

مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها در تلافی حمایت از حق بر سلامت و سایر حقوق بشر در مواجهه با بیماری کرونا

مجید الهی^۱

محمدجواد جاوید^۲

نادر میرزاده کوهشاهی^۳

چکیده

در واکنش به پاندمی کووید-۱۹، دولت‌ها در سراسر جهان سیاست‌های بهداشت عمومی را اجرا کرده‌اند که آزادی‌های فردی را به‌منظور کنترل انتقال بیماری محدود می‌کند. اگرچه اعمال بسیاری از محدودیت‌ها برای کنترل پاندمی ضروری هستند اما به نظر می‌رسد، بسیاری از این سیاست‌ها حالت موسع داشته و به حقوق مربوط به جمعیت مستعد نقض حقوق بشر بی‌توجه بوده‌اند. علاوه بر این، کووید-۱۹، نابرابری‌های موجود براساس دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، فقر، بی‌عدالتی نژادی، بحران‌های پناهندگان و فقدان آموزش را تشدید کرده است. در نتیجه ایجاد چنین وضعیتی، استفاده از رویکرد حقوق بشری در واکنش به بیماری کرونا ضرورتی انکارناپذیر است؛ بنابراین، پرسش اصلی که این پژوهش در پی پاسخ به آن است، بررسی حدود و ثغور اختیارات دولت‌ها در محدود نمودن حقوق بشر در شرایط وقوع بیماری واگیر و مسری کرونا می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، مداخلات سیاست بهداشت عمومی که در سال ۲۰۲۰ اجرا شدند، اثرات منفی بر حقوق بشر جمعیت‌های به حاشیه رانده داشته و این امر ضرورت بازنگری در سیاست‌گذاری و طراحی سیاست‌های بهداشت عمومی با در نظر گرفتن همه اشخاص مورد حمایت حقوق بشر را نمایان می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: مسئولیت، دولت، حق بر سلامت، کرونا، حقوق بشر.

۱. دانشجوی دکتری حقوق بین‌الملل عمومی، گروه حقوق عمومی، واحد پردیس البرز، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

elahimajid630@gmail.com

۲. استاد، گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. mohammadjavadjavid0@gmail.com

۳. دانشیار، گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. nadermirzadekohshahi@gmail.com

مقدمه

گسترش کووید-۱۹ در نیمه اول سال ۲۰۲۰ و واکنش‌های دولت‌ها و دیگر بازیگران به آن، پرسش‌های مهمی را درباره قوانین بین‌المللی مطرح می‌کند. این موضوع شاید برای رشته‌ها و نهادهای تخصصی مختلف، که تقریباً هر حوزه‌ای چیزی برای کمک کردن دارد، واضح‌تر باشد. گاهی تمرکز استدلال‌های مرتبط با کووید-۱۹ بر انسان هست که در آن قوانین و نهادها در سرکوب آن نقش دارند، برای مثال در حقوق سلامت^۱ و حقوق آب^۲. در موارد دیگر، مانند حل و فصل اختلافات، توانایی در نظر گرفتن مناسب چارچوب استثنایی همه‌گیر مورد بررسی قرار می‌گیرد.^۳ در موارد دیگر، اهمیت عدم ایجاد مانع برای سرکوب کووید-۱۹ مورد تأکید قرار می‌گیرد، مانند قانون فین تک، یا برعکس، مانند بحث‌های مربوط به نقض حقوق بشر، نگرانی در مورد از بین بردن بی‌مورد حمایت‌های قانونی است.^۴

کشورها برای مقابله با این بیماری همه‌گیر اقدامات حقوقی و سیاسی تقریباً بی‌سابقه‌ای را آغاز کرده‌اند که به طور قابل توجهی از جمله آزادی رفت و آمد، حریم خصوصی و فعالیت اقتصادی را محدود کرده است. با این حال، بسیاری از این اقدامات، مطابق با اصول سیراکوزا، دارای مدت زمان محدود، متناسب، ضروری و بدون تبعیض نیستند. در واقع، برخی از دولت‌ها همه‌گیری را بهانه‌ای برای به دست گرفتن قدرت، استفاده از نیروی بیش از حد و آزار و اذیت جمعیت آسیب‌پذیر کرده‌اند. با وجود این، متأسفانه تمرکز قابل توجهی در رسانه‌های حقوق بشری در مورد محدودیت حق سلامت در خدمات بهداشت عمومی یا موارد اضطراری وجود ندارد؛ علاوه بر این، محدودیت دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در اثر یک ضرورت بهداشت عمومی مانند کووید-۱۹ به وجود آمده است که مسلماً باعث شده از اهمیت وظایف دولت برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی کاسته شود.^۵

بیماری‌های واگیردار از جمله ابتلا به کرونا از چالش‌های بزرگ برای جهان به شمار می‌روند که

1. World Health Organization, 'Coronavirus Disease (covid-19) Pandemic'.

2. United Nations Economic Conference for Europe, (8 May 2020)

3. Application of the Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide (The Gambia v Myanmar) (Order) [2020 icj Rep

4. Jeremy McBride, (2020).

۵. غلامی، مریم، فیروزآبادیان، مهدی، حق دسترسی به واکسن به مثابه حق بشر، پژوهش‌های حقوقی، دوره ۲۲، شماره ۵۳، ۱۴۰۲، ص ۳۷

امور زندگی جوامع بشری را تحت تأثیر قرار می‌دهند. پرسشی که در این زمینه و در ابتدای امر مطرح می‌شود این است که چرا دولت در حوادثی همچون بحران کرونا که نقشی در آن ندارد، در قبال صدماتی که از طریق اعلام شرایط اضطراری، به مردم وارد می‌شود، باید جبران خسارت کند؟ نظریات متعددی در این زمینه وجود دارد که تعیین مبنای فلسفی جبران خسارت هم از جنبه نظری و هم از جنبه کاربردی برای ما موثر خواهد بود.^۱

با توجه به طبیعت زندگی جمعی، گاه ممکن است حق‌های فردی در مقابل یکدیگر و یا در تزامن با دغدغه‌ها یا مصلحت‌های اجتماعی قرار گیرند. در این گونه موارد، می‌توان از تعارض حق‌ها با یکدیگر و یا تعارض حق‌ها با هنجارها و مصالح اجتماعی سخن گفت. عوامل متعددی همچون امنیت ملی، تمامیت ارضی، نظم عمومی، اخلاق حسنه، بهداشت عمومی و حقوق و آزادی‌های دیگران می‌توانند محدود ساختن حق‌ها را سبب گردند. تعلیق حقوق به این معناست که دولت‌ها می‌توانند در مواقعی که یک خطر عمومی و استثنایی موجودیت کشور را تهدید نماید، برخی از حقوق و آزادی‌های شهروندان را موقتاً تعلیق نمایند. محدودیت حقوق با تعلیق حقوق شباهت‌های زیادی دارند زیرا که هر دوی آنها به محدود شدن حقوق و آزادی‌ها منجر می‌شوند. در مجموع، می‌توان گفت بر حالت فوق‌العاده و تعلیق که در شرایط استثنایی یا ضرورت مطرح می‌شود، محدودیت حقوق همواره و حتی در شرایط عادی برای تعادل جامعه و امکان برخورداری از حداقل حقوق و آزادی‌ها برای همه شهروندان امری گریزناپذیر است.^۲

در زمان شیوع بیماری‌های فراگیر اتخاذ اقدامات دولتی برای حفظ سلامت مردم می‌تواند موجب تزامن حقوق بشری گردد. برای نمونه، ایجاد قرنطینه، فاصله‌گذاری اجتماعی و محدودیت حق رفت و آمد ممکن است با مقررات حقوق بشری تزامن داشته باشد. در چنین وضعیتی، بند ۳ ماده ۱۲ میثاق حقوق مدنی و سیاسی اجازه داده است که اعمال برخی حق‌ها محدود گردد. البته این اقدامات باید متناسب، ضروری و بدون تبعیض باشد. بسیاری از دولت‌ها با اعلام وضعیت اضطراری ناشی از ویروس

۱. محبیان، غلامرضا و همکاران، مبانی فلسفی و مستندات قانونی مسئولیت مدنی دولت در بحران کرونا، نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی، دوره هفتم، شماره ۲، ۱۴۰۲، ص ۳۳۱

۲. آقابابایی، حسین، مطالعه تطبیقی حقوق وضعیت اضطراری با نگاهی به مدیریت بیماری کووید ۱۹؛ از مبانی قانونی تا تجویز مداخله کیفری، مجله حقوقی دادگستری، دوره ۸۵، شماره ۱۱۶، ۱۴۰۰، ص ۴

کرونا برخی از حقوق بشر را به حالت تعلیق درآوردند. مطابق بند ۱ ماده ۱ میثاق حقوق مدنی و سیاسی وضعیت تعلیق حقوق بشر به هنگام موقعیت اضطراری را به رسمیت شناخته است. مطابق ماده ۱ آن به هنگام وضعیت اضطراری عمومی که حیات ملی را به مخاطره می‌افکند، دولت‌های طرف میثاق با اعلام رسمی چنین وضعیتی، اقداماتی به منظور عدول از مقررات میثاق و تعلیق برخی از حقوق بشر اقدام کنند. مطابق نظریه شماره ۲۹ کمیته حقوق بشر با تبیین ماده ۴ میثاق حقوق مدنی و سیاسی، وضعیت تعلیق حقوق بشر را مورد بحث قرار داد و مطابق با بند ۲ از ماده ۱ این نظریه تعلیق باید استثنایی و موقتی باشد. ثانیاً وضعیت اضطراری به حدی باید باشد که حیات ملی را در معرض خطر قرار دهد. ثالثاً، دولت‌ها در زمان وضعیت اضطراری باید در چارچوب قانون اساسی عمل کنند.^۱ در خصوص پیشینه پژوهش نیز باید گفت، تاکنون در کتب و مقالاتی به موضوعات مرتبط با این مقاله، پرداخته شده است که عبارتند از:

در مقاله «کرونا؛ محل تلاقی حق بر سلامت و حق بر اطلاعات: جستاری در مسئولیت دولت»، به قلم جعفر شفیعی سردشت و همکاران، چنین نتیجه گرفته‌اند که اطلاع‌رسانی درخصوص همه موضوعات مربوط به سلامتی در مراحل مختلف شیوع یک بیماری اعم از پیشگیری و درمان است؛ لذا تضمین دسترسی مردم به اطلاعات و نهادهای عمومی متولی سلامت در رابطه با بیماری کرونا و انتشار عمومی این قبیل اطلاعات نه تنها، سهم به‌سزایی در کاهش میزان ابتلا به این بیماری دارد بلکه با مطلع ساختن مبتلایان و سایر اطلاعات مربوط به دوران بیماری و نقاهت، نقش بی‌بدیلی در کاهش میزان مرگ و میر و آسیب‌های ناشی از این بیماری خواهند داشت و شناسایی انواع مسئولیت برای دولت می‌تواند در تأمین هرچه بهتر حقوق شهروندان به‌ویژه در زمینه تضمین حق بر دسترسی به اطلاعات در حوزه سلامت سهمی به‌سزا ایفاء کند.

در مقاله «مبانی حقوقی مسئولیت بین‌المللی دولت در قبال پاندمی کرونا» به قلم فریبرز صفری، معتقد است، رفتار یا عمل متخلفانه بین‌المللی یک دولت چه به صورت فعل یا ترک فعل که موجب مسئولیت دولت در این زمینه می‌شود می‌بایست دارای دو جزء باشد: به موجب مبانی حقوقی، قابل انتساب به دولت باشد و رفتار دولت، نقض یک تعهد اولیه از جمله تعهدات عرفی باشد.

۱. حسن زاده، قدرت اله، حق بر سلامت از دیدگاه معاهدات بین‌المللی با تأکید بر بیماری کووید ۱۹، مجله حقوق پزشکی،

در مقاله «میزان اختیارات و مسئولیت دولت در ایجاد محدودیت برای بیماران مبتلا به کرونا و مبنای آن»، به قلم حسین زروندی رحمانی، از حیث حقوق داخلی به بررسی مسئولیت دولت پرداخته‌اند و وضعیت کرونایی را یکی از مصادیق شرایط اضطراری مذکور در اصل ۷۹ قانون اساسی دانسته و در نتیجه صلاحیت دولت برای برقراری محدودیت‌های ضروری را پذیرفته‌اند.

در مقاله «بررسی حقوقی نحوه عملکرد و مسئولیت دولت در جبران خسارت ناشی از بحران کووید ۱۹» به قلم مصطفی مظفری و مرتضی میرزایی مقدم، معتقدند اگرچه بیماری ناشی از ویروس کرونا وضعیت اضطراری آفرید و خسارات مادی، معنوی و جانی به همراه داشت این موضوع نباید باعث آشفتگی کشوری شود که از اصول و قوانین مختلفی برخوردار است. اساسی‌ترین محک عملکرد یک دولت در صورت بروز وضعیت‌های اضطراری است. این عملکرد هنگام صحیح خواهد بود که به موقع و در چارچوب قوانین و مقررات حاکم بر کشور انجام گیرد و ایجاد محدودیت در حقوق شهروندان بدون توجه به چارچوب‌های قانونی ممنوع است.

پرسش اصلی که این پژوهش به دنبال پاسخ به آن است، بررسی مسئولیت دولت‌ها در تلاقی میان حق سلامت و سایر حقوق بشر است. نتایج این پژوهش، نشان می‌دهد، در شرایطی که دولت‌ها به بهانه حمایت از حق بر سلامت و مبارزه با بیماری کرونا، سایر حقوق بشر را تحدید نمایند، موجبات مسئولیت بین‌المللی خود را فراهم می‌کنند. روش تحقیق در این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی است و در گردآوری منابع از روش کتابخانه‌ای استفاده شده است.

گفتار اول. حمایت از حق بر سلامت و مبارزه با بیماری‌های واگیر در آینه اسناد بین‌المللی

حق بر سلامت، مستلزم برخورداری از فرصت‌های برابر برای همه است تا بتوانند از امکانات، تسهیلات، خدمات و شرایط لازم برای تحقق این استاندارد برخوردار شوند. این حق، نقش مهمی در حرکت به سوی جامعه‌ای سالم و خلق سیستم‌های بهداشتی عادلانه ایفاء می‌کند و بر این مبنا نیازمند دخالت و اقدامات ایجابی دولت‌ها است. در بسیاری از معاهدات بین‌المللی بر تحقق آن تأکید شده و اغلب دولت‌ها به واسطه تصویب حداقل یکی از این معاهدات، ملزم به رعایت و اجرای جنبه‌های مختلف حق بر سلامت افراد به خصوص در شرایط شیوع بیماری همه‌گیر می‌باشند.^۱

1. International Health Conference, Constitution of the World Health Organization, 1946: 1. [In English]

بند اول. رویکرد میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

مهم‌ترین سند بین‌المللی که به طور جامع بر حق سلامت پرداخته است، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل متحد است که طبق ماده ۱۲، دولت‌های عضو، حق هر فرد را برای دستیابی و برخورداری از بالاترین وضعیت سلامت جسمانی و روحی به رسمیت می‌شناسند. شایان ذکر است، کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سازمان ملل در تفسیری که از ماده ۱۲ میثاق ارائه کرده، بیان داشته اگرچه کشورها عضو میثاق هستند اما، همه اعضای جامعه بین‌المللی از جمله متخصصان بهداشت، خانواده‌ها، سازمان‌های بین‌دولتی، سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش تجاری خصوصی، مسئولیت‌هایی در زمینه تحقق حق بر سلامت دارند.^۱

میثاق بین‌المللی مربوط به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یکی از اسناد مهم مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد می‌رسد و در کشورمان نیز به عنوان قانون داخلی محسوب می‌گردد. به موجب بند ۱ ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی، «دولت‌های عضو طرف این میثاق حق هرکس را به تمتع از بهترین حال سلامت جسمی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسند.» و طبق بند ۲ همین ماده، «تدابیری که دولت‌های طرف این میثاق برای استیفای کامل این حق اتخاذ خواهند کرد، شامل اقدامات لازم برای تأمین امور ذیل خواهد بود: ج- پیشگیری و معالجه بیماری‌های همه‌گیر بومی-حرفه‌ای و سایر بیماری‌ها همچون پیکار علیه این بیماری‌ها» بخشی از مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی که کشورمان در آن عضویت دارد، تصریح می‌کند: «دولی که عضویت این مجمع را دارا هستند اعلام می‌دارند که با موافقت با منشور ملل متحد، اصول زیرین اساس سعادت ملل و سازگاری روابط و تأمین امنیت آنها می‌باشد. سلامتی مبتنی بر رفاه کامل جسم و روح جامعه است و صرفاً عبارت از فقدان ناخوشی یا تندرستی نیست. یکی از حقوق اساسی هر ذی‌روحي این است که به بهترین حالت رفاه و سلامتی دسترسی یابد و اختلاف نژاد و مذهب و عقاید سیاسی و وضع اقتصادی و اجتماعی نباید مانع از حصول بدین مقصد باشد. سلامتی، کلیه ملل شرط اساسی صلح و امنیت جهانی است و رسیدن به این شرط بدون همکاری جدی اشخاص و دول امکان‌پذیر نیست.»

1. CESCR, (1997), "The Relationship between Economic Sanctions and Respect for Economic, Social and Cultural Rights", General Comment No.8. [In English]

بند دوم. مقررات سازمان بهداشت جهانی مصوب ۲۰۰۵

مقررات سازمان بهداشت جهانی از جمله اسناد بین‌المللی است که نسخه نهایی آن در سال ۲۰۰۵ به تصویب رسید و از سال ۲۰۰۷ به کلیه کشورهای عضو برای اجرا ابلاغ گردید. هدف این مقررات، «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 بی مورد در مسافرت‌ها و تجارت بین‌الملل پرهیز گردد.» گستره این مقررات تنها به بیماری خاص یا روش انتقال محدود نمی‌گردد. بلکه شامل هر وضعیت ناخوشی یا وضعیت پزشکی است که بالقوه یا بالفعل بتواند به انسان‌ها آسیب بارز وارد نماید. همچنین، میثاق بین‌الملل حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در ماده ۱۲، حق هرکس به بهره‌مندی از بهترین سلامت جسمی و روحی را به رسمیت شناخته است.^۱

مقررات بهداشتی بین‌المللی سال ۲۰۰۵، مهم‌ترین چارچوب حقوقی بین‌المللی برای کنترل و مقابله با بیماری‌های مسری و عالمگیر است. این سند، مجموعه‌ای از مقررات الزام‌آور حقوقی است که یک سازوکار تنظیمی چندجانبه را تأسیس نموده است. بر اساس ماده ۲۲ اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، مقرراتی که در اجرای ماده ۲۱ تصویب شده‌اند، پس از آنکه موضوع تصویب آنها از طرف مجمع بهداشت به اطلاع اعضاء رسید، برای کلیه دول لازم‌الاجرا خواهد بود. مقررات بهداشتی بین‌المللی سال ۲۰۰۵، در تبیین تعهدات بین‌المللی دولت‌ها به منظور کنترل بیماری‌های مسری و عالمگیر، نوعی تعادل و موازنه میان امنیت بهداشتی، تجارت بین‌الملل و حقوق بشر ایجاد نموده است. مقررات بهداشتی در زمینه اطلاعات بیماری‌های همه‌گیر و پاسخ بهداشت عمومی، اقدامات ضروری در مبادی مرزی، بنادر و فرودگاه‌ها و اقدامات بهداشتی مربوط به مسافران و وسایل نقلیه، تعهدات بین‌المللی مشخصی را برای دولت‌ها وضع کرده است. به‌طور ویژه در خصوص کووید ۱۹ دولتی که نقش کلیدی در آغاز و گسترش این بیماری داشته، مسئولیت بیشتری درباره ایفای تعهدات در چارچوب این مقررات دارد.^۲

۱. مظفری، مصطفی، میرزایی مقدم، مرتضی، بررسی حقوقی نحوه عملکرد و مسئولیت دولت در جبران خسارت ناشی از بحران کووید ۱۹، تحقیقات حقوقی، وینامه حقوق و کرونا، ۱۴۰۱، ص ۴۷۸

۲. نواری، علی، کووید ۱۹ و تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در قبال کنترل بیماری‌های عالمگیر، تحقیقات حقوقی، ویژه نامه حقوق و کرونا، شماره ۰۲، ۱۴۰۱، ص ۶۲۳

گفتار دوم. چارچوب نظری تضمین حقوق در عین حفاظت از سلامت

واکنش جهانی به فوریت‌های بهداشت عمومی، مانند بیماری‌های همه‌گیر، اغلب نیازمند اعمال مداخلات سیاست بهداشت عمومی برای جلوگیری از بیماری و حفاظت از سلامت جمعیت است. این مداخلات می‌توانند آزادی‌های فردی را محدود کنند و به‌طور گسترده‌ای در موارد اضطراری بهداشت عمومی مناسب تشخیص داده می‌شوند. همه‌گیری کووید-۱۹ باعث اجرای اقدامات بهداشت عمومی در مقیاس جهانی بی‌سابقه شده است. سیاست‌هایی مانند بسته شدن مرزها و مدارس، اجباری شدن ماسک صورت، محدودیت در اجتماعات اجتماعی و حبس خانگی در برابر انتقال کووید-۱۹ و پیامدهای بیماری مؤثر بوده است.^۱ درحالی‌که چنین مداخلاتی برای کاهش همه‌گیری حیاتی هستند، مزایای بهداشت عمومی آنها می‌تواند منجر به موازنه قابل توجهی شود، مانند دسترسی محدود به مراقبت‌های پزشکی و خدمات بهداشت عمومی برای تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری‌های دیگر و همچنین از دست دادن معیشت و اختلال در آموزش و تعامل اجتماعی- فرهنگی.^۲ علاوه بر این، مداخلات بهداشت عمومی نیز می‌تواند با هزینه‌های حقوق بشر همراه باشد، که به‌طور نامتناسبی جوامع آسیب‌پذیر و تحت ستم را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^۳

بند اول. اهمیت استفاده از رویکرد حقوق بشر در اجرای پاسخ‌های بهداشت عمومی به

کووید-۱۹

راهنمایی بین‌المللی در مورد اقدامات محدودکننده حقوق مجاز در طول حالت‌های اضطراری براساس اصول سیراکوسا است.^۴ این اصول بیان می‌کنند که صرف‌نظر از ماهیت یا شدت وضعیت اضطراری، محدودیت‌های حقوق بشر باید با استانداردهای قانونی بودن، مشروعیت، ضرورت، تناسب، شواهد و عدم تبعیض مطابقت داشته باشد.^۵ توضیح و نظرکلی ۱۴ به پیمان بین‌المللی حقوق اقتصادی،

1. Brauner, et. al (2020).

2. Aragona, et al., (2020)

3. Gostin, (2020).

4. International Commission of Jurists, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights (1984).

5. Ponta, (2020).

اجتماعی و فرهنگی (ICESCR) بیشتر تأکید می‌کند که دولت‌ها «بار توجیه چنین اقدامات جدی» را با توجه به «نشان دادن اینکه اقدامات محدودکننده برای جلوگیری از گسترش بیماری‌های عفونی ضروری هستند تا در نهایت حقوق و آزادی‌های افراد را ارتقا دهند» دارند.^۱ علاوه بر این، اجرای این اصول راهنما می‌تواند پیچیده باشد با توجه به اینکه انحرافات از استانداردهای حقوق بشر چندوجهی است و ممکن است توسط تعاملات پیچیده بین جنبه‌های رقابتی بهداشت عمومی، اخلاق، اقتصاد و قانون پیچیده شود.^۲ بنابراین، مداخلات بهداشت عمومی می‌تواند با محدود کردن حقوق اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جمعیت‌های خاص، مانند پناهندگان و مهاجران، که به طور خاص در برابر محدودیت‌های حرکتی آسیب‌پذیر هستند، به طور تبعیض‌آمیز انجام شود.^۳

سیاست‌های بهداشت عمومی می‌تواند به ویژه برای قشر محروم چالش برانگیز باشد. به عنوان مثال، افرادی که در خانه‌های شهری فقیر و پرجمعیت زندگی می‌کنند یا به اردوگاه‌های پناهندگان محدود می‌شوند، نمی‌توانند به طور واقع بینانه قرنطینه شوند یا از اجتماعات اجتناب کنند.^۴ افراد زندانی توانایی رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی و ماسک زدن را بدون حمایت سیاست و منابع زندان ندارند و ماهیت تسهیلات تأدیبی برای فاصله‌گذاری اجتماعی مناسب نیست. زمانی که محدودیت‌های کووید-۱۹ سفر آنها به محل کار را مختل می‌کند، کارگران ساعتی و کارگران روزمزد ممکن است قادر به تأمین غذا، دارو یا دیگر نیازهای زندگی نباشند. مداخلات بهداشت عمومی که از دریچه حقوق بشر دیده می‌شوند، برای محافظت از آسیب‌پذیرترین اعضای جامعه طراحی شده‌اند اما در عمل، نتیجه ممکن است عکس باشد.

علاوه بر این، سیاست‌ها می‌توانند ظاهراً برای کنترل پاندمی طراحی شوند در حالی که هدف واقعی آنها سیاسی است. برای مثال، با محدود کردن اجتماعات و در نتیجه سرکوب تظاهرات ضد دولتی. ارزیابی مداخلات بهداشت عمومی کووید-۱۹ حول نیازهای جمعیت‌های آسیب‌پذیر و اولویت بندی نیازهای آن‌ها ممکن است امکان پاسخ همه‌گیری را فراهم کند که نه تنها عادلانه‌تر است بلکه برای کسانی که در معرض خطر بالای انتقال بیماری، بیماری‌زایی و مرگ و میر هستند، عملی‌تر و پایدارتر

1. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, G.A. Res. 2200A (XXI) (1966), art. 14; D.

2. Silva, et al., (2019), pp. 1857-1910.

3. Hayakawa, (2020).

4. Pettus-Davis, et al., (2021).

است.^۱ برای پرداختن به این نگرانی‌ها، ما یک نمای کلی از مداخلات بهداشت عمومی اجرا شده در طول همه‌گیری کووید-۱۹ ارائه می‌دهیم و ابعاد حقوق بشر آنها را تحلیل می‌کنیم.

بند دوم. جمعیت‌های آسیب‌پذیر در برابر نقض حقوق بشر

برای بررسی مداخلات بهداشت عمومی کووید-۱۹ در چارچوب حقوق بشر، ابتدا باید گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر نقض حقوق بشر را تعریف کنیم. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی اشاره می‌کند که احزاب دولتی عضو کمیته بین‌المللی صلیب سرخ موظف هستند «توجه ویژه‌ای به آن دسته از افراد و گروه‌هایی که به‌طور سنتی در اعمال این حق با مشکل مواجه هستند» در زمینه امنیت اجتماعی و حقوق بشر داشته باشند.^۲

یافته‌های تحقیق سواپگ و همکاران (۲۰۲۱)^۳ نشان می‌دهد که رایج‌ترین مداخلات بهداشت عمومی اجرا شده در شش ماه اول همه‌گیری: تعطیلی مدارس، بسته شدن مرزها و محدودیت‌های رفت‌وآمد از ۱۰۷۲۰ مداخله بهداشت عمومی ثبت شده در طی شش ماه اول همه‌گیری در پایگاه داده HIT-COVID (۷۱.۶۷ درصد) اکثریت به‌عنوان محدود کردن حقوق بشر حداقل به یک روش یا برای حداقل یک جمعیت‌شناسایی شدند. در میان تمام ۲۱ دسته مداخله بهداشت عمومی در این پایگاه داده، پنج دسته شایع (۵۷.۶۰ درصد) مداخلات را پوشش دادند. این پنج دسته شامل تعطیلی مدارس (۲۸.۶۱ درصد)، تعطیلی مرزها (۱۲.۶۲ درصد)، قرنطینه و انزوا (۶.۰۳ درصد)، محدود کردن اجتماعات (۵.۲۳ درصد) و حبس خانگی (۵.۱۱ درصد) بودند. تعطیلی مدارس به ساعات یا روزهای محدود در مدرسه، استفاده از آموزش آنلاین و تعطیلی سراسری مدارس اشاره دارد. بستن مرزها به کشورهای دیگر یا واحدهای فراملی، از جمله محدودیت‌های اعمال شده بر جمعیت‌های فرعی خاص (براساس منشأ جغرافیایی یا قرار گرفتن در معرض کووید-۱۹ یا نتایج آزمایش) اشاره دارد. قرنطینه به جداسازی و محدودیت تردد برای افرادی اشاره دارد که در معرض کووید-۱۹ بالقوه قرار گرفته‌اند یا عفونت تأیید شده نداشته‌اند (مانند مسافران و افرادی که در تماس با موارد تأیید شده یا مشکوک هستند). ایزولاسیون

1. Gostin (2020, see note 3).

2. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 19, UN Doc. E/C.12/GC/19 (2008), para. 31.

3. Zweig et.al 2021

خانگی به افرادی اطلاق می‌شود که علامت‌دار هستند یا عفونت تأیید شده دارند (مانند موارد مشکوک علامت‌دار، موارد تأیید نشده غیر بستری و موارد مرخص شده از بیمارستان). محدود کردن اجتماعات به اعمال محدودیت اندازه اجتماعات داخلی و خارجی اشاره دارد. حبس خانگی به مقررات منع رفت‌وآمد، دستورها مانند در خانه و محدودیت‌هایی اشاره دارد که افراد را ملزم می‌کند به جز سفرهای ضروری (برای مثال برای مراقبت‌های پزشکی یا غذا) در خانه بمانند. این دستورها همچنین ممکن است حرکت گروه‌های پرخطر مانند افراد مسن یا بیماران مزمن را محدود کند.

گفتار سوم. تعهدات دولت‌ها در تأمین سلامت عمومی و حقوق بشر

دولت‌ها براساس حقوق بین‌الملل تعهد دارند که نه تنها به‌طور فعال در جهت تأمین سلامت عمومی گام بردارند، بلکه در عین حال از نقض سایر حقوق بشر در اجرای سیاست‌های بهداشتی جلوگیری کنند. در نظام حقوق بشر، دولت‌ها به عنوان متعهد اولیه به‌شمار می‌روند و تعهدات بین‌المللی حقوق بشری مستقیماً دولت‌ها را خطاب قرار می‌دهند. دولت‌ها موظف‌اند اقدامات لازم را برای تحقق حقوق بشر به‌طور عام و حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی را به‌طور خاص اتخاذ نمایند. تعهدات عمده دولت‌ها در حوزه ارتقای سلامت و تعمیم دسترسی به خدمات درمانی را می‌توان در قالب تعهدات ذیل مورد دقت نظر قرار داد:

۱. تعهد به استفاده حداکثری از منابع

چارچوب اصلی تعهدات دولت‌ها برای تعمیم و تضمین دسترسی به خدمات درمانی را می‌توان با استناد به ماده ۲ میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تبیین نمود. براساس بند ۱ این ماده، «هر دولت عضو این میثاق متعهد می‌شود که اقداماتی را به صورت فردی و از طریق همکاری و مساعدت بین‌المللی، به‌ویژه 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». طبق این بند، تحقق حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی ضرورتاً طی فرایندی تدریجی و با صرف منابع مالی حاصل خواهد شد. اصل تحقق تدریجی دولت‌ها را از انجام اقدامات فوری معاف نمی‌دارد.^۱ از جمله

1. 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, Commission on Human Rights, Forty-third

اقدامات فوری می‌توان به تدوین برنامه جامع در زمینه ارتقاء سلامت، تضمین دسترسی به خدمات درمانی برای همه و توزیع عادلانه این خدمات اشاره کرد.^۱ این تعهدات مشمول اصل تحقق تدریجی قرار نمی‌گیرد و دولت‌های عضو میثاق متعهدند تا حداقل‌های بنیادین را به طور فوری برآورده سازند. اگر دولت نتواند بهره‌مندی از حداقل‌های بنیادین را تأمین کند، باید ثابت نماید که هرگونه تلاشی را برای استفاده از منابع و امکانات خود به عنوان یک اولویت برای اجابت این تعهدات حداقلی انجام داده، لیکن به دلیل ضعف یا کمبود منابع نتوانسته است این ضروریات را برآورده سازد.

۲. تعهد به تضمین در حوزه تضمین دسترسی به خدمات درمانی

کمیته در تفسیر عمومی شماره ۳ در مورد ماهیت تعهدات دولت‌های عضو به مفهوم تعهد به نتیجه اشاره کرده است. این مفهوم تا حدودی با مفهوم تعهد به بهترین تلاش تداخل دارد؛ زیرا دولتی که متعهد به نتیجه است، به طریق اولی نسبت به فراهم کردن زمینه آن نیز متعهد می‌باشد. در زمینه حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی و تعمیم و تضمین این حق، تعهد به نتیجه عبارت است از اتخاذ قوانین و سازوکارهای اجرایی لازم، و تعهد به انجام اقدامات لازم تا حد ممکن و در محدوده امکانات موجود در راستای نیل به نتایج مورد نظر این قوانین، مضمون تعهد به فعل را تشکیل می‌دهد. گفتنی است، در حوزه تضمین دسترسی به خدمات درمانی، نقش نهادهای تخصصی دولتی، به ویژه وزارتخانه‌های بهداشت و نهادهای دولتی متولی امر بهداشت عمومی و نهادهای قانون‌گذاری در اجرای تعهدات بین‌المللی در داخل کشورها بسیار پررنگ است. کمیته حقوق اقتصادی معتقد است مهمترین اقدامات دولت‌ها در این زمینه، اقدامات تقنینی است؛ از جمله وضع قوانین جدید، اصلاح و الغای قوانین مغایر با مفاد میثاق.^۳

session, items 8 and 18 of the provisional agenda, 1087, para.16.

1. Sellin, Jennifer, "Justiciability of the Right to Health – Access to Medicines; the South African and Indian Experience", Erasmus Law Review, 2009, Vol.2, Issue 4, p. 449. .

2. Katherine H. A. Footer and Leonard S. Rubenstein, "A Human Rights Approach to Health Care in Conflict", International Review of the Red Cross, Spring 2013, Vol. 95, No. 889, p. 6..

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

۳. تعهد به رعایت، حمایت و اجرای حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی

نظام بین‌المللی حقوق بشر همانند حقوق مدنی و سیاسی، در زمینه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نیز سه دسته تعهد مختلف بر دولت‌ها تحمیل می‌کند: تعهد به رعایت، حمایت و اجرا.^۱ دسته اول تعهد به رعایت دولت‌ها را ملزم می‌سازد در چارچوب برنامه‌ها و قوانین خود حق برخورداری هر فرد از خدمات و مراقبت‌های درمانی را مورد شناسایی قرار دهند. تعهد دولت‌ها در خصوص شناسایی قانونی حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی و برنامه‌های قانونی برای اجرای آن شامل شناسایی و توجه کافی به برنامه‌های ارتقاء سلامت و تعمیم خدمات درمانی در نظام‌های حقوقی و سیاسی ملی به طرق مقتضی در قالب اقدامات تقنینی و اجرایی و اتخاذ و پیگیری برنامه‌های اقدام در نظام بهداشت عمومی ملی است.^۲

دسته دوم بیان می‌دارد که تعهد به حمایت مستلزم آن است که دولت‌ها از نقض حقوق بشر توسط طرفین ثالث پیشگیری کنند. در چارچوب این تعهد، دولت‌ها باید قوانین لازم و اقدامات دیگر به منظور تضمین دسترسی برابر به مراقبت‌ها و خدمات درمانی ارائه شده توسط طرفین ثالث را اتخاذ کنند و اطمینان دهند که برنامه‌های مربوط به خصوصی‌سازی بخش بهداشت تهدیدی نسبت به خدمات درمانی به وجود نخواهد آورد. در خصوص وجود نیروی کار متخصص، دولت‌ها باید افرادی را به کار بگمارند که موازین آموزشی و مهارتی و قواعد رفتاری را در حوزه بهداشت فردی و عمومی مراعات نمایند. کمیته حقوق اقتصادی در تفسیر عمومی شماره ۱۴ خود با اشاره به این تعهد اظهار می‌دارد: «دولت‌ها باید از رهگذر اقدامات قانونگذاری و دیگر اقدامات ضروری، دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و داروی با کیفیت و سالم و سایر کالاها و خدمات بهداشتی و پزشکی را تضمین کنند.^۳

دسته سوم: تعهد به اجرا^۴: دولت‌ها را ملزم می‌سازد که اقدامات قانونی، اجرایی، مالی، قضایی و سایر اقدامات لازم را برای تحقق کامل این حقوق به موقع به اجرا بگذارند. برقراری یک نظام سلامت مطلوب

1. Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the Area of Economic, Social and Cultural Rights, Human Rights Quarterly, 1998, Vol.20, No.691, para.6

2. Asher, Judith, the Right to Health; a Resource Manual for NGOs, Published by Commonwealth Medical Trust, 2004, p.43

3. Committee on Economic, Social & Cultural Rights, G.C. 14, para.35

4. Obligation to Fulfil.

و جامع متضمن پیش‌بینی و تأمین مراقبت‌های بهداشتی، از جمله برنامه‌های ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های واگیردار، دسترسی برابر همه افراد به عناصر بنیادین سلامتی، از قبیل دسترسی به غذای کافی و مغذی، آب آشامیدنی سالم، برنامه‌های تنظیم خانواده، تعمیم و ارائه خدمات بهداشت جنسی و بارداری، مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان و دسترسی به اطلاعات است. در کنار انجام این اقدامات، لازم است که دولت‌ها توجه ویژه‌ای نسبت به اجرای آموزش صحیح و مناسب پزشکان متخصص و کادر پزشکی، تأسیس بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به تعداد کافی و متناسب با نحوه پراکندگی جمعیت و قابل دسترس برای همه، استقرار مؤسسات مشاوره و خدمات بهداشت روانی و توزیع عادلانه و متناسب این امکانات و تأسیسات در سراسر کشور داشته باشند. در دستورالعمل‌های وزارت بهداشت برای اجرای طرح تحول نظام سلامت، برنامه‌هایی برای حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، حضور پزشکان متخصص در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارتقاء کیفیت خدمات ویزیت در این بیمارستان‌ها تدوین شده است.

۴. تعهد به در دسترس قرار دادن و موجود بودن خدمات درمانی

دسترسی به خدمات و مراقبت‌های درمانی با موجود بودن این خدمات در ارتباط است. بر اساس این معیار، امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی و کادر پزشکی باید به اندازه کافی در سرتاسر کشور وجود داشته باشد و در موارد نیاز منطقاً بتوان به راحتی به این امکانات دسترسی پیدا کرد. در واقع یکی از پیش‌شرط‌های استقرار نظام سلامت کارآمد در هر کشور، وجود امکانات و خدمات درمانی و بهداشتی در سطح وسیع و برنامه‌ریزی‌های جامع برای توزیع عادلانه این امکانات در تمام نقاط کشور است. دسترس‌پذیری خدمات درمانی شامل دسترسی فیزیکی دسترسی مالی یا قابلیت خرید این خدمات است. در برنامه طرح تحول نظام سلامت، این دو مؤلفه به صورت مورد توجه قرار گرفته است. تمهید برنامه‌هایی برای کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گامی در راستای تحقق دسترس‌پذیری مالی خدمات درمانی به شمار می‌رود. در دستورالعمل مربوط به کاهش میزان پرداختی بیماران، رویکرد اصلی دولت، حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقسار آسیب‌پذیر از طریق سامان‌دهی تأمین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های تابعه وزارت بهداشت است. طبق این برنامه، تمام بیمارستان‌های تابعه وزارت بهداشت موظف‌اند کلیه خدمات درمانی، تشخیصی، دارو و

تجهیزات پزشکی را برای بیماران بستری در همان بیمارستان در محدوده سقف اعتباری تعیین شده تأمین نمایند. میزان پرداخت مستقیم بیماران واجد بیمه پایه سلامت به ۱۰٪ کل هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت کاهش می‌یابد.^۱

۵. یکی از جنبه‌های دیگر مسئولیت در ماده ۴ طرح مسئولیت بین‌المللی دولت مقرر شده است.

بر اساس این ماده، رفتار هر ارگان دولتی به موجب حقوق بین‌الملل فعل آن دولت تلقی می‌شود، فارغ از اینکه آن ارگان، وظایف تقنینی، اجرایی و قضایی یا هر وظیفه دیگر را صرف نظر از موقعیتی که در سازمان کشور دارد و صرف نظر از ویژگی آن به عنوان ارگانی از دولت مرکزی یا واحد دولت محلی اعمال و اجرا می‌کند. در رابطه با بیماری همه‌گیر کووید ۱۹، موضوع دیگری که نیاز به توجه بیشتر دارد، اقدامات محدودیتی است، مثل قرنطینه کامل یا قرنطینه بخش‌هایی خاص یا همچنین به جای ممنوعیت مطلق، ایجاد محدودیت‌هایی در رفت و آمد و فعالیت‌های تجاری. در واقع، اقدامات محدودیتی برای مقابله با کرونا بحث قانونی بودن این گونه اقدامات در پاندمی کرونا، بر اساس پروتکل‌های بهداشتی، قانونی و ضروری بوده است؛ اما باید این نکته را یادآور شد که مطابق ماده ۳ طرح مسئولیت بین‌المللی دولت، توصیف عمل یک کشور به عنوان عمل متخلفانه از نظر بین‌المللی در چارچوب حقوق بین‌الملل به عمل خواهد آمد.^۲

به صورت کلی، وضعیت اضطراری یک بیانیه دولتی است که برخی از عملکردهای عادی از قوه مجریه، مقننه، قضاییه و نهادهای غیردولتی را به منظور اجرای برنامه آمادگی اضطراری به حالت تعلیق درمی‌آورد.^۳

در واقع، شرایط اضطراری حالت بحرانی‌ای است که در آن، کشور به نحوی درگیر مشکلاتی است که زندگی عادی شهروندان را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد. درگیری با اشرار داخل، عدم تعادل اقتصادی، گرفتاری‌های ناشی از جنگ سرد و تحریم دولت توسط دیگر دولت‌ها، اغتشاش‌های

۱. مجموعه دستورالعمل‌های برنامه تحول نظام سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۳، ص ۱۰.

۲. صفری، فریبرز، مبانی حقوقی مسئولیت بین‌المللی دولت در قبال پاندمی کرونا، مجله حقوق پزشکی، دوره ۱۶، شماره ۵۷، ۱۴۰۱، ص ۹

۳. آقایایی طوق، مسلم، غمامی، مسلم، تحول حقوق و آزادی‌های شهروندی در مصر مبتنی بر قانون اساسی ۲۰۱۲، بررسی‌های حقوق عمومی، شماره ۱، ۱۳۹۱، ص ۲۶

ناشی از اختلافات قومی و نظایر آن، از جمله مواردی است که دولت ناگزیر از استقرار نظام‌های خاص و محدودکننده بعضی حقوق و آزادی‌ها نظیر ممنوعیت نسبی و موقت مطبوعات، تظاهرات، اجتماعات یا پاره‌ای از فعالیت‌ها یا آزادی اقتصادی باشد.^۱

سازمان بهداشت جهانی در ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰، بیماری کووید ۱۹ را وضعیت اضطراری بهداشت عمومی در ابعاد بین‌المللی خواند. به موجب ماده ۱۲ قواعد بین‌المللی بهداشت، وضعیت اضطراری بهداشت عمومی در ابعاد بین‌المللی، واقعه‌ای غیرعادی است که به موجب این مقررات تشخیص داده شود که از طریق شیوع بیماری، خطری برای سلامت عمومی دیگر کشورها ایجاد می‌شود، به صورت بالقوه نیازمند پاسخی بین‌المللی و هماهنگ است. به موجب بند ۱ ماده ۱۲ قواعد بهداشت بین‌الملل، دبیرکل سازمان بهداشت جهانی می‌تواند وضعیت اضطراری بهداشت عمومی را در ابعاد بین‌الملل اعلام کند.^۲

نقطه شروع قانون مسئولیت بین‌المللی این است که هر عمل نادرست بین‌المللی یک بازیگر مستلزم مسئولیت بین‌المللی آن بازیگر است. برای نمونه‌ای از نظر مشورتی اخیر دیوان بین‌المللی دادگستری می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

به نظر می‌رسد استفاده از بیشتر قوانین در مورد عمل نادرست بین‌المللی برای ادعاهای مسئولیت مربوط به کووید-۱۹ به طور خاص مشروط نیست. مسائل مربوط به انتساب می‌تواند سؤالات سختی از اثبات ایجاد کند، به ویژه زمانی که تعهد اولیه مورد نظر خواستار پیش‌گیری است؛ اما از نظر حقوقی این سؤالات پاسخ‌های روشنی دارند. براساس قانون عرفی مسئولیت دولت و مسئولیت‌پذیری سازمان‌های بین‌المللی، رفتار ارگان‌ها و عوامل، چه اعمال و چه حذفیات، به عاملان مربوطه نسبت داده خواهد شد. همین نکته در مورد سؤالات نقض نیز صدق می‌کند. اینکه آیا کووید-۱۹ «می‌توانست در منبع متوقف شود یا نه. این قانون می‌توانست به سرعت متوقف شود و در سراسر جهان گسترش نیابد». آیا می‌توان قانونی را از «الزام عمومی» دولت مشخص کرد که اجازه

۱. هاشمی، سید محمد، حقوق بشر و آزادی‌های سیاسی، تهران، میزان، ۱۳۸۴، ص ۱۳۹

۲. حیدریان دولت‌آبادی، محمد جواد و همکاران، مسئولیت بین‌المللی دولت‌های منشأ بیماری کووید ۱۹ در قبال شیوع جهانی آن، حقوق و دولت، سال پنجم، شماره ۱۷، ۱۴۰۳، ص ۱۲۶

ندهد آگاهانه قلمرو آن برای اقداماتی برخلاف حقوق کشورهای دیگر مورد استفاده قرار گیرد^۱ یا با قیاس با تعهد متمایز مسلماً متمایز برای جلوگیری از آسیب قابل توجه فرامرزی، به‌ویژه در قوانین زیست‌محیطی تدوین شود؟^۲ آیا نارضايتی (برای برخی) از عملکرد ناکافی وظایف توسط یک سازمان بین‌المللی (به‌عنوان مثال اینکه در مأموریتش شکست خورده است) می‌تواند در شرایط فنی تعهدی الزام‌آور بین سازمان و دولت بیان شود؟^۳ و ویژگی عدول و تخلف ممکن است پیامدهایی برای شکل جبران و بازیگرانی که حق مطالبه مسئولیت را دارند، داشته باشد. اما از نظر خود عمل نادرست، پاسخ توسط گزاره اساسی سیاه‌نمایی ارائه می‌شود که نقض رفتاری است که با آنچه قانون اولیه در آن زمان ممکن است لازم داشته باشد، مطابقت ندارد، تعهد بازتابنده یک هنجار موقتی از قانون بین‌الملل عمومی باشد یا در یک معاهده دوجانبه بی‌اهمیت و منتشر نشده گنجانده شود که هیچ نفعی برای کسی فراتر از طرفین آن ندارد.^۴

۶. عوامل رافع مسئولیت بین‌المللی دولت‌ها

الف: امنیت عمومی

مفهوم امنیت را می‌توان مهم‌ترین مفهومی دانست که دولت‌ها بر اساس آن، اعمال حقوق و آزادی‌ها را محدود می‌سازند. به خصوص حق آزادی بیان و مطبوعات در معرض بیشترین تحدید و خدشه از طریق توسل به این مفهوم قرار می‌گیرد. علاوه بر گستردگی توسل به این مفهوم، تعریف آن نیز با دشواری و پیچیدگی همراه است. تعریف امنیت به واسطه ابهام این مفهوم، تعریفی ذاتاً جدلی است. امنیت عمومی دارای مقوله‌های متعدد و جلوه‌های مختلفی است. امنیت عمومی، یکی از مهم‌ترین مقوله‌های مربوط به امنیت محسوب می‌شود. اهمیت مقوله امنیت عمومی به اندازه‌ای زیاد است که این امر به عنوان یکی از اهداف مشروع در کنار نظم عمومی برای محدود کردن اعمال

1. Remarks by President Trump, (27 April 2020)

2. International Law Commission's Principles on the allocation of loss in the case of transboundary harm arising out of hazardous activities, Yearbook of the International Law Commission: Volume ii: Part Two (2006) UN Doc A/CN.4/SER.A/2006/Add. 1 (Part 2) 58

3. Secretary Michael R. Pompeo At a Press Availability (29 April 2020)

4. Chagos (n 18) [148–[161.

برخی حقوق و آزادی‌ها در نظام بین‌المللی حقوق بشر شناسایی شده است. دولت‌ها، می‌توانند برای حمایت از آزادی‌های کل جامعه مانع برخی از آزادی‌های فردی شوند. اعمال این محدودیت‌ها باید در قانون پیش‌بینی شود یا در جامعه‌ای دموکراتیک لازم باشد و یا برای نظم و سلامت، اخلاق و امنیت عمومی انجام شود.^۱

ب: نظم عمومی

یکی از وظایف نظم عمومی، حمایت از آزادی‌های اساسی است و این آزادی‌ها، حمایت از استقلال فردی و جمعی است و حکومت نباید در حوزه استقلال فردی دخالت کند. در برخی موارد، استقلال فردی باعث ایجاد ضررهایی به موجودیت اجتماعی می‌شود و حکومت، آزادی فردی را محدود می‌کند تا به آزادی اجتماعی صدمه‌ای وارد نشود. به عبارت دیگر، نظم عمومی گرچه محدودکننده است اما محدودیت‌های آن در راستای احترام به حقوق دیگر افراد است. برای مثال، اگر فردی از طریق تبلیغ داروهای مقابله با ویروس کرونا که مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی و مراکز رسمی دولتی آن کشور نیست، علیه بهداشت عمومی اقدام کند، اقدام وی مغایر نظم عمومی موجود در جامعه است و منجر به نقض حقوق افراد می‌شود که همان بهداشت عمومی است.

گفتار چهارم. ابعاد حقوق بشر تحت تأثیر مداخلات بهداشت عمومی

بند اول. آزادی رفت و آمد

رایج‌ترین حق انسانی که تحت تأثیر مداخله بهداشت عمومی بر حقوق بشر قرار می‌گیرد، آزادی حرکت است که تحت تأثیر بسته‌شدن مرزها، حبس خانگی، بسته شدن فضای عمومی و حمل‌ونقل عمومی و قرنطینه و انزوا قرار می‌گیرد. درحالی‌که هدف از محدود کردن تردد کاهش میزان تماس بین افراد مبتلا و مستعد برای کنترل انتقال جامعه است، جمعیت‌های آسیب‌پذیر پزشکی و اجتماعی به‌طور نامتناسبی تحت تأثیر چنین محدودیت‌هایی قرار می‌گیرند. به‌عنوان مثال، افراد مسن و افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای ممکن است کاهش

۱. اسماعیل نسب، حسین و همکاران، کووید ۱۹ و گستره آزادی بیان در حوزه بهداشت عمومی، فصلنامه پژوهش حقوق

عمومی، دوره ۲۲، شماره ۶۷، ۱۳۹۹، ص ۱۵۲

دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمان‌های ضروری را تجربه کنند که به نوبه خود می‌تواند منجر به تشخیص و پیش‌گیری یا درمان دیرهنگام بیماری‌ها شود. از دیگر حقوق بشر که اغلب تحت تأثیر مداخلات بهداشت عمومی قرار می‌گیرد، می‌توان به حق حفاظت در برابر مداخله در حریم خصوصی افراد و حق تجمع مسالمت‌آمیز اشاره کرد. محدودکردن این حقوق اغلب منجر به مقاومت و اعتراض در میان جمعیت‌های آسیب‌دیده در سطح جهان شده است.^۱ با این حال، تأکید بر این مهم است که به دلیل تغییرات در سطح کشور در ساختارهای دولتی و استانداردهای حقوق بشر، تأثیر این مداخلات بهداشت عمومی توسط کشور متفاوت است. به عنوان مثال، در کشورهایی با پوشش بهتر اینترنت و زیرساخت‌های دیجیتال که تداوم کار از خانه را ممکن می‌سازد، محدودیت در آزادی حرکت ممکن است پذیرفته‌تر و واقع‌بینانه‌تر باشد؛ و پذیرش دخالت در حریم شخصی افراد برای حفاظت از سلامت دیگران ممکن است در میان جوامعی که از نظر فرهنگی برای اقدام جمعی و همبستگی ارزش قائل هستند، بیشتر باشد.

بند دوم. حق بر اطلاعات و دسترسی آزاد به اطلاعات

حق بر اطلاعات در حوزه سلامت را می‌توان از دو جنبه مطالعه کرد: ابتدا از دریچه حق بر اطلاعات و سپس از پنجره حق بر سلامت. بر این اساس، دولت و دیگر نهاد‌های متولی، موظف به اطلاع‌رسانی درباره همه ابعاد شیوع بیماری کرونا هستند. در غیر این صورت، شناسایی مسئولیت مدنی و حتی کیفری برای آنها چندان دور از ذهن نخواهد بود. تقصیر و قصور در اطلاع‌رسانی می‌تواند بر اساس مقررات میثاقین، قانون اساسی، قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات و دیگر قوانین مرتبط با سلامت و بهداشت جامعه، مسئولیت‌هایی را متوجه آنها و مقامات مربوط سازد. وانگهی، عدم تقارن اطلاعات در زمینه تولید و ارائه کلیه اطلاعات مربوط به سلامتی اعم از پیشگیری، برنامه‌های بهداشتی و درمانی، مراکز درمانی، پزشکان، دارو و مانند اینها که به انتخاب نامساعد شهروندان دامن می‌زند لزوم دخالت و مسئولیت دولت را بیش از پیش نمایان می‌سازد.^۲

1. Othring and Belonging Institute, University of California, Berkeley, COVID-19: Mapping vulnerable populations in California (2020).

۲. مؤذن، وحید، حقوق سلامت عمومی، اخلاق و سیاست‌گذاری، تهران، شرکت سهامی انتشار، چاپ اول، ۱۴۰۱، ص ۱۹.

حق بر اطلاعات به عنوان نتیجه آزادی بیان و اصل شفافیت به معنای آگاه‌سازی و ارائه اطلاعات به روز در مورد رویدادی است که پیامدهای نظری و عملی برای جامعه داشته باشد. طبق بند ۱ ماده ۱۰ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر، حق آزادی بیان شامل آزادی دریافت اطلاعات و نظرها یا ارتباط با دیگران است. این حق باید بدون مداخله مقام‌های عمومی و در نظر گرفتن مرزها اعمال شود. در عین حال، این ماده دولت را از نظارت بر بنگاه‌های رادیویی، سینمایی و تلویزیونی منع نمی‌کند. آزادی بیان، نه تنها آزادی عقیده بلکه، آزادی تبادل اطلاعات را هم دربرمی‌گیرد. این حق، به منع مداخله مقامات در برخورداری از اطلاعات محدود نمی‌شود بلکه آنها را به ارائه اطلاعات در برخی مسائل مهم مکلف می‌کند. آنها باید اطلاعات را در اختیار عموم قرار دهند و منابع متعدد لازم را برای دریافت اطلاعات در دسترس شهروندان بگذارند. شهروندان حق دارند به اطلاعات مربوط به عمل اداری دسترسی داشته باشند و باید دسترسی آنها به مدارک دولتی تضمین شود. اطلاعات باید در کوتاه‌ترین زمان ممکن و به طور کامل و قابل فهم در اختیار شهروندان قرار گیرد. به‌ویژه هنگامی که زندگی ایشان در معرض خطر است. دیوان اروپایی حقوق بشر، نه تنها بر تعهد منفی دولت در حق دستیابی عموم به اطلاعات جامع و روشن به عنوان حقی بنیادین بلکه بر تعهد مثبت دولت در جمع‌آوری و انتشار اطلاعات نیز تأکید دارد.

دولت، متعهد است به مردم و افراد در معرض خطر درباره رویدادهای خطرناک و بلایای طبیعی، هشدار و آگاهی لازم را بدهد؛ بنابراین، اگر دادن هشدار و ارائه اطلاعات برای ارزیابی خطرهای تهدیدکننده حیات و سلامت افراد ضروری باشد، دولت مکلف است با ارائه اطلاعات و دادن هشدارهای لازم، مردم را از آن خطرها آگاه سازد. در غیر این صورت، مسئولیت خسارت‌های مادی، جانی و معنوی بر عهده او خواهد بود. مبنای این تعهد، حفظ ارزش حیات انسان است. مقامات مسئول مدیریت وضعیت اضطراری باید از طریق جلسات توجیهی، کنفرانس‌های مطبوعاتی یا دیگر ابزارهای مناسب، اطلاعات منظمی را در اختیار همه متخصصان رسانه‌های پوشش‌دهنده رویدادها قرار دهند. در صورت امکان، مقامات باید یک مرکز اطلاعاتی امن با تجهیزات مناسب، برای اصحاب رسانه ایجاد کنند. بر این اساس، به‌راحتی می‌توان تعهد دولت را به هشداردهی و آگاه‌سازی پیشینی در خصوص مخاطرات مربوط به شیوع بیماری‌های همه‌گیر از جمله کرونا و ارائه دیگر اطلاعات مربوط استخراج و قیاس کرد. چون اطلاع‌رسانی پیشینی درباره بیماری‌های همه‌گیر درست مانند رویدادهای خطرناک و بلایای طبیعی با ارزش حیات انسان، پیوندی اساسی و ناگسستنی دارد.^۱

۱. شفیع سردشت، جعفر و همکاران، کرونا؛ محل تلاقی حق بر سلامت و حق بر اطلاعات: جستاری در مسئولیت دولت،

بند دوم. محدود کردن اجتماعات

ماده ۲۰ UDHR حق آزادی اجتماعات و انجمن‌های مسالمت‌آمیز را اساسی اعلام می‌کند.^۱ محدود کردن اجتماعات یک مداخله حیاتی بهداشت عمومی برای مهار انتقال کووید-۱۹، به‌ویژه برای جلوگیری از رویدادهای «فوق‌گسترده‌تر» است.^۲ با این حال، محدودیت اجتماعات می‌تواند به راحتی برای محدود کردن حق اساسی اعتراض مورد استفاده قرار گیرد، و برخی دولت‌ها از ممنوعیت اجتماعات برای سرکوب معترضان سیاسی استفاده کرده‌اند. به عنوان مثال، در الجزایر، همه اشکال اعتراضات خیابانی در مارس ۲۰۲۰ ممنوع شد و به یک سال تظاهرات گسترده ضد دولتی توسط جنبش هراک پایان داد، اگرچه اعتراضات در فوریه ۲۰۲۱ دوباره ظهور کرد.^۳

محدود کردن اجتماعات نیز برای افرادی که در مناطق شلوغ زندگی می‌کنند، از جمله افرادی که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند، ساکنان محله‌های فقیرنشین و پناهندگانی که در اردوگاه‌ها اسکان یافته‌اند، غیرممکن است. برای چنین جمعیت‌هایی، اجتناب از تجمع در زمانی که ازدحام، بخشی جدایی‌ناپذیر از شرایط ناپایدار مسکن است، غیرواقع‌بینانه است.^۴ جمعیت‌های اسکان نیافته اغلب در معرض خطر بیشتر کووید-۱۹ به دلیل نابرابری‌های سیستماتیک مانند فقر، عدم دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، بیکاری، شرایط بهداشتی از پیش موجود، و شرایط زندگی غیربهداشتی هستند. به عنوان مثال، ده‌ها رو، بزرگ‌ترین محله فقیرنشین هند، با مساحت ۲.۱ کیلومتر مربع و حدود یک میلیون نفر جمعیت، یکی از پرجمعیت‌ترین مناطق جهان است. خانه‌های شلوغ و بهداشت محدود به این معنی است که ساکنان هر دو فضای خصوصی و عمومی را به اشتراک می‌گذارند. در این شرایط، اجتناب از تجمع، تماس نزدیک و ازدحام که خطر انتقال کووید-۱۹ را افزایش می‌دهد، برای ساکنان ده‌اوی غیرممکن است.^۵ با نقض ضمنی این محدودیت‌ها، افراد در

پژوهش‌های نوین حقوق اداری، سال پنجم، شماره ۱۷، ۱۴۰۲، ص ۲۵۱

1. Universal Declaration of Human Rights, G.A. Res. 217A (III) (1948), art. 20.
2. Dave, et al., (2020).
3. Thousands protest in Algeria, hoping to rekindle mass demos, Reuters (February 16, 2021).
4. von Seidlein, et al., (2021).
5. Hayakawa (see note 9).

این جوامع ممکن است با انگ یا قضاوت مواجه شوند و در عوض، از جستجوی خدمات مراقبت بهداشتی در زمان بیماری اجتناب کنند. در حالی که محدود کردن اجتماعات توجیه روشنی برای بهداشت عمومی دارد، شرایطی وجود دارد که محدودیت‌های گسترده می‌تواند آزادی‌های حیاتی را سرکوب کند و به سلامت آسیب برساند.

گفتار پنجم. تحقق حق بر سلامت و چالش‌های پیش روی آن

تحقق حق بر بهداشت ضرورتاً به صورت تدریجی و با استفاده حداکثری از منابع در دسترس دولت‌ها صورت خواهد پذیرفت. دولت‌های عضو متعهدند که تلاش حداکثر داشته باشند تا هرچه بیشتر به سوی عالی‌ترین استاندارد قابل حصول سلامتی جسم و روان گام بردارند؛ اما اگر دولتی به‌راستی، ناتوان از تأمین این استاندارد باشد، نمی‌توان او را مسئول دانست. به عبارت دیگر، فلسفه‌ای که در پس تعهد به فعل نهفته است، اینست که هیچ شخصی را نمی‌توان نسبت به کاری که از عهده وی خارج است، مکلف دانست، بلکه انجام یک تکلیف با داشتن ابزارهای لازم و قدرت بر انجام آن ملازمه دارد. با این وجود در حوزه حقوق بشر، پذیرش این استدلال با قدری تردید همراه است؛ چراکه مطلق ناتوانی دولت نمی‌تواند مجوزی برای عدم اجابت تعهدات بین‌المللی حقوق بشری از جمله تعهدات ناشی از میثاق باشد. در واقع اگر دولتی ادعا داشته باشد که به علت محدودیت یا فقدان منابع و امکانات، نتوانسته تعهدات ناشی از میثاق را اجرا نماید، باید ثابت کند که کلیه تلاش‌های خود را به کار گرفته است، لیکن به دلیل محدودیت منابع، از اجرای کامل تعهدات بازمانده است.^۱ البته نباید فراموش کرد که با وجود نسبی بودن اجرای تعهد به حصول تدریجی (به دلیل ناهمگونی امکانات و توانایی‌های دولت‌ها نسبت به همدیگر)، این موضوع نمی‌تواند انفعال از جانب دولت‌ها را توجیه نماید.^۲ با وجود اینکه میثاق از تحقق تدریجی سخن می‌گوید و به موانع ناشی از محدودیت منابع اذعان می‌کند، باید گفت که میثاق در کنار تعهد به تحقق تدریجی حقوق مندرج در آن، تعهداتی را به بار می‌آورد که دارای اثر فوری هستند.^۳ و قصور دولت در رعایت این تعهدات واجد اثر فوری نمی‌تواند

1. CESCR, (2001), "Summary Record of the 49th Meeting: Germany", UN.Doc.E/C.12/2001/SR.49

2. Fidler, David P, (1999), International Law and Infectious Diseases, Oxford, Oxford University Press.

3. Senyonjo, Manisuli, (2010), Economic, Social and Cultural Rights: an examination of state obligations, in: Sarah

توجیه شود. در واقع، حق بر سلامتی فقط شامل تعهد به تحقق تدریجی نیست، بلکه تعهداتی از آن ناشی می‌شود که دارای اثر فوری هستند. حق بر سلامتی هرچند، مشروط به تحقق در چارچوب روندی تدریجی‌الوصول است، اما این حق دارای آستانه حداقلی است که مستلزم تحقق فوری می‌باشد. تعهد دولت‌ها در قبال این حداقل‌ها از نوع تعهد به نتیجه فوری است. از جمله این تعهدات حداقلی بنیادین، می‌توان به تدوین برنامه جامع در زمینه توسعه و اعتلاء حق بر سلامتی، تضمین دسترسی به خدمات بهداشتی برای همه و بدون تبعیض و توزیع عادلانه خدمات و تسهیلات مربوط به بهداشت و درمان اشاره کرد.^۱ اینها حداقل‌هایی هستند که هر دولت عضو میثاق باید منصرف از میزان منابع و امکانات موجود خود، آنها را تضمین نماید؛ چراکه حداقل‌های معیشتی، بهداشتی و آموزشی لازمه حیثیت ذاتی انسان هستند. به نظر می‌رسد که این حداقل‌ها یکسری حداقل‌های رفاهی هستند که عدم بهره‌مندی از آنها به منزله نقض صریح کرامت ذاتی و حیثیت انسانی به شمار می‌رود.^۲

اما این تعهد فقط منحصر به این سطح حداقلی نیست، بلکه بعد دیگر آن، تعهد به نتیجه رو به افزایش است؛ یعنی دولت‌ها باید در ابتدا این حداقل‌ها را تأمین و تضمین کنند و در وهله بعد تلاش کنند به تناسب منابع تحت اختیار خود، میزان بهره‌مندی از این حق‌ها را افزایش و حداقل‌ها را به حداکثر برسانند؛ بنابراین تعهدات مربوط به حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی فقط از نوع تعهد به وسیله نیست،^۳ در این ارتباط، کمیته حقوق اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی از دولت‌های عضو میثاق می‌خواهد که تحقق حداقلی حقوق مندرج در میثاق را تضمین نمایند. کمیته همچنین یکسری تعهدات محوری حداقلی را در مورد «حق بر سلامتی» مورد اشاره قرار می‌دهد:

Joseph & Adam McBeth (ed.), *Research Handbook on International Human Rights Law*, Cheltenham, Northampton, Edward Elgar Publishing Limited.

1. Hunt, Paul, (2008), "Report of the Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Mental and Physical Health", Human Rights Council, Resolution 7/11, 31 January 2008.

۲. قاری سیدفاطمی، سیدمحمد، حقوق بشر در جهان معاصر؛ جستارهایی تحلیلی از حق‌ها و آزادی‌ها، دفتر دوم، چاپ اول، تهران، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهردانش، ۱۳۸۸، صص ۲۶۲ و ۲۵۹

3. Potts, Helen, (2007), *Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, University of Essex, Human Rights Centre.

- تضمین برخورداری و دسترسی به امکانات، خدمات و مراقبت‌ها بدون تبعیض به‌ویژه در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر و محروم؛
- تضمین دسترسی به ضروریات معیشتی حداقلی یا تضمین رهایی از گرسنگی برای همه؛
- تضمین دسترسی به سرپناه، امکانات بهداشتی اولیه و آب آشامیدنی سالم؛
- دسترسی به داروهای اساسی؛
- تضمین توزیع عادلانه و برابر خدمات و امکانات بهداشتی؛
- تصویب و اجرای خط‌مشی‌ها و برنامه‌های عمل در سطح ملی برای بهداشت عمومی؛
- تضمین مراقبت‌های بهداشتی بارداری، تولیدمثلی و بهداشت مادران و کودکان در قبل و بعد از تولد؛
- مصون‌سازی اجتماعی در برابر بیماری‌های واگیردار، *پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های فراگیر و بومی؛
- آموزش و دسترسی به اطلاعات بهداشتی در زمینه مهم‌ترین مسائل بهداشتی جامعه؛
- تعلیم و تربیت کارشناسان و متخصصین امر بهداشت و سلامتی.

نتیجه

این مقاله نشان می‌دهد که سیاست‌های بهداشت عمومی کووید-۱۹ که در شش ماه اول همه‌گیری تصویب شد، نقض بالقوه حقوق بشر را نشان می‌دهد و بر لزوم طراحی چنین سیاست‌هایی به‌گونه‌ای که نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر را تأمین کند، بحث می‌کند. درحالی‌که سیاست‌های مهار پاندمی برای کنترل انتقال و کاهش مرگ‌ومیر ضروری هستند، دولت‌ها باید در برابر این اقدامات که با طراحی یا با سهل‌انگاری وارد نقض حقوق بشر می‌شوند، هوشیار باشند.

برخی از مداخلات بهداشت عمومی کووید-۱۹ ممکن است برای گروه‌های آسیب‌پذیر مانند پناهندگان، افراد بدون مسکن، افراد کم‌درآمد و افراد بدون مدرک غیرعملی یا غیرممکن باشد. به‌عنوان مثال، دستور حبس خانگی برای افرادی که به دلیل کمبود مسکن یا زندگی در محیط‌های پرازدحام، خانه‌دار نشده‌اند، غیرعملی است. این مداخلات همچنین ممکن است این گروه‌ها و دیگران را در معرض خطر نقض بیشتر حقوق بشر قرار دهد. به‌عنوان مثال، افرادی که نمی‌توانند دستورها حبس خانگی را دنبال کنند، مانند افرادی که در خانه حبس نشده‌اند، ممکن است با

خسونت اعضای پلیس یا ارتش که حبس خانگی را با زور اجرا می‌کنند، مواجه شوند. همچنین این مقاله نقشی که مسئولیت بین‌المللی ممکن است در ادعاهای کووید-۱۹ ایفا کند، مورد بحث قرار می‌دهد. به نوبه خود با اصول اعمال نادرست بین‌المللی محتوای مسئولیت، و اجرای مسئولیت بحث کرد. بحث در مورد چنین موضوعی به‌طور کلی آسان نیست. پرسش‌های بسیار متفاوتی از نادرستی، جبران، و اجرا زمانی مطرح می‌شود که ادعاهایی در مورد تعهدات اولیه مختلف در یک محیط غیرقضایی بین دولتی در رابطه با مسئولیت دولت‌ها و سازمان‌های بین‌دولتی برای جلوگیری از گسترش پاندمی، در تریبون‌های حقوق بشر در رابطه با محدودیت‌های بیش‌ازحد یا عدم حمایت، یا در سه‌شاخه سرمایه‌گذاری در رابطه با کمک‌های تبعیض‌آمیز مطرح می‌شود. این پیچیدگی نیز تعجب‌آور نیست. قواعد عمومی مسئولیت دولت‌ها معمولاً به‌تنهایی نتیجه خاصی را تحمیل نمی‌کنند بلکه سیطرهٔ هنجاری نظم حقوقی بین‌المللی را تقویت می‌کنند و قواعد اولیه خاص و نهادهای (ثالثیه) را تکمیل می‌کنند. این تعامل در دوران کووید-۱۹ ادامه خواهد داشت: به هر حال، این اولین و آخرین بحران بزرگی نیست که جامعه بین‌المللی با آن مواجه است. قانون عرفی سیاه‌تر به چارچوب چالش‌ها این‌طور باید باشد؛ یعنی قوانین بین‌المللی معمولاً همین‌طور عمل می‌کنند.

فهرست منابع

فارسی:

۱. اسماعیل نسب، حسین و همکاران، کووید ۱۹ و گستره آزادی بیان در حوزه بهداشت عمومی، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی، دوره ۲۲، شماره ۶۷، ۱۳۹۹.
۲. آقابابایی، حسین، مطالعه تطبیقی حقوق وضعیت اضطراری با نگاهی به مدیریت بیماری کووید ۱۹؛ از مبانی قانونی تا تجویز مداخله کیفری، مجله حقوقی دادگستری، دوره ۸۵، شماره ۱۱۶، ۱۴۰۰.
۳. آقایی طوق، مسلم، غمامی، مسلم، تحول حقوق و آزادی‌های شهروندی در مصر مبتنی بر قانون اساسی ۲۰۱۲، بررسی‌های حقوق عمومی، شماره ۱، ۱۳۹۱.
۴. انصاریان، مجتبی و همکاران، تعهدات حقوق بشری دولت‌ها در دوران کرونا با تأکید بر حق اطلاع‌رسانی، پژوهش‌های نوین حقوق اداری، سال پنجم، شماره ۱۴، ۱۴۰۲.
۵. حسن زاده، قدرت اله، حق بر سلامت از دیدگاه معاهدات بین‌المللی با تأکید بر بیماری کووید ۱۹، مجله حقوق پزشکی، دوره ۱۵، شماره ۵۶، ۱۴۰۰.
۶. حیدریان دولت‌آبادی، محمدجواد و همکاران، مسئولیت بین‌المللی دولت‌های منشأ بیماری کووید ۱۹ در قبال شیوع جهانی آن، حقوق و دولت، سال پنجم، شماره ۱۷، ۱۴۰۳.
۷. شفیع‌ی سردشت، جعفر و همکاران، کرونا؛ محل تلاقی حق بر سلامت و حق بر اطلاعات: جستاری در مسئولیت دولت، پژوهش‌های نوین حقوق اداری، سال پنجم، شماره ۱۷، ۱۴۰۲.
۸. صفری، فریبرز، مبانی حقوقی مسئولیت بین‌المللی دولت در قبال پاندمی کرونا، مجله حقوق پزشکی، دوره ۱۶، شماره ۵۷، ۱۴۰۱.
۹. غلامی، مریم، فیروزآبادیان، مهدی، حق دسترسی به واکسن به مثابه حق بشر، پژوهش‌های حقوقی، دوره ۲۲، شماره ۵۳، ۱۴۰۲.
۱۰. قاری سیدفاطمی، سیدمحمد، حقوق بشر در جهان معاصر؛ جستارهایی تحلیلی از حق‌ها و آزادیها، دفتر دوم، چاپ اول، تهران، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های حقوقی شهردانش، ۱۳۸۸.
۱۱. محبیان، غلامرضا و همکاران، مبانی فلسفی و مستندات قانونی مسئولیت مدنی دولت در بحران کرونا، نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی، دوره هفتم، شماره ۲، ۱۴۰۲.
۱۲. مظفری، مصطفی، میرزایی مقدم، مرتضی، بررسی حقوقی نحوه عملکرد و مسئولیت دولت در

۱۳. جبران خسارت ناشی از بحران کووید ۱۹، تحقیقات حقوقی، ویژه‌نامه حقوق و کرونا، ۱۴۰۱.
۱۳. موذن، وحید، حقوق سلامت عمومی، اخلاق و سیاست‌گذاری، تهران، شرکت سهامی انتشار، چاپ اول، ۱۴۰۱.
۱۴. نواری، علی، کووید ۱۹ و تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در قبال کنترل بیماری‌های عالمگیر، تحقیقات حقوقی، ویژه‌نامه حقوق و کرونا، شماره ۲، ۱۴۰۱.
۱۵. هاشمی، سید محمد، حقوق بشر و آزادی‌های سیاسی، تهران، میزان، ۱۳۸۴.

انگلیسی:

1. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, G.A. Res. 2200A (XXI) (1966), art. 14; D.
1. Application of the Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide (The Gambia v Myanmar) (Order) [2020 ICJ Rep
2. CESCR, (1997), "The Relationship between Economic Sanctions and Respect for Economic, Social and Cultural Rights", General Comment No.8. [In English]
3. CESCR, (1997), "The Relationship Between Economic Sanctions and Respect for Economic, Social and Cultural Rights", General Comment No.8
4. CESCR, (1998), "Concluding Observations: Israel", UN Doc E/C.12/1/Add.27 (4 Dec. 1998). – CESCR, (2000), "The Right to the Highest Attainable Standard of Health", General Comment No. 14.
5. CESCR, (2001), "Poverty and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", UN.Doc, E/C.12/2001/10.
6. CESCR, (2001), "Summary Record of the 49th Meeting: Germany", UN.Doc.E/C.12/2001/SR.49, (30 Aug. 2001)
7. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 19, UN Doc. E/C.12/GC/19
8. Fidler, David P, (1999), International Law and Infectious Diseases, Oxford, Oxford University Press.
9. Hunt, Paul, (2008), "Report of the Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Stan-

- ard of Mental and Physical Health”, Human Rights Council, Resolution 7/11, 31 January 2008
10. International Commission of Jurists, Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights (1984).
 11. International Health Conference, Constitution of the World Health Organization, 1946: 1. [In English]
 12. International Law Commission’s Principles on the allocation of loss in the case of transboundary harm arising out of hazardous activities, Yearbook of the International Law Commission: Volume ii: Part Two (2006) UN Doc A/CN.4/SER.A/2006/Add. 1 (Part 2) 58
 13. Othering and Belonging Institute, University of California, Berkeley, COVID-19: Mapping vulnerable populations in California (2020).
 14. Potts, Helen, (2007), Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health, University of Essex, Human Rights Centre.
 15. Secretary Michael R. Pompeo At a Press Availability (29 April 2020)
 16. Thousands protest in Algeria, hoping to rekindle mass demos, Reuters (February 16, 2021).
 17. United Nations Economic Conference for Europe, (8 May 2020)
 18. World Health Organization, ‘Coronavirus Disease (covid-19) Pandemic’.

Analyzing the obligations of governments in supporting the right to health and its intersection with other human rights in the face of the corona disease

Majid Elahi¹

Mohammad Javad Javid²

Nader Mirzade Kohshahi³

Abstract

In response to the COVID-19 pandemic, governments around the world have implemented public health policies that restrict individual freedoms in order to control disease transmission. Although the application of many restrictions is necessary to control the pandemic, it seems that many of these policies have been extensive and have not paid attention to the rights of the population prone to human rights violations. In addition, Covid-19 has exacerbated existing inequalities based on access to health care, poverty, racial injustice, refugee crises and lack of education. As a result of creating such a situation, using the human rights approach in response to the corona disease is an undeniable necessity. Therefore, the main question that this research seeks to answer is the examination of the limits and loopholes of governments' powers in restricting human rights in the conditions of the outbreak of the contagious and contagious disease of Corona. The results of this research show that public health policy interventions that were implemented in 2020 had negative effects on the human rights of marginalized populations, and this shows the need to review the policymaking and design of public health policies, taking into account all persons protected by human rights.

KeyWords: Obligations, government, right to health, Corona, human rights.

1. phd student of Public International Law, Department of Public Law, Alborz Campus, University of Tehran, Tehran, Iran. elahimajid630@gmail.com

2. Professor, Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran. mohammadjavadjavid0@gmail.com

3. Associate Professor, Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran. nadermirzadekohshahi@gmail.com