانی و شرایط بهداشتی کافی به ویژه در مناطق روستایی و در مناطق مستقل کارائیب اتخاذ گردد» (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۴۱) (۱۷).

این توصیه را می‌توان به عنوان یکی از جامع‌ترین مواردی که کمیته منتشر کرده و تقریباً تمام ابعاد حق به سلامت و اجزای سلامت را بیان می‌دارد توصیف نمود. همانطور که مشخص است در این مقرر علاوه بر خدمات که در بند (د) ماده ۱۲ میثاق نیز بیان شده است، به چه مؤلفه دیگر یعنی (۱) تأسیسات، (۲) کالا، (۳) کادر درمانی ماهر و به لحاظ علمی تأیید شده، (۴) داروها و (۵) تجهیزات بیمارستانی اشاره دارد. به طور کلی می‌توان این موارد را

توجه به آن‌ها متحول می‌شود، و بر اساس اعمال نتایج خدمات اجتماعی، بیومدیکال و بهداشتی، تحقیقات و تجارب سلامت عمومی بنا نهاده شده‌اند (اعلامیه آلمان، ۱۹۷۸، ۲) (۲۵).

محتوای مراقبت‌های بهداشتی اولیه دقیقاً در این اعلامیه مشخص نشده است. با این وجود اعلامیه مواردی را به عنوان حداقل‌های لازم برای آن پیش‌بینی نموده است. این حداقل شامل: (۱) آموزش در رابطه با مشکلات غالب حوزه سلامت و روش‌های پیشگیری و کنترل آن؛ (۲) ارتقاء تولیدات غذایی و تغذیه مناسب؛ (۳) ذخیره آب آشامیدنی و نظافت پایه کافی؛ (۴) مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک؛ (۵) ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌های عفونی عمده؛ (۶) پیشگیری و کنترل بیماری‌های اپیدمیک محلی؛ (۷) درمان مناسب بیماری‌ها و صدمات شایع (۸) فراهم‌سازی داروهای اساسی می‌باشد (اعلامیه آلمان، ۱۹۷۸، ۲) (۲۵). مراقبت‌های بهداشتی اولیه به موارد ذیل نیاز داشته و آن‌ها را تشویق می‌کند: حداکثر خود اتکایی فردی و جامعه؛ مشارکت در برنامه‌ریزی، سازماندهی، انجام و کنترل آن؛ استفاده کامل از منابع محلی، ملی و سایر منابع در دسترس؛ و بدین منظور توسعه از طریق آموزش مناسب توانایی جوامع در مشارکت در این اقدامات. این اقدامات باید توسط سیستم‌های ارجایی یکپارچه، کارآمد و به‌طور متقابل حمایت‌کننده، که منجر به بهبود تدریجی مراقبت سلامت جامع برای همه شده و اولویت را به اشخاص محتاج‌تر می‌دهد، حمایت شود. اقدامات بهداشت اولیه بر سطوح محلی، کارگران بخش بهداشت، شامل فیزیک‌دانان، پرستاران، ماماها و دیگران، همین‌طور بازیگران سنتی در صورت نیاز، که به‌طور مناسبی به لحاظ اجتماعی و فنی برای کار در تیم بهداشت آموزش دیده‌اند و به نیازهای مشخص سلامتی جامعه پاسخ می‌دهند، تکیه دارد (آلمان، ۱۹۷۸) (۲۵).

مراقبت‌های بهداشتی اولیه نهادهای کوچک، ولی در عین حال به‌طور وسیع قابل دسترسی را پیش‌بینی می‌کند و باید از انواع دیگر مانند مراقبت‌های بهداشتی عالی (سطح سوم)، که متشکل از نهادهای آموزش عالی و هزینه‌بر، با تجهیزات و کارکنان بیمارستانی سطح بالا می‌شود، متمایز گردد. در کشورهای کم درآمد اختصاص منابع برای مراقبت‌های بهداشتی عالی تنها برای تعداد معدودی از مردم سود بخش بوده و از توانایی رسیدن هر کس به (در مناطق روستایی و شهری) به مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌کاهد.

ضرورت‌هایی که یک سیستم مراقبت بهداشتی اولیه باید انجام دهد، در تفسیر شماره ۱۴ کمیته زیر عنوان‌های موجود بودن، در دسترس بودن، قابل پذیرش بودن و کیفیت ذکر شده است. بهداشت عمومی عملیاتی؛ تسهیلات، کالاها و خدمات همچنین برنامه‌های مراقبت بهداشتی باید در دسترس تمام افراد موجود در تحت صلاحیت کشورهای عضو، بدون هیچگونه تبعیضی قرار گیرد. این مراقبت‌ها همین‌طور باید قابل قبول نیز باشند. کلیه تسهیلات، کالاها و خدمات بهداشتی باید به لحاظ اخلاق پزشکی

ذیل سه دسته کالاها، خدمات و منابع انسانی دسته‌بندی نمود.

## مدیریت بیماری‌های همه‌گیری در بستر توصیه‌های کمیته اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

همانطور که مشخص است تعهدات دولت‌ها در رابطه با بیماری‌های همه‌گیر شامل چند بعد مشخص است که عبارتند از (۱) پیشگیری، (۲) درمان و در ذیل آن دسترسی به خدمات و توجه درمانی و (۳) کنترل. بنابراین لازم است تا رویکرد کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نسبت به این ابعاد در دو مرحله یعنی شرایط اضطراری ناشی از شیوع و همه‌گیری کرونا و شرایط غیر آن مورد بررسی قرار گیرد.

### رویکرد کمیته در شرایط عادی

به منظور دستیابی به درکی از دیدگاه کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی لازم است تا رویکرد این نهاد در شرایط قبل و بعد از بروز کرونا مورد بررسی قرار گیرد. برای این منظور توصیه‌های این نهاد در ملاحظات استنتاجی صادره نسبت به کشورهای عضو در سال‌های نزدیک به کرونا مورد بررسی قرار می‌گیرد.

بررسی رویه کمیته نشان می‌دهد که این نهاد در شرایط عادی عموماً تفکیکی میان مراحل پیشگیری و درمان و کنترل لحاظ نمی‌کند و غالباً توصیه‌های خود را به گونه‌ای بیان می‌دارد که نسبت به تمام این مراحل قابل اعمال باشد. در رویکرد کمیته کمتر موردی را می‌توان مشاهده کرد که به‌طور ویژه به بیماری‌های همه‌گیر توجه خاص داشته باشد. توصیه‌های کمیته نیز معمولاً به درخواست اقدامات مؤثر برای تصمیم دسترسی به خدمات سلامت- مراقبت اولیه (کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی؛ ۲۰۲۰، ۶) (۱۸)؛ و دسترسی برابر به خدمات پیشگیری، درمانی و تسکینی (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۰، ۸) (۲۱)؛ محدود بوده است. در مواردی البته کمیته به بسترسازی برای تضمین نقش‌آفرینی قوی‌تر سازمان‌های بخش ثالث نیز اشاره داشته است (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۴۱) (۹). اما توصیه‌های این نهاد در سال‌های نزدیک به شیوع کرونا رویکرد خاصی را در رابطه با توجه ویژه به مدیریت بیماری‌های همه‌گیر نشان نمی‌دهد و در عمل کمیته در خصوص بند فرعی سوم به توصیه‌های کلی بسنده کرده است. از جمله مواردی که کمیته به‌طور خاص به بیماری‌های واگیردار اشاره داشته بیماری ایدز بوده که اعضاء را به برنامه ملل متحد برای اچ‌آی‌وی/ ایدز ارجاع داده است (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۰، ۴۲) (۳).

البته لازم به توضیح است که مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیانگر مسائل بهداشتی اصلی در جامعه بوده و خدمات تشویقی، پیشگیرانه، درمانی و بازپروری را شامل می‌شود (اعلامیه آلمان، ۱۹۷۸، ۲) (۲۵). این مراقبت‌ها شرایط اقتصادی و خصوصیات اجتماعی- فرهنگی و سیاسی کشور و جامعه درون آن را منعکس کرده و با

قرار می‌دهد. نخست اینکه اصول کلی شامل قابل خصوص بودن، دسترسی، و قابل پذیرش بودن و کیفیت خدمات (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۳، ۷) (۵)؛ و کالاها را که در تفسیر عمومی شماره ۱۴ (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۰۰، ۱۶) (۲۵)؛ بیان داشته را مورد تأکید قرار داده و دیگر اینکه نسبت به تعهد در خصوص سلامت و بیماری‌ها از یک قالب مشخص و مشابه استفاده می‌کند که تمام موارد را تحت پوشش قرار دهد و ذیل آن برخی از جنبه‌ها را نیز تصریح می‌دارد. آنچه غالباً به طور خاص مورد توجه کمیته بوده و توصیه‌هایی در آن خصوص بیان می‌دارد بیماری‌های غیرواگیردار می‌باشد.

### رویکرد کمیته در دوران شیوع کرونا

مقطع دیگری که می‌توان به آن اشاره داشت بازه زمانی‌ای است که جامعه بین‌المللی با بحران پاندمی کرونا مواجه شده بود. در ملاحظات استنتاجی‌ای که کمیته در سال ۲۰۲۲ منتشر کرده، مواردی قابل مشاهده است که کمیته بند فرعی ۳ را در رابطه با پاندمی کرونا برخلاف رویه سابق خود که چنین تفکیکی را اتخاذ نمی‌نمود، به طور خاص مورد توجه قرار می‌دهد. از جمله در رابطه با کشور لوکزامبورگ ضمن اشاره به حق برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامت در دوران پاندمی کووید-۱۹، تقاضا می‌کند که این کشور تمام اقدامات ضروری برای تضمین اینکه تمام افراد در این کشور دسترسی برابر به مراقبت‌های سلامت پیشگیرانه، درمانی و تسکینی داشته باشند را بیان می‌دارد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۳۷-۳۶) (۱۶). این رویکرد البته به مرور در رویه کمیته تکامل می‌یابد به گونه‌ای که بخش مجزایی را به مسئله مدیریت پاندمی کووید-۱۹ در ملاحظات استنتاجی خود اختصاص می‌دهد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۱۰) (۱۰).

رویکرد کمیته را می‌توان در این قسمت بر اساس دو محور کلی مورد تحلیل و بررسی قرار داد. محور نخست توصیه‌های کمیته بر مبنای اصولی حاکم بر حق برخورداری از بالاترین استانداردهای سلامت که در رابطه با اقدامات مدیریت سلامت در رابطه با بیماری‌های همه‌گیر نیز باید رعایت شود. دیگری اقدامات اتخاذی مورد توصیه کمیته در این رابطه است.

### اصول حاکم بر حق به سلامت در مدیریت کرونا

همانطور که گفته شد کمیته، چه در تفسیر عمومی شماره ۱۴ و چه در ملاحظات استنتاجی خود به چهار اصل قابل حصول بودن یا توانایی بهره‌مندی، دسترسی، قابل پذیرش بودن و کیفیت را مورد تأکید قرار می‌دهد. این رویکرد در توصیه‌های کمیته در دوران شیوع کرونا نیز قابل مشاهده است. اولین رویکردی که می‌توان در ملاحظات استنتاجی کمیته مشاهده کرد در گزارش این نهاد در خصوص کشور کنگو بوده که در مارس سال ۲۰۲۲ منتشر گردید. کمیته در این گزارش از کشور مذکور تقاضا می‌کند تا تلاش‌های

قابل احترام بوده و به لحاظ فرهنگی مناسب باشند. این بدین معنی است که آن‌ها باید مورد احترام فرهنگ افراد، اقلیت‌ها مردم و جوامع بوده؛ مناسب با جنس و ملزومات دوره حیات بوده؛ همین طور برای احترام به محرمانه بودن و بهبود وضعیت سلامتی اشخاص درگیر با آن طراحی شده باشد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۰۰، ۱۴) (۲۳). بنابراین می‌توان گفت رویکرد اتخاذی کمیته به‌طور ضمنی این موارد را نیز توصیه می‌کند. لذا از میان این ابعاد آنچه به طور مستقیم به مدیریت بیماری‌هایی همه‌گیر مربوط می‌شود را نیز باید مدنظر قرار داد.

این رویکرد را می‌توان حتی هم بعد از سپری شدن بحران از سوی این نهاد مشاهده نمود. از جمله از کشور سوئیس می‌خواهد تا واژه «مراقبت سلامتی که قابل انتشار کشیدن نیست» را دقیقاً تعریف نموده، منابع مالی کافی اختصاص داده و پشتیبانی‌های جامعه محور خود را تقویت نماید (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۴، ۷) (۲۲). در سندی دیگر در رابطه با کشور عراق نیز علاوه بر توصیه به افزایش بودجه، به سرمایه‌گذاری برای بهبود خدمات مراقبت در سطوح پیشگیرانه و درمانی اشاره می‌کند (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۴، ۸) (۱۲). رویکرد جامع‌تری را از سوی کمیته می‌توان در رابطه با ایرلند مشاهده کرد که شامل توصیه به اختصاص منابع اضافی برای جذب و آموزش پرسنل اضافی، کاهش زمان انتظار و موانع پیشگیری از دسترسی به خدمات سلامت برای گروه‌های آسیب‌پذیر و توجه ویژه به خدمات و زیرساخت‌های سلامت- مراقبت و تضمین دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت می‌باشد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۴، ۱۱) (۱۳). تکرار استفاده از واژه «سلامت و درمان» که از یک سو تفکیکی میان بیماری‌های همه‌گیر و دیگر اشکال بیماری‌ها قائل نمی‌شود و همین‌طور تمام مراحل پیشگیری، درمان و کنترل را پوشش می‌دهد، می‌توان در دیگر توصیه‌های این نهاد نیز مشاهده نمود. توصیه در خصوص به روز رسانی بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز سلامت در رابطه با کشور اندونزی (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۴، ۱۱) (۱۱)؛ جذب نیرو و آموزش پرسنل اضافی سلامت- مراقبت به منظور تضمین دسترسی به خدمات با کیفیت سلامت- مراقبت در خصوص رومانی (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۴، ۸) (۱۹)، تضمین اتخاذ اقداماتی برای کاهش نگرانی نسبت به سلامت عمومی در رابطه با ارمنستان (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۳، ۸) (۱)؛ را می‌توان در همین راستا لحاظ نمود.

آنچه به‌طور کلی از رویکرد کمیته می‌توان استنباط نمود اینکه این نهاد در توصیه‌های خود بیش از آنکه به تشریح هر یک از اقداماتی که باید برای مدیریت بیماری‌های واگیردار اتخاذ شود، بپردازد؛ در تمام ملاحظات استنتاجی خود چند محور را مورد توجه

و منطقه‌ای که عضو آن است، برای دفاع از دسترسی جهانی، منصفانه و مقرون به صرفه واکسن‌ها و داروهای کووید-۱۹ را به عمل آورد. این تلاش‌ها از جمله شامل پشتیبانی از پیشنهادها ارائه شده در سازمان بهداشت جهانی برای ایجاد توقف موقت برخی از حقوق مالکیت فکری برای واکسن‌ها دست کم با زمان تداوم پاندمی می‌باشد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۴۱) (۱۵).

کمیته با مدنظر قرار دادن عدم تبعیض در دسترسی از کشورها می‌خواهد که «منابع برای خدمات پایه مراقبت- سلامت در مناطق فقیرتر، با رویکرد رفع خلاء میان مناطق شمال و مناطق جنوب را افزایش داده و دسترسی برابر به مراقبت‌های سلامت را تضمین نماید و منابع اضافی را برای کاهش موانع در سیستم مراقبت- سلامت خود که ناشی از پاندمی کووید-۱۹ می‌باشد را رفع کند (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۵۴) (۱۴).

### ج) قابلیت پذیرش

قابل پذیرش بودن بدین معناست که تمام خدمات، کالاها و تسهیلات سلامت باید از نظر اخلاق پزشکی قابل احترام و به لحاظ فرهنگی مناسب باشند. یعنی مورد احترام افراد، اقلیت‌ها، مردم و جامعه، برای هر جنس و چرخه زندگی قابل درک، بوده و همین‌طور به گونه‌ای طراحی شده باشد که به محرمانه بودن و بهبود شرایط آن‌هایی که از این بابت نگرانند نیز احترام گذارد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۱۲) (۹). این اصل به‌طور خاص در توصیه‌های کمیته برای مدیریت بیماری کرونا به ندرت مورد اشاره قرار گرفته است. از جمله محدود موارد قابل مشاهده کمیته از کشور گواتمالا می‌خواهد تا طرح واکسیناسیونی را برای تضمین دسترسی ایمن و مؤثر برای همه در مقابل کووید-۱۹ و اطلاعات به لحاظ فرهنگی مناسب برای مردمان بومی و اشخاص دارای تبار آفریقایی فراهم سازد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۴۹) (۱۰).

### د) کیفیت

کالاها، خدمات و تسهیلات سلامت باید به لحاظ علمی و پزشکی نیز مناسب و از کیفیت خوبی برخوردار باشند. از این جنبه علاوه بر موارد مذکور پرسنل پزشکی ماهر، تجهیزات بیمارستانی و داروهایی که به لحاظ علمی ثابت شده‌اند و تاریخ گذشته نیز نیستند، آب قابل آشامیدن و سالم و بهداشت و نظافت کافی را نیز لازم می‌دارد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۱۲) (۱۰). یکی دیگر از معیارهایی که باید در مورد مقابله با کووید-۱۹ در نظر گرفته شود کیفیت تجهیزات، داروها و واکسن‌ها است. دولت‌ها موظف به فراهم کردن ملزوماتی هستند که از به لحاظ کیفیت مناسب باشند.

### اجزای حق بر سلامت در مدیریت بیماری‌های همه‌گیری

به طور کلی اجزای حق بر سلامت را می‌توان شامل کالاها،

خود برای تضمین این اصول با در نظر گرفتن چالش‌های ایجاد شده در نتیجه اپیدمی ویروس ابولا و بحران سلامت ناشی از پاندمی کووید-۱۹ را ادامه دهد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۵۵) (۷). لذا اولین گام بررسی رویکرد این نهاد نسبت به اصول مذکور است.

### الف) توانایی بهره‌مندی

اولین اصلی که مورد توجه کمیته در تفسیر عمومی شماره ۱۴ بیان شده، قابل حصول بودن یا توانایی بهره‌مندی است. مسئله توانایی بهره‌مندی از داروها و واکسن در چهارچوب ملاحظات استنتاجی کمیته نیز مورد توجه قرار گرفته است. از جمله از کشور فنلاند خواسته است تا تلاش‌های خود را برای رسیدن به هدف مورد توافق بین‌المللی برای رشد ۰/۷ درصدی از درآمد ملی برای کمک‌های توسعه‌ای رسمی برآورده سازد و تضمین نماید که مشارکت وی در صندوق سبز بیش از سطح کنونی باشد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۱۱) (۹).

### ب) توانایی دسترسی

وفق این اصل خدمات، تسهیلات و کالاهای سلامت باید بدون تبعیض قابل دسترس همگان باشد. علاوه بر عدم تبعیض، دسترسی شامل دسترسی فیزیکی، دسترسی اقتصادی و دسترسی به اطلاعات می‌باشد. لذا اقشار مختلف جامعه به میزان غیر معقولی تحت فشار هزینه‌های بهره‌مندی از آن‌ها قرار گیرند. دسترسی به اطلاعات نیز شامل حق به جستجو، دریافت کردن و مشارکت در اطلاعات و ایده‌ها مربوط به موضوعات سلامت با در نظر داشتن اصل محرمانگی اطلاعات افراد خواهد بود (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۱۲) (۹). این اصل در یکی از اولین ملاحظات استنتاجی کمیته در رابطه با کشور السوآدور در سال ۲۰۲۲ مشاهده می‌شود که ضمن اظهار نگرانی از پاندمی کووید-۱۹ اتخاذ اقدامات ضروری برای ایجاد یک سیستم سلامت ملی قابل دسترسی برای همه را درخواست نمود (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۱۱) (۸). کمیته از کشورها می‌خواهد تا:

- ۱) تضمین کنند منابع مراقبت از سلامت در هر دو بخش عمومی و خصوصی بسیج شود و در دوران پاندمی تمام مردم به منظور تضمین پاسخی جامع و هماهنگ به این بحران تسهیم شود.
- ۲) تلاش‌ها برای تسهیل دسترسی به تست، مدیریت، ایمن سازی تقویت کند.
- ۳) اطلاعات قابل اعتماد عمومی و آماری در رابطه با پاندمی کووید-۱۹ را شامل اطلاعات مربوط به واکسیناسیون را جمع‌آوری و منتشر کنند.
- ۴) اقداماتی را برای تضمین اینکه محدودیت‌ها بر منابع مراقبت سلامت مربوط به پاندمی کووید-۱۹ به طور قابل توجهی فراهم نمودن سایر خدمات و مراقبت‌های بهداشتی را ... تقلیل ندهد.
- ۵) تمام تلاش‌ها برای اجرای نفوذ خود را در سازمان‌های بین‌المللی

در نظر گرفته شود که عبارتند از: ۱) گروه‌های آسیب پذیر و ۲) مناطق پرخطر.

مسئله واکسن‌ها به خصوص در مورد کووید-۱۹ مورد توجه کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز قرار گرفته است. از جمله این نهاد در رابطه با عدم اطلاعات در مورد طرح واکسیناسیون اتخاذی از سوی برخی از کشورها اظهار نگرانی کرده و از کشورها می‌خواهد تا طرح واکسیناسیونی که برای تمام افراد دسترسی به واکسن در مقابل کووید-۱۹ را بدون تبعیض فراهم سازد اتخاذ نمایند (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۴۲-۴۱) (۱۷).

در همین راستا نیز کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دسامبر سال ۲۰۲۰ اعلامیه‌ای در رابطه با دسترسی جهانی و مناسب به واکسن برای بیماری کروناویروس منتشر نمود. ذیل این سند کمیته در بستر حق به بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامت بیان داشت که هر فردی حق دارد تا از پیشرفت دانش فنی که شامل دسترسی به تمام پیشرفت‌های علمی قابل حصول و لازم برای بهره‌مندی از بالاترین استانداردهای سلامتی می‌شود بهره‌مند شود. این هر دو حق به طور ضمنی بیان می‌دارد که هر فردی حق دسترسی به واکسن کووید-۱۹ ای که ایمن، مؤثر و مبتنی بر بهترین توسعه دانش باشد را دارا می‌باشد (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۰، ۲) (۲۴). بنابراین دولت‌ها متعهد هستند تا تمام اقدامات ضروری را برای به حداکثرسانی منابع در دسترس برای تضمین دسترسی به واکسن کووید-۱۹ را برای کلیه افراد بدون تبعیض فراهم سازند. تعهد دولت‌ها به فراهم‌سازی ایمنی بر علیه بیماری‌های عفونی عمده و پیشگیری و کنترل اپیدمی‌ها تعهدی اولویتی در رابطه با حق به سلامت است. تحت شرایط شرایط کنونی کشورها باید اولویت حداکثری را به فراهم ساختن واکسن کووید-۱۹ برای تمام افراد بدهند (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۰، ۳) (۲۴).

#### ۲) داروها

در هیچ یک از اسناد بین‌المللی تعریفی از حق دسترسی به دارو وجود ندارد و چهارچوب این حق را باید مطابق با چهارچوب کلی حق بر سلامت معرفی نمود و شناخت. با این وجود در چهارچوب حق دسترسی به دارو یک مفهوم دیگر تحت عنوان «داروهای اساسی» در چهارچوب سازمان بهداشت جهانی مشاهده شده است که لازم است با این مفهوم نیز آشنا شویم. سازمان بهداشت جهانی این دست از داروها را اینگونه معرفی می‌کند: داروهای اساسی شامل داروهایی هستند که برای نیازهای اولیه مراقبت بهداشتی را برای جمعیت‌ها فراهم می‌کنند. این داروها با توجه مقتضی به مسائل مربوط به سلامت عمومی، دلایل کفایت و ایمنی و مناسب بودن قیمت آن‌ها به طور جامع، انتخاب می‌شوند.

مسئله داروها به طور خاص در گزارش کمیته در خصوص کنگو با این عبارت که کشور تضمین کند که بیمارستان‌ها داروهای

خدمات و زیرساخت‌ها دانست که هر یک خود زیرمجموعه‌هایی را تحت پوشش قرار می‌دهند. بنابراین لازم است تا بر همین اساس رویکرد کمیته نسبت به هر یک از این موارد مورد بررسی قرار گیرد.

#### الف) کالاهای مربوط به حق بر سلامت

به‌طور کلی کالاهای مربوط به مدیریت بیماری‌های همه‌گیر را می‌توان به دو دسته کالاهای پیشگیری و کالاهای درمانی تقسیم‌بندی نمود. در این میان واکسن‌ها و داروها از اهمیت خاصی برخوردار هستند. تجهیزات پزشکی نیز بخشی از کالاهای بخش درمان و در مواردی پیشگیری و کنترل بیماری محسوب می‌شوند. ۱) واکسن

اولین و شاید بتوان گفت مهم‌ترین کالای مربوط به حوزه سلامت را واکسن‌ها تشکیل می‌دهند. این مسئله به خصوص در رابطه با بیماری‌های واگیردار و به طور اخص بیماری‌های واگیردار کشنده‌ای همچون برخی از سویه‌های کووید-۱۹ حائز اهمیت است. بنابراین دولت‌ها در بستر تعهدات مثبت خود چه ذیل حق به برخورداری از بالاترین استانداردهای قابل حصول و چه در بستر حق حیات، باید اقداماتی را برای دسترسی افراد به واکسن‌ها فراهم سازند.

حق دسترسی به واکسن‌ها را می‌توان ذیل بند دوم ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی قرار داد. وفق بند مذکور: «گام‌هایی باید از سوی دولت‌های عضو میثاق حاضر به منظور دستیابی به تحقق کامل این حق که شامل اقدامات ضروری [برای موارد زیر می‌باشد] اتخاذ گردد: ... ج- پیشگیری و کنترل بیماری‌های همه‌گیر، بومی، شغلی و سایر بیماری‌ها».

واکسن‌ها به خصوص در مواردی شیوع بیماری‌های همه‌گیری همچون کرونا ویروس، هم می‌توانند به عنوان یک ابزار پیشگیری و هم به عنوان ابزارهای برای کنترل شیوع بیماری در نظر گرفته شوند. بنابراین دولت‌ها موظف هستند تا با توجه به امکانات در دسترس خود نسبت به تهیه و توزیع واکسن‌ها اقدام نمایند.

البته با توجه به عبارت پردازای بند دوم ماده ۱۲ میثاق این بدان معنی نیست که دولت‌ها در زمان محدود موظف به ارائه واکسن‌ها به همه افراد هستند، بلکه این تعهد دولت‌ها یک تعهد تدریجی است و بنابراین در صورت عدم دسترسی به واکسن الزاماً نمی‌توان دولت را ناقض این حق قلمداد نمود. بلکه تعهد دولت‌ها به دو بخش تقسیم می‌شود. نخست تلاش برای بدست آوردن واکسن که می‌تواند شامل تلاش برای تولید واکسن و همین‌طور تلاش برای خریداری واکسن باشد و دیگری توزیع واکسن میان اقشار مختلف جامعه.

در رابطه با مورد اخیر از یک سو میثاق بر عدم تبعیض تأکید دارد. این بدان معنی است که باید توزیع واکسن به شکل غیر تبعیض‌آمیزی صورت پذیرد. اما با توجه به محدودیت منابع از یک سو و گسترش بیماری به‌نظر می‌رسد در این گونه موارد اولویت‌بندی ضرورت دارد. در اینگونه موارد دو شاخص برای اولویت بندی باید

شود، در رابطه با وضعیت‌های پاندمی همچون پاندمی کووید-۱۹ نیز خدماتی باید ارائه شود. این مسئله در توصیه‌های کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به صورت مجزا مورد توصیه قرار گرفته است. از جمله کمیته در رابطه با کشور نیکاراگوئه ذیل عنوان مدیریت پاندمیک بیان می‌دارد.

کمیته بر اساس گزارش‌ها نسبت به این مسئله اظهار نگرانی می‌کند که فقدان دسترسی به اطلاعات بر مبنای آنالیز اپیدمیولوژیک مناسب و جامعی از تحولات پاندمیک کووید-۱۹ وجود دارد. کمیته همینطور در مورد مغایرت‌های میان آمار رسمی ابتلاء و مرگ و آن‌هایی که توسط سازمان‌های جامعه مدنی ثبت شده و گزارش‌های علمی و قصور در تضمین همکاری و تبادل اطلاعات به گونه‌ای که آنالیز تحول پاندمیک در کشور قابل انجام باشد را بیان می‌دارد. در این رابطه کمیته نگران است که کشور عضو در اتخاذ اقدامات لازم بر مبنای آنالیز مناسب به منظور پیشگیری از گسترش کووید-۱۹ قصور کرده باشد (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۴، ۴۲) (۱۷).

لذا در این کشور می‌خواهد تا اقدامات ضروری برای فراهم کردن اطلاعات معقول علمی و صحیح برای مردم، در مورد وضعیت اپیدمیولوژیک و تحولات پاندمیک کووید-۱۹ در کشور عضو را فراهم سازد و تضمین کند که این اطلاعات به طور منظم به روز رسانی شده و در دسترس تمام مردم و سازمان‌های بین‌المللی قرار می‌گیرد. کمیته همینطور از این کشور درخواست می‌کند که با همکاری تمام ذینفعان از جمله نمایندگان جامعه مدنی و جامعه علمی یک مکانیسم ثبت موارد به روزرسانی شده منظم و مؤثر با به گونه‌ای تأسیس کند که اقدامات لازم و مناسب برای پیشگیری از خطر ابتلاء را بتواند ارائه دهد همین‌طور خدمات سلامت با کیفیت قابل فراهم شدن برای همه جمعیت باشد (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۴، ۴۳) (۱۷).

از دیگر موارد خدمات قابل تصور در این حوزه می‌توان به سیستم‌های نظارتی اشاره داشت. این مسئله در رابطه با کشور بولیوی مورد تصریح قرار گرفته و کمیته از این کشور درخواست نموده است که: «سیستم نظارت اپیدمیولوژیک خود را به خصوص در رابطه با پاندمی کووید-۱۹ بهبود بخشد» (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۵۱) (۲۰).

یکی دیگر از گزارش‌های کمیته که در رابطه با اقدامات کشور بوسنی و هرزگوین در خصوص پاندمی کووید-۱۹ منتشر کرده، درخور توجه است. کمیته در ملاحظات استنتاجی مربوط به این کشور درخواست می‌کند «کشور عضو تلاش‌های خود برای پیشگیری و محدود کردن گسترش کروناویروس را به خصوص در موارد زیر ارتقا دهد:

الف) مکاتبات عمومی خود را در رابطه با وضعیت اپیدمیولوژیکال، اطلاعات در مورد تست‌ها، درمان و واکسیناسیون و اقدامات واکنشی در محل با رویکرد تقویت شفافیت و بازیافت اعتماد عمومی؛

اضطراری را داشته باشد مورد اشاره قرار گرفته است (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۵۵) (۷).

### ۳) تجهیزات پزشکی و درمانی

بخش دیگر از حق سلامت را تجهیزات پزشکی به خود اختصاص می‌دهند. این مسئله نیز در رویه کمیته مورد تأکید قرار گرفته است. از جمله کمیته از کشور کنگو می‌خواهد تا بیمارستان‌های این کشور علاوه بر پرسنل درمانی از تجهیزات ضروری نیز برخوردار باشند (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۲، ۵۵) (۷).

### ب) خدمات مربوط به سلامت

دومین دسته از اجزای سلامت را خدمات تشکیل می‌دهد. این مسئله نه تنها در بند دوم ماده ۱۲ میثاق بیان شده است، بلکه در ملاحظات استنتاجی کمیته نیز به کرات تکرار شده است. این خدمات شامل خدمات بیمارستانی و پزشکی، خدمات مشاوره‌ای و ارائه اطلاعات در حوزه‌های مربوط به پیشگیری و بهداشت و نظافت و سایر جنبه‌های مرتبط با حوزه سلامت می‌شود در این دسته مواردی همچون خدمات آموزشی، اطلاع‌رسانی، مشاوره‌های نهادهای تخصصی، خدمات درمانی و پزشکی نیز قرار می‌گیرد. در توصیه‌های کمیته می‌توان به تقاضای «تقویت سیستم سلامت از طریق سرمایه‌گذاری بر پرسنل آموزش دیده (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی، ۲۰۲۱، ۳۹) (۱۵)، بهبود شمول در مدیریت مشارکتی و نهادهای نظارت مردمی در تصمیم‌گیری در مدیریت سلامت، تضمین دسترسی به اطلاعات و مکاتبات، خدمات مامایی» (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۵۳-۵۱) (۲۰).

کنار خدماتی که مستقیماً به حوزه سلامت ارتباط دارند، خدمات جانبی نیز وجود دارند که باید مورد توجه قرار گیرند. از جمله این موارد می‌توان به خدمات توزیع کالاهای سلامت و همین‌طور خدماتی همچون سیستم‌های بیمه‌های سلامت یکپارچه و توسعه یافته (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۴۳) (۴)، اشاره داشت. کمیته در گزارشی که در مورد کشور فنلاند صادر کرده است از این کشور می‌خواهد که تضمین کند تمام افراد دسترسی برابر قانونی و عملی به خدمات سلامت پیشگیرانه، درمانی و تسکین‌دهنده دارند (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۴۲) (۹).

یکی از مصادیق بارز توجه به این امر را می‌توان در رابطه با کشور چین مشاهده کرد که کمیته به طور خاص در مورد پاندمی کووید-۱۹ این کشور می‌خواهد تا منبع مالی برای خدمات در سطوح پیشگیری و درمانی را افزایش داده و اسکان در سیستم درمانی برای وضعیت‌های اضطراری همچون پاندمی کووید-۱۹ را به‌طور خاص تقویت نماید (کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۳، ۱۸-۱۷) (۶).

علاوه بر خدماتی که به‌طور کلی در رابطه با سلامت باید ارائه

کلی که محتوای آن تعهدات این حوزه را نیز پوشش دهد اکتفاء می‌نماید. این مسئله نه تنها در گزارش‌هایی که کمیته در سال‌های قبل از شیوع و گسترش پاندمی کووید-۱۹ صادر نموده مشاهده می‌شود، بلکه بعد از پایان پاندمی نیز مجدداً کمیته به رویکرد سابق خود بازگشته و مجدداً توجهی حداقلی به این قسمت از تعهدات دولت‌ها شده است. این در حالی است که توصیه‌های خاص در مورد دیگر بندهای ماده ۱۲ بعضاً در مواردی در این گزارش‌ها مشاهده می‌شود. بررسی گزارش‌های کمیته نشان می‌دهد این نهاد در گزارش‌های سال ۲۰۲۲ نیز در ابتدا رویکرد ویژه‌ای نسبت به مدیریت پاندمی کرونا در توصیه‌های خود اتخاذ نکرده است. رویکردهای اولیه این نهاد به این شکل بوده که در رابطه با هر موضوع که ابتدا نگرانی‌های خود را اعلام کرده و سپس توصیه‌های مربوطه را بیان می‌دارد، تنها در قسمت نگرانی‌ها به شیوع کووید-۱۹ اشاره داشته ولی در توصیه‌های تمایل چندانی به تفکیک توصیه‌های مربوط به این وضعیت نشان نمی‌دهد. اما با گذر زمان در گزارش‌های سال ۲۰۲۳ مشاهده می‌شود که کمیته توجه بیشتری به این موضوع نشان داده و حتی مدیریت کووید-۱۹ را از دیگر بخش‌های سلامت تفکیک می‌نماید. محتوای توصیه‌های این نهاد نیز به مرور توسعه یافته و برخلاف رویکرد کلی گویی کمیته، توصیه‌هایی دقیق‌تر را بیان داشته و به صورت موردی فعالیت‌های کشورهای عضو را مورد ارزیابی نشان داده و نسبت به موارد کاستی اظهار نگرانی می‌کند. اما با عبور از دوره بحرانی همچنان مشاهده می‌شود که کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مجدداً به رویکرد سابق خود باز می‌گردد و همچنان مدیریت بیماری‌های همه‌گیر مورد بی توجهی در گزارش‌های این نهاد قرار می‌گیرد.

**تضاد منافع:** بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

ب) تقویت تلاش‌ها برای تسهیل دسترسی جهانی و مناسب به تست، درمان و واکسیناسیون و ساده سازی آیین‌های اداری و درمانی؛

ج) اتخاذ اقداماتی برای تضمین اینکه منابع مراقبت سلامتی مربوط به پاندمی کروناویروس به شکل قابل توجهی فراهم کردن خدمات و مراقبت سلامت در دیگر حوزه‌ها را کاهش ندهد» (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۴۲) (۴). در رابطه با خدمات اطلاع رسانی ملاحظاتی استنتاجی کمیته در رابطه با کشور آذربایجان نیز درخور توجه است که این کشور می‌خواهد تا به شکل منظم اطلاعات قابل اعتماد عمومی و به لحاظ علمی صحیح و داده‌های آماری در رابطه با پاندمی شامل اطلاعات مربوط به واکسیناسیون کووید-۱۹ را جمع‌آوری و منتشر کند (کمیته حقوق اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل، ۲۰۲۱، ۴۵) (۲).

بنابراین ملاحظه می‌شود که علاوه بر خدمات پیشگیری و درمانی، در رابطه با پاندمی کووید-۱۹ انواع دیگری از خدمات نیز افزوده شده است که عبارتند از خدمت مربوط به واکسیناسیون، خدمات تست ابتلا به کرونا و در نهایت خدمات مربوط به اطلاع رسانی و ارائه اطلاعات در هر زمینه مرتبط اعم از میزان ابتلاها و هرگونه اطلاعاتی که بتواند وضعیت کلی انتشار بیماری و بیماران و تحولات آن را در اختیار مردم و نهادهای بین‌المللی قرار دهد.

## نتیجه‌گیری

بررسی عملکرد کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نشان می‌دهد که علی‌رغم تصریح ماده ۱۲ به تعهداتی در رابطه با پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های همه‌گیر ذیل بند ۲ (۳) این ماده، کمیته در توصیه‌های خود به کشورها به طور خاص به این بند توجهی نداشته است. در موارد عادی کمیته به ارائه توصیه‌های

## منابع

1. CESCR, Concluding observations on the fourth periodic report of Armenia, UN Doc. E/C.12/ARM/CO/4, 14 November 2023.
2. CESCR, Concluding observations on the fourth periodic report of Azerbaijan, UN Doc. E/C.12/AZE/CO/4, 2 November 2021.
3. CESCR, Concluding observations on the third periodic report of Benin, UN Doc. E/C.12/BEN/CO/3, 27 March 2020.
4. CESCR, Concluding observations on the third periodic report of Bosnia and Herzegovina, E/C.12/BIH/CO/3, 11 November 2021.
5. CESCR, Concluding observations on the third periodic report of Brazil, UN Doc. E/C.12/BRA/CO/3, 15 November 2023.
6. CESCR, Concluding observations on the third periodic report of China, including Hong Kong, China, and Macao, UN Doc. E/C.12/CHN/CO/3, 22 March 2023.
7. CESCR, Concluding observations on the sixth periodic report of the Democratic Republic of the Congo, UN Doc. E/C.12/COD/CO/6, 28 March 2022.
8. CESCR, Concluding observations on the sixth periodic report of El Salvador, UN Doc. E/C.12/SLV/CO/6, 9 November 2022.
9. CESCR, Concluding observations on the seventh periodic report of Finland, UN Doc. E/C.12/FIN/CO/7, 30 March 2021.
10. CESCR, Concluding observations on the fourth periodic report of Guatemala, UN Doc. E/C.12/GTM/CO/4, 11 November 2022.
11. CESCR, Concluding observations on the second periodic report of Indonesia, UN Doc. E/C.12/IDN/CO/2, 14 March 2024.
12. CESCR, Concluding observations on the fifth periodic report of Iraq, UN Doc. E/C.12/IRQ/CO/5, 14 March 2024.
13. CESCR, Concluding observations on the fourth

periodic report of Ireland, UN Doc. E/C.12/IRL/CO/4, 20 March 2024.

14. CESCR, Concluding observations on the sixth periodic report of Italy, UN Doc. E/C.12/ITA/CO/6, 7 December 2022.

15. CESCR, Concluding observations on the second periodic report of Latvia, UN Doc. E/C.12/LVA/CO/2, 30 March 2021.

16. CESCR, Concluding observations on the fourth periodic report of Luxembourg, UN Doc. E/C.12/LUX/CO/4, 15 November 2022.

17. CESCR, Concluding observations on the fifth periodic report of Nicaragua, UN Doc. E/C.12/NIC/CO/5, 11 November 2021.

18. CESCR, Concluding observations on the sixth periodic report of Norway, UN Doc. E/C.12/NOR/CO/6, 2 April 2020.

19. CESCR, Concluding observations on the sixth periodic report of Romania, UN Doc. E/C.12/ROU/CO/6, 20 March 2024.

20. CESCR, Concluding observations on the third periodic report of the Plurinational State of Bolivia, UN Doc. E/C.12/BOL/CO/3, 5 November 2021.

21. CESCR, Concluding observations on the seventh periodic report of Ukraine, UN Doc. E/C.12/UKR/CO/7, 2 April 2020.

22. CESCR, Concluding observations on the seventh periodic report of Sweden, UN Doc. E/C.12/SWE/CO/7, 22 March 2024.

23. CESCR, General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 August 2000.