

دامنه مسئولیت دولت در شیوع و گسترش پاندمی کرونا و تأثیر آن بر حق بر سلامت

یوسف باقری^۱

مهدی حاتمی، *۲

هانه فرکیش^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۲۸

حکیدہ

پاندمی کوید-۱۹. این بحران جهانی، چالش‌های بی‌سابقه‌ای را برای سیستم‌های بهداشتی و دولتی در سرتاسر جهان به وجود آورد و نشان داد که چگونه ناتوانی در مدیریت بحران‌های بهداشتی می‌تواند عواقب وخیمی برای حق بر سلامت شهروندان داشته باشد. این مقاله به بررسی دامنه مسئولیت دولت‌ها در شیوع و گسترش این پاندمی و تأثیرات آن بر حق بر سلامت می‌پردازد. با توجه به اینکه حق بر سلامت یکی از حقوق اساسی بشر است، دولت‌ها موظفند تا با اتخاذ تدابیر پیشگیرانه، تأمین منابع بهداشتی و درمانی، و اطلاع‌رسانی شفاف به مردم، این حق را برای شهروندان خود تضمین کنند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که ضعف در مدیریت بحران نه تنها سلامت عمومی را تهدید می‌کند، بلکه می‌تواند به نقض حقوق بشر و افزایش نابرابری‌ها منجر شود. در این راستا ضمن بهره‌گیری از نظریات مرتبط از روش توصیفی-تحلیلی استفاده خواهیم نمود و بهره خواهیم گرفت.

واژگان کلیدی: پاندمی کوید-۱۹، حق بر سلامت، مسئولیت دولت، نابرابری‌های اجتماعی

پیشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. دانشجوی دکتری حقوق عمومی، گروه حقوق، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۲. دانشیار گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

* نویسنده مسئول: hatamilaw@uok.ac.ir

۳. استادیار گروه حقوق، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران



مقدمه

پاندمی کوید-۱۹ به عنوان یکی از بزرگ‌ترین بحران‌های بهداشتی در تاریخ معاصر، نه تنها سلامت عمومی را تحت تأثیر قرار داد، بلکه ابعاد اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع را نیز دستخوش تغییرات عمیق و بنیادین کرد. حق بر سلامت به عنوان یک حق انسانی بنیادی شناخته می‌شود که شامل دسترسی به خدمات بهداشتی، شرایط زندگی سالم و محیط زیست مناسب است. این حق در اسناد بین‌المللی مانند اعلامیه جهانی حقوق بشر و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به رسمیت شناخته شده است. دولت‌ها موظفند تا با تأمین زیرساخت‌های لازم و سیاست‌گذاری‌های مؤثر، این حق را برای تمامی افراد جامعه تضمین کنند.

دولت‌ها در زمان بروز بحران‌های بهداشتی نظیر پاندمی کوید-۱۹، مسئولیت‌های متعددی دارند. این مسئولیت‌ها شامل شناسایی زودهنگام بیماری، اتخاذ تدابیر پیشگیرانه، تأمین منابع بهداشتی و درمانی، اطلاع‌رسانی به مردم و همچنین حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر است. این اقدامات نه تنها برای کنترل شیوع بیماری ضروری هستند، بلکه برای حفظ حق بر سلامت شهروندان نیز حیاتی‌اند. پاندمی کوید-۱۹ نه تنها بر سلامت جسمانی افراد تأثیر گذاشت، بلکه تبعات اقتصادی و اجتماعی گسترده‌ای نیز داشت. قرنطینه‌ها و محدودیت‌های اجتماعی منجر به تعطیلی مشاغل و کاهش درآمد خانوارها شدند. این وضعیت به افزایش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی منجر شد و گروه‌های آسیب‌پذیر مانند اقلیت‌ها و افراد با درآمد پایین را بیشتر تحت فشار قرار داد. در این شرایط، دولت‌ها باید سیاست‌هایی را اتخاذ کنند که نابرابری‌ها را کاهش دهد و دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی را تضمین کند. مدیریت بحران در دوران پاندمی کوید-۱۹ با چالش‌های متعددی مواجه بود. عدم شفافیت در اطلاع‌رسانی، کمبود تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی، و ناتوانی در تأمین نیازهای اولیه بهداشتی از جمله مشکلاتی بودند که بسیاری از کشورها با آن مواجه شدند. این چالش‌ها نه تنها بر توانایی دولت‌ها در کنترل شیوع بیماری تأثیر گذاشت، بلکه بر اعتماد عمومی نسبت به سیستم‌های بهداشتی نیز تأثیر منفی داشت. پاندمی کوید-۱۹ یک بحران جهانی است که نیازمند همکاری

بین‌المللی است. دولت‌ها باید با یکدیگر همکاری کنند تا اطلاعات، منابع و تجربیات خود را به اشتراک بگذارند. این همکاری می‌تواند شامل تبادل واکسن، تجهیزات پزشکی و دانش علمی باشد. کشورهای موفق در مدیریت پاندمی معمولاً از تجارب یکدیگر بهره‌مند شده‌اند و این امر نشان‌دهنده اهمیت همبستگی جهانی در مواجهه با بحران‌های بهداشتی است.

با توجه به ابعاد گسترده پاندمی کوید-۱۹ و تأثیرات آن بر حق بر سلامت، ضروری است که دولت‌ها مسئولیت‌های خود را جدی گرفته و اقداماتی مؤثر برای حفاظت از سلامت عمومی و حقوق شهروندان انجام دهند.

۱. حق بر سلامت در پرتو حقوق جهانشمول

حق سلامت به عنوان یک حق اساسی فردی و جمعی، در سطح جهانی مورد تأکید قرار گرفته است. بر اساس میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶)، تمام افراد بدون تبعیض از جنسیت، سن، نژاد، مذهب یا دیگر عوامل، باید از این حق برخوردار شوند. [۱] سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) نیز سلامت را نه صرفاً عدم بیماری، بلکه تعادل جسمانی، روانی و اجتماعی کامل تعریف کرده است. (San Giorgi M. 2012.1) در این چارچوب، حق سلامت در اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸) به عنوان بخشی از استانداردهای زندگی، شامل دسترسی به غذا، مسکن، مراقبت پزشکی و امنیت اجتماعی در شرایط مختلف مانند بیکاری یا سالمندی، مطرح شده است. [۲]

این حق دو بعد کلیدی دارد: نخست، احترام به خودمختاری فرد در قبال سلامت و جلوگیری از دخالت غیرمجاز در بدن وی؛ دوم، تأمین خدمات ضروری در زمان بیماری. کمیته نظارت بر حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، حداقل الزامات این حق را شامل پیشگیری، درمان، کاهش مرگ و میر نوزادان، بهبود سلامت کودکان و محیط زیست اعلام کرده است. پیمانهای بین‌المللی مانند کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹)، کنوانسیون حذف تبعیض علیه زنان (۱۹۷۹) و کنوانسیون حقوق معلولین (۲۰۰۶) نیز این حق را تأکید کرده‌اند. [۳] با وجود مصوبه حداقل ۱۱۵ کشور بر تضاد این حق در قوانین اساسی، شکاف‌های عمیقی در دسترسی به خدمات سلامت وجود دارد. (Gwatkin DR, 2004; 1273-1280) گزارش سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد



نظامهای بهداشتی بسیاری با نابرابری و عدم اطمینان همراهند، به طوری که خدمات باکیفیت بیشتر به اقشار ثروتمند و کمتر به گروه های آسیب پذیر عرضه میشود.[۴] علاوه بر این، رویکردهای بازارگرایانه در سیاست های بهداشتی، تمرکز را از پیشگیری کم هزینه و جمعی به سمت خدمات درمانی گرانقیمت و سودآور برای اقلیتهایی از جامعه معطوف کرده است. این در حالی است که میثاق بین المللی ایجاب میکند منابع بهداشتی بر اساس نیازهای اکثریت جامعه تخصیص یابد، نه منافع اقتصادی. [۵] حق سلامت در اسناد بین المللی متعددی به عنوان یک حق اساسی مورد تأکید قرار گرفته است. اولین اشاره ضمنی به این حق در ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد دیده می شود که به بهبود سطح زندگی و سلامت جهانی اشاره دارد. اساسنامه سازمان بهداشت جهانی نیز در پیشگفتار خود، دسترسی به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت را حقی بنیادی برای هر فرد میداند. (Poutakidou D. 2012. 7)

ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸) سلامت را بخشی از استاندارد زندگی مناسب معرفی کرده و مراقبت های پزشکی، تأمین اجتماعی و شرایط امنیتی را از ضروریات این حق برشمرده است. ماده ۱۲ میثاق بینالمللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶) نیز به طور صریح حق هر فرد را به لحاظ جسمی و روانی در سطح سلامت مطلوب تضمین می نماید. (Javid & Niawarani, 2020, p. 54) در پیمان های ضد تبعیض نیز این حق تکرار شده است: ماده ۵ کنوانسیون مبارزه با تبعیض نژادی (۱۹۶۵) دولتها را موظف به تأمین مراقبت پزشکی و خدمات اجتماعی برای همگان میکند. همچنین ماده ۱۲ کنوانسیون حذف تبعیض علیه زنان (۱۹۷۹) بر دسترسی برابر زنان و مردان به خدمات سلامت تأکید ورزیده است. (Al-Kajbaf & Ansarian, 2014, p. 65) این اسناد با ایجاد الزامات حقوقی برای دولتها، سلامت را نه تنها به مفهوم عدم بیماری، بلکه به عنوان شرطی برای حیات کرامتمندانه و عدالت اجتماعی مفهومسازی کرده اند.

۱-۱. تأثیرات پاندمی کرونا بر حق بر سلامت شهروندان (تعهدات ۶.۷.۸)

کرونا ویروس برای نخستین بار در اواخر سال ۲۰۱۹ در ووهان چین شناسایی شد و به طور رسمی در تاریخ ۱۲ ژانویه ۲۰۲۰ به سازمان بهداشت جهانی گزارش گردید. پس از

مدت کوتاهی، این ویروس به سرعت به سایر نقاط جهان گسترش یافت و در تاریخ ۱۱ مارس ۲۰۲۰ سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان یک پاندمی اعلام کرد. (Khosravi, 2020, p. 417) این بیماری مسری از جنبه‌های مختلف حقوق بشر قابل بررسی است. افراد مبتلا به کرونا حق دریافت مداخلات درمانی و حیات‌بخش دارند. مبتلایان می‌توانند با انتقال ویروس، حق سلامتی دیگران را تهدید کنند، بنابراین افراد جامعه نیز حق دارند از ابتلا به بیماری مصون بمانند. ممکن است نیاز به درمان اجباری و اعمال سیاست‌های قرنطینه باشد که می‌تواند منجر به محدود شدن برخی حقوق و آزادی‌های بیماران گردد. دولت‌ها موظفند که از حق سلامتی تمامی افراد حمایت کنند و به تأمین بهداشت عمومی بپردازند. (Momeni, 2021, p. 54)

استراتژی‌های حقوق بشری: رویکردهای حقوق بشری در مواجهه با پاندمی می‌تواند منجر به گفتمان‌های متنوعی از جنبه‌های اخلاقی، فلسفی، اجتماعی و حقوقی شود. سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که شیوع کرونا در مدت زمان کوتاهی به مرحله پاندمی رسید و این وضعیت باعث ایجاد بحران‌های جدیدی در سیستم‌های بهداشتی، اقتصادی و سیاسی جهانی شد. در این راستا، دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی باید با بهره‌گیری از ظرفیت‌های حقوق بین‌الملل، اقداماتی برای تضمین حق سلامت جهانی انجام دهند و از اقدامات تبعیض‌آمیز پرهیز کنند. دبیر کل سازمان ملل، آنتونیو گوترش، تأکید کرده است که پاندمی کووید ۱۹ نشان‌دهنده دو حقیقت اساسی درباره حقوق بشر است: نخست اینکه نقض حقوق بشر بر همگان تأثیر می‌گذارد و دوم اینکه این حقوق جهانی هستند و باید از همه محافظت کنند. واکنش مؤثر به پاندمی باید بر پایه همبستگی و همکاری باشد؛ رویکردهای تفرقه‌افکنانه نمی‌توانند در برابر تهدیدات جهانی کارساز باشند. کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر عمومی شماره ۱۴ خود، دسترسی به داروهای اساسی را حق بشری دانسته که برای تحقق بالاترین سطح سلامت جسمی و روانی ضروری است. همچنین کمیسیون حقوق بشر ملل متحد تأکید کرده که دسترسی به دارو برای بیماری‌های فراگیر باید با قیمتی معقول فراهم شود تا حق سلامت برای همه تأمین گردد. (Aminzadeh, 2021, p. 54)

محصولات دارویی تحت حمایت حقوق مالکیت فکری قرار دارند و کشورهای عضو



سازمان جهانی تجارت موظفند این حمایت‌ها را رعایت کنند. اما قیمت بالای داروها اغلب مانع دسترسی مناسب بیماران می‌شود. یکی از محورهای اصلی حق بر سلامت، دسترسی به دارو است؛ با این حال، حق اختراع ممکن است منجر به انحصار تولید دارو گردد که خود چالشی جدی برای تحقق حق سلامت محسوب می‌شود. (Al-Kajbaf, 2013, p. 43) طبق اصل حق بر سلامت و به ویژه حق دسترسی به داروهای اساسی، دولت‌ها موظفند تا دسترسی به داروها را برای تمامی افراد فراهم کنند و از ایجاد محدودیت‌ها یا موانع در این زمینه جلوگیری نمایند. در شرایط کنونی که همه‌گیری ویروس کرونا تأثیرات عمیقی بر سلامت و اقتصاد جهانی گذاشته است، تأمین تجهیزات پزشکی و دارویی برای درمان بیماران در ایران با چالش‌های جدی مواجه شده است.

شیوع بیماری کووید ۱۹ یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها برای جامعه جهانی بوده و آثار منفی آن بر اقتصاد جهانی مشهود است. این بحران مشکلات متعددی را برای بسیاری از کشورها به همراه داشته است. تا زمانی که به اصل برابری حقوق در دسترسی به سلامت و بهره‌مندی از پیشرفت‌های علمی پایبند نباشیم، موفقیت در مبارزه با کووید ۱۹ در خطر خواهد بود. تولید و توزیع واکسن باید بر اساس نیاز واقعی کشورها انجام شود و نباید اجازه داد که کشورهای ثروتمند این واکسن را انحصاری کنند. سازمان جهانی بهداشت نسبت به رقابت‌های ناسالم در زمینه داروهای حیاتی هشدار داده و برخی مقامات آمریکایی نیز خواستار اولویت‌دهی به شهروندان خود در این زمینه شده‌اند. (Hassanzadeh, 2021, p. 52) آنتونیو گوترش، دبیر کل سازمان ملل، پیش‌تر تأکید کرده بود که در صورت تولید موفق واکسن کرونا، این واکسن باید برای همه افراد در سراسر جهان قابل دسترسی باشد. سازمان ملل با صدور قطعنامه‌ای خواستار توزیع عادلانه واکسن‌ها شده است. این قطعنامه بر اهمیت دسترسی منصفانه و توزیع عادلانه واکسن‌ها تأکید دارد. شورای حقوق بشر سازمان ملل نیز با تصویب قطعنامه‌ای بر مسئولیت دولت‌ها در رسیدگی به شیوع کرونا و لزوم دسترسی تمامی کشورها به واکسن تأکید کرده است. (Rostami, 2021, p. 143) این قطعنامه یادآور می‌شود که یکی از اهداف سازمان ملل، دستیابی به همکاری بین‌المللی برای حل مشکلات اقتصادی، اجتماعی،

فرهنگی و بشردوستانه و ارتقای احترام به حقوق بشر برای همه بدون تبعیض است. همچنین، نگرانی از توزیع نابرابر واکسن‌ها می‌تواند پایان همه‌گیری کرونا را به تأخیر اندازد و دستیابی به اهداف توسعه پایدار را با مانع مواجه کند. بنابراین، کشورها و ذینفعان باید با همبستگی و همکاری‌های چندجانبه اقداماتی مؤثر برای دسترسی و توزیع منصفانه، کارآمد، شفاف و مقرون‌به‌صرفه واکسن کووید ۱۹ انجام دهند، به ویژه در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه‌یافته.

۳۲۷

۲. دامنه مسئولیت دولت در شیوع و گسترش پاندمی (واکاوی)

بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی، تأمین خدمات بهداشتی و درمانی وظیفه‌ای بر عهده دولت است و می‌توان شیوع ویروس کرونا را ناشی از عملکرد ضعیف و بی‌مسئولیتی دولت در حوزه بهداشت عمومی دانست. یکی از اهداف مسئولیت مدنی، بازگرداندن وضعیت اقتصادی به حالت قبل از وقوع بحران است؛ بنابراین، دولت که امکانات و سرمایه لازم را در اختیار دارد، باید این چالش‌ها را مدیریت کند و در صورت عدم موفقیت، پاسخگو باشد (Mehra, 2020, p. 141). همچنین، می‌توان با استناد به ماده ۴۸۷ قانون مجازات اسلامی، وحدت ملاک را از حقوق کیفری استخراج کرد؛ به این معنا که اگر فردی به قتل برسد و قاتل مشخص نباشد، دیه از بیت‌المال پرداخت خواهد شد. (Safaei, 2015, p. 54) در بسیاری از موارد منافع فردی نادیده گرفته می‌شود. (Bahrami, 2015, p. 76) یا شخصی به طرف مقابل خسارتی وارد می‌آورد، موظف است تا خسارت وارده را جبران کند. در این صورت فرد متلف موظف به جبران خسارت خواهد بود. نهاد دولت باید خسارت را جبران کند.

۳. عوامل معافیت از مسئولیت دولتها

بر اساس اصول حقوق مسئولیت دولت، شرایط خاصی وجود دارد که یک کشور می‌تواند به آن‌ها استناد کند تا از مسئولیت در قبال نقض تعهدات بین‌المللی خود معاف شود. این استنادات به عنوان دفاعی در برابر ادعای نقض تعهدات بین‌المللی عمل می‌کنند. طبق تفسیر کمیسیون حقوق بین‌الملل، این نوع استنادات و دفاعیات موجب لغو یا خاتمه تعهد نمی‌شوند، بلکه تنها توجیهاتی برای عدم اجرای آن تعهدات به شمار



می‌آیند و اصل تعهد همچنان معتبر باقی می‌ماند. (Bergkamp L. 2001.76) در زمینه موانع مسئولیت، سه عامل اصلی قابل شناسایی هستند: (۱) فورس ماژور، (۲) اضطراب، و (۳) ضرورت. پیش از بررسی جزئیات هر یک از این عوامل، باید به سه نکته توجه کرد: نخست اینکه آیا عامل خاصی می‌تواند مسئولیت را منتفی کند یا خیر، که این موضوع به ماهیت قاعده اصلی بستگی دارد. به عنوان مثال، در برخی موارد مربوط به تعهدات معاهدات حقوق بشر، ممکن است دعوی ضرورت رد شود. دوم اینکه کمیسیون حقوق بین‌الملل تأکید کرده که این عوامل دارای آستانه بالایی هستند؛ بدین معنا که برای دولت‌ها دشوار است که با استناد به آن‌ها از مسئولیت ناشی از رفتارهای نقض‌کننده تعهدات بین‌المللی خود فرار کنند. سوم اینکه ارتباط و اقتضای این عوامل بستگی به وضعیت و امکانات هر دولت در قبال تعهد خاص دارد. (Ebrahimi SN. 2012; 18)

به طور کلی، هیچ عامل یا وضعیت جامع و قابل اعمال برای تمامی کشورها در خصوص نقص کلیه تعهدات بین‌المللی در طول بحران کووید-۱۹ وجود ندارد.

فورس ماژور (Force Majeure) در عرصه بازرگانی بین‌المللی و بر اساس ماده ۷-۱-۷ اصول قراردادهای تجاری بین‌المللی مؤسسه یکنواخت سازی حقوق خصوصی، به عنوان یکی از قدیمی‌ترین و رایج‌ترین معاذیر قراردادی تعریف می‌شود. این مفهوم به حادثه‌ای ناگهانی و غیرقابل اجتناب اشاره دارد که متعهد را از انجام تعهدات خود معاف می‌کند. همچنین جبران خسارت‌های طرف مقابل نیز در این شرایط ممکن است. (International Law Commission. UN Doc. A/56/10. 2001) در رابطه با وضعیت فورس ماژور، ماده ۲۳ طرح مسئولیت بین‌المللی دولت تصریح می‌کند که اگر عمل یک کشور ناشی از فورس ماژور باشد، از متخلفانه بودن آن جلوگیری می‌شود. فورس ماژور به وقوع نیروی غیرقابل اجتناب اشاره دارد که خارج از کنترل کشور بوده و اجرای تعهد را غیرممکن می‌سازد. (Paddeu F, 2020.77)

وضعیت فورس ماژور، چه به تنهایی و چه در ترکیب با عوامل دیگر، ممکن است ناشی از عملکرد کشوری باشد که به آن استناد می‌کند یا به دلیل پذیرش خطر وقوع این وضعیت توسط همان کشور ایجاد شود. همان‌طور که در بند ۱ اشاره شده است، تأکید بر این است که در شرایطی که تعهد باید اجرا شود، فورس ماژور باید اساساً انجام تعهد

را غیرممکن سازد. این مفهوم به معنای آن است که فورس ماژور باید به گونه‌ای بر توانایی دولت در اجرای تعهداتش تأثیر بگذارد که اجرای آن عملاً غیرممکن شود. بر اساس ماده ۲۳، برای پذیرش استناد به فورس ماژور، شش شرط اصلی باید وجود داشته باشد:

۱. وضعیت یا واقعه باید یک نیروی غیرقابل اجتناب باشد.
 ۲. این وضعیت یا واقعه نباید قابل پیش‌بینی بوده باشد.
 ۳. رخداد باید خارج از کنترل دولت باشد.
 ۴. این وضعیت باید اجرای تعهد دولت را به‌طور اساسی غیرممکن کند.
 ۵. دولت نباید در ایجاد این وضعیت نقشی داشته باشد.
 ۶. خطر وقوع چنین وضعیتی نباید توسط دولت پذیرفته شده باشد.
- در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، کشورهایی که قادر به انجام تعهدات بین‌المللی خود نبودند، باید اثبات کنند که اجرای تعهداتشان به‌طور اساسی غیرممکن بوده است. طبق تفسیر ماده ۲۳، فورس ماژور با وضعیت اضطرار یا ضرورت تفاوت دارد؛ زیرا در شرایط فورس ماژور، رفتار دولت کاملاً غیرارادی است و هیچ انتخاب آزادانه‌ای برای دولت وجود ندارد. به همین دلیل، ممکن است عدم اجرای یک تعهد بین‌المللی توسط یک دولت در نتیجه اقدامات محدودکننده مانند قرنطینه یا کنترل رفت‌وآمد در دوران کرونا، ناشی از شرایطی باشد که اجرای تعهد را عملاً غیرممکن کرده است.
- این موارد نشان می‌دهد که فورس ماژور نه تنها یک مانع حقوقی برای اجرای تعهدات است، بلکه شرایط خاص و سختگیرانه‌ای دارد که برای معافیت از مسئولیت بین‌المللی باید اثبات شوند. (The Case Concerning the Barcelona Traction, 1970, p.3).
- اضطرار (Distress) به وضعیتی اشاره دارد که در آن جان افراد در معرض خطر قرار دارد و هیچ راه منطقی یا معقولی برای نجات وجود ندارد. ماده ۲۴ طرح کمیسیون تصریح می‌کند که اضطرار دو شرط اصلی دارد: نخست، این وضعیت نباید ناشی از عمل خود دولت استنادکننده یا ترکیبی از عملکرد او و دیگری باشد؛ دوم، در صورت عدم اقدام، احتمال وقوع خطر بزرگتری وجود داشته باشد. بر اساس تفسیر ماده ۲۴، تنها در



مواردی که یک مأمور دولتی یا فردی که رابطه خاصی با ارگان دولتی دارد، برای نجات جان خود یا دیگران اقدام کند، می‌توان به اضطرار استناد کرد. شرایط عمومی‌تر بحرانی و اضطراری نسبت به این ماده اعمال نمی‌شوند و بیشتر شامل وضعیت ضرورت خواهند بود. معیارها و شرایط زیر برای پذیرش این دفاع در دعوی اضطرار مطرح شده است:

۱. تهدید به زندگی باید وجود داشته باشد؛
 ۲. رابطه خاصی بین ارگان دولتی و افراد مورد نظر باید برقرار باشد؛
 ۳. هیچ راه منطقی دیگری برای مقابله با تهدید وجود نداشته باشد؛
 ۴. دولت نباید در ایجاد این وضعیت نقش داشته باشد؛
 ۵. اقدامات دولت باید متناسب با خطر موجود باشد.
- این موارد نشان می‌دهد که اثبات ارتباط خاص بین ارگان دولتی و مأمور آن که مرتکب تخلف از یک تعهد بین‌المللی شده و همچنین افراد در معرض خطر، چالشی بزرگ برای دولت‌ها به شمار می‌رود.

ضرورت (Necessity) طبق ماده ۲۵ به وضعیتی اطلاق می‌شود که خطر «شدید» و «قرب‌الوقوع» منافع اساسی یک دولت را تهدید کند و دولت مجبور به انجام عمل متخلفانه‌ای شود که منجر به نقض تعهداتش گردد. در این صورت، ضرورت می‌تواند مانع از مسئولیت دولت شود. کمیسیون حقوق بین‌الملل تصریح می‌کند که اصطلاح «ضرورت» در این ماده به موارد استثنایی اطلاق می‌شود و تنها راهی است که یک کشور می‌تواند از منافع اساسی خود در برابر خطر جدی محافظت کند. بنابراین، ضرورت به‌ندرت برای توجیه عدم اجرای تعهدات قابل استناد خواهد بود.

معیارهای مشابهی که برای امکان استناد به «اضطرار» مطرح شده‌اند، در مورد ضرورت نیز قابل اعمال هستند. بنابراین، کشورهایی که تمایل دارند به ضرورت استناد کنند، باید ثابت کنند که تعهد نقض شده هیچ‌گونه تناقضی با منافع اساسی کشور ندارد. (The Case

(Concerning the Barcelona Traction, 1970.10)

۴. بررسی کنوانسیون‌های بین‌المللی مرتبط با بهداشت عمومی و مسئولیت دولت

بهداشت عمومی یکی از ارکان اساسی توسعه پایدار و رفاه اجتماعی در جوامع بشری است. کنوانسیون‌های بین‌المللی متعددی وجود دارند که به موضوع بهداشت عمومی و مسئولیت دولت‌ها در این زمینه پرداخته‌اند. در اینجا به برخی از مهم‌ترین این کنوانسیون‌ها و اصول مرتبط با آن‌ها اشاره می‌کنیم.

۴-۱. کنوانسیون حقوق کودک (۱۹۸۹)

کنوانسیون حقوق کودک، که توسط سازمان ملل متحد تصویب شده است، به حقوق کودکان در زمینه‌های مختلف از جمله بهداشت و درمان می‌پردازد. ماده ۲۴ این کنوانسیون تصریح می‌کند که کشورهای عضو باید اقدامات لازم را برای تضمین حق کودک به دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب انجام دهند (UNICEF, 1989:87). این کنوانسیون بر مسئولیت دولت‌ها در تأمین خدمات بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها تأکید دارد.

۴-۲. اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸)

اعلامیه جهانی حقوق بشر، که توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد تصویب شده است، حق هر فرد به سلامت را به عنوان یکی از حقوق اساسی بشر شناسایی می‌کند (United Nations, 1948:88). ماده ۲۵ این اعلامیه بیان می‌کند که هر فرد حق دارد از یک سطح مناسب از زندگی، شامل تغذیه، بهداشت و مراقبت پزشکی برخوردار باشد. دولت‌ها موظفند تا شرایطی را فراهم کنند که این حقوق تحقق یابد.

۴-۳. کنوانسیون بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶)

این کنوانسیون نیز بر حق هر فرد به برخورداری از بالاترین سطح ممکن سلامت تأکید دارد (United Nations, 1966:54). ماده ۱۲ این کنوانسیون تصریح می‌کند که کشورهای عضو باید اقداماتی را برای بهبود شرایط بهداشتی، پیشگیری از بیماری‌ها و تأمین خدمات بهداشتی انجام دهند. این کنوانسیون مسئولیت دولت‌ها را در تأمین سلامت عمومی و دسترسی به خدمات بهداشتی مشخص می‌کند.



۴-۴. دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO)

سازمان جهانی بهداشت به عنوان نهاد بین‌المللی مسئول در حوزه بهداشت، دستورالعمل‌ها و راهنماهایی برای کشورهای عضو صادر می‌کند. این دستورالعمل‌ها شامل توصیه‌هایی برای مدیریت بیماری‌های واگیردار، ارتقاء سلامت روان و بهبود سیستم‌های بهداشتی است (WHO, 2021.87). دولت‌ها موظفند تا این توصیه‌ها را در سیاست‌های بهداشتی خود لحاظ کنند.

۴-۵. توافق‌نامه‌های بین‌المللی در زمینه بیماری‌های واگیردار

توافق‌نامه‌هایی مانند "پیمان جهانی مبارزه با ایدز" و "پیمان جهانی مبارزه با سل" نیز وجود دارند که بر مسئولیت دولت‌ها در پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیردار تأکید دارند (UNAIDS, 2016.88). این توافق‌نامه‌ها کشورهای عضو را ملزم می‌کنند تا برنامه‌های ملی مؤثری برای مبارزه با این بیماری‌ها تدوین و اجرا کنند.

مسئولیت دولت‌ها در زمینه بهداشت عمومی بر اساس کنوانسیون‌ها و توافق‌نامه‌های بین‌المللی مشخص شده است. این مسئولیت شامل تأمین خدمات بهداشتی، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سطح سلامت جامعه است. دولت‌ها باید با همکاری سازمان‌های بین‌المللی و نهادهای غیردولتی، اقدامات مؤثری را در راستای تحقق حقوق بشر و سلامت عمومی انجام دهند.

۵. تأثیر عملکرد دولت‌ها بر حق بر سلامت

حق بر سلامت یکی از حقوق اساسی بشر است که در اسناد بین‌المللی مختلف به رسمیت شناخته شده است. این حق نه تنها به معنای دسترسی به خدمات بهداشتی است، بلکه شامل شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیطی نیز می‌شود که بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد (World Health Organization, 2008.76). در این مقاله به بررسی تأثیر عملکرد دولت‌ها بر حق بر سلامت پرداخته می‌شود و به تحلیل نقش سیاست‌ها، برنامه‌ها و اقدامات آن‌ها در ارتقاء یا تضعیف این حق خواهیم پرداخت. حق بر سلامت در ماده ۱۲ کنوانسیون بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (ICESCR) به وضوح بیان شده است که کشورهای عضو موظف هستند تا شرایط لازم را برای تحقق این حق فراهم کنند (United Nations, 1966). این کنوانسیون تأکید می‌کند که دولت‌ها

باید به منظور ارتقاء سلامت عمومی، دسترسی به خدمات بهداشتی، تغذیه مناسب و محیط زیست سالم را تضمین کنند. بنابراین، عملکرد دولت‌ها در این زمینه تأثیر مستقیمی بر تحقق حق بر سلامت دارد. دولت‌ها مسئول ایجاد و حفظ سیستم‌های بهداشتی کارآمد هستند که بتوانند نیازهای جمعیت را پاسخ دهند. دسترسی به خدمات بهداشتی یکی از عوامل کلیدی در تحقق حق بر سلامت است. مطالعات نشان می‌دهند که کشورهای با سیستم‌های بهداشتی قوی و فراگیر، نتایج بهداشتی بهتری دارند (Bambra et al., 2015, p. 76). به عنوان مثال، کشورهای اسکاندیناوی با سیستم‌های بهداشتی عمومی و رایگان، توانسته‌اند شاخص‌های بهداشتی بالایی را برای شهروندان خود فراهم کنند. (Marmot, 2015, p. 55) تأمین مالی مناسب برای سیستم‌های بهداشتی یکی دیگر از عوامل کلیدی در تأثیرگذاری بر حق بر سلامت است. دولت‌ها باید منابع مالی کافی را برای تأمین خدمات بهداشتی اختصاص دهند. عدم تخصیص منابع کافی می‌تواند منجر به کاهش کیفیت خدمات و عدم دسترسی مردم به درمان‌های لازم شود (WHO, 2010, p. 66). در کشورهایی با بودجه محدود، مانند برخی کشورهای آفریقایی، کمبود منابع مالی می‌تواند به افزایش مرگ و میر و بیماری‌های واگیردار منجر شود. (World Bank, 2017, p. 32) سیاست‌گذاری‌های مؤثر در حوزه بهداشت عمومی نقش مهمی در تحقق حق بر سلامت دارند. دولت‌ها باید برنامه‌های جامع و مبتنی بر شواهد را طراحی کنند که نیازهای جمعیت را شناسایی کرده و پاسخگو باشد. برای مثال، برنامه‌های واکسیناسیون عمومی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، تأثیر زیادی بر کاهش بیماری‌های واگیردار داشته است. (CDC, 2019, p. 88) همچنین، سیاست‌های پیشگیرانه مانند کنترل دخانیات و ترویج فعالیت‌های بدنی نیز می‌تواند به کاهش بار بیماری‌ها کمک کند. (WHO, 2017, p. 56) نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی می‌تواند تأثیر منفی بر حق بر سلامت داشته باشند. گروه‌های آسیب‌پذیر مانند اقلیت‌ها، زنان و کودکان معمولاً بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند. دولت‌ها باید سیاست‌هایی را اتخاذ کنند که نابرابری‌ها را کاهش دهد و دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی را تضمین کند. (Phelan & Link, 2015, p. 37). برای مثال، در ایالات متحده، نابرابری‌های نژادی و اقتصادی باعث شده است که برخی گروه‌ها دسترسی کمتری به خدمات



بهداشتی داشته باشند و نتایج سلامتی ضعیف‌تری را تجربه کنند (Williams & Mohammed, 2009, p. 57). بحران‌های جهانی مانند پاندمی کوید-۱۹ نشان‌دهنده اهمیت عملکرد دولت‌ها در زمینه حق بر سلامت است. دولت‌هایی که پاسخ سریع و مؤثری به این بحران ارائه دادند، توانستند از شیوع بیشتر بیماری جلوگیری کنند و سلامت جامعه را حفظ نمایند (Ranney et al., 2020, p. 132). در مقابل، کشورهایی که نتوانستند واکنش مناسبی نشان دهند، با افزایش مرگ و میر و بار بیماری مواجه شدند (Gonzalez et al., 2021, p. 187). این موضوع نشان‌دهنده اهمیت مدیریت بحران توانایی دولت‌ها در حفاظت از حق بر سلامت شهروندان است. آموزش عمومی درباره مسائل بهداشتی یکی دیگر از وظایف دولت‌ها است که تأثیر زیادی بر حق بر سلامت دارد. افزایش آگاهی مردم درباره پیشگیری از بیماری‌ها، تغذیه سالم و سبک زندگی فعال می‌تواند بهبود قابل توجهی در وضعیت سلامت جامعه ایجاد کند (Nutbeam, 2000, p. 88). برای مثال، برنامه‌های آموزشی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی می‌تواند منجر به کاهش چاقی و بیماری‌های مرتبط با آن شود (Hesketh et al., 2005, p. 87). عملکرد دولت‌ها در زمینه حق بر سلامت نقش حیاتی دارد. از تأمین مالی مناسب تا سیاست‌گذاری مؤثر و پاسخگویی به بحران‌ها، همه این عوامل می‌توانند تأثیر مستقیمی بر دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشند. بنابراین، دولت‌ها باید با توجه به اصول حقوق بشری، اقداماتی را انجام دهند که تضمین‌کننده حق بر سلامت برای تمامی شهروندان باشد.

۶. موانع موجود در حوزه بهداشت و سلامت عمومی

بیماری‌های همه‌گیر یکی از چالش‌های عمده‌ای هستند که بهداشت و سلامت عمومی را در سطح بین‌المللی تهدید می‌کنند. انسان از زمان پیدایش خود همواره با بیماری‌ها دست و پنجه نرم کرده و تلاش کرده است تا شیوع آن‌ها را درک و پیشگیری کند. همه‌گیری به رویدادی اطلاق می‌شود که در آن یک بیماری خاص یا رفتار بهداشتی، به‌طور معناداری از حد انتظار در یک منطقه یا جامعه فراتر می‌رود. این وضعیت نسبی است و به فراوانی عادی بیماری در جمعیت مورد نظر و در فصل مشخصی از سال بستگی دارد. برای مثال، مشاهده یک مورد از یک بیماری قابل انتقال که برای مدت

طولانی در جامعه‌ای دیده نشده، یا دو مورد از چنین بیماری‌هایی که ارتباط زمانی و مکانی دارند، نیازمند بررسی فوری و دقیق است. همچنین، بیماری‌ای که سال‌ها به‌عنوان همه‌گیر شناخته می‌شود، در نهایت ممکن است به‌عنوان بومی در نظر گرفته شود؛ یعنی حضور دائمی یک عامل عفونی در یک منطقه جغرافیایی خاص. امروزه، با وجود تغییرات اپیدمیولوژیک ناشی از زندگی شهری و صنعتی، و افزایش اهمیت بیماری‌های قلبی عروقی و دیگر بیماری‌های مرتبط با مدرنیته، بیماری‌های واگیر و عفونی همچنان یکی از بزرگ‌ترین تهدیدات سلامت عمومی به ویژه در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شوند. حتی کشورهای پیشرفته نیز اگر برنامه‌های مؤثری برای مقابله با این بیماری‌ها نداشته باشند، ممکن است با خطر بازگشت آن‌ها مواجه شوند. از جمله بیماری‌های فراگیر که سلامت عمومی را تهدید می‌کنند می‌توان به ایدز، مالاریا و هپاتیت اشاره کرد. (Zamani, 2016, p. 66) یکی از خطرات جدی که بهداشت و سلامت عمومی در سطح جهانی با آن مواجه است، بیماری‌های نوپدید می‌باشد. در حالی که ما از آغاز قرن بیست و یکم به نقطه‌ای رسیده‌ایم که انتظار داریم در دنیای صنعتی، بدون مزاحمت بیماری‌های جدی عفونی زندگی کنیم، پیشرفت‌های چشمگیر در بهبود بهداشت عمومی و موفقیت در برنامه‌های ایمن‌سازی بدن در برابر بیماری‌ها، امیدواری‌هایی را ایجاد کرده است. با این حال، ظهور بیماری‌های جدید عفونی در کشورهای مختلف، چه پیشرفته و چه در حال توسعه، تا مدت‌ها نادیده گرفته می‌شد. اما ظهور ناگهانی بیماری ایدز حدود بیست سال پیش به عنوان یک اپیدمی جهانی، این واقعیت را مشخص کرد که همیشه احتمال بروز بیماری‌های جدید با علائم و عوارض ناشناخته وجود دارد. بیماری‌های نوپدید به آن دسته از بیماری‌های عفونی اطلاق می‌شود که طی سه دهه گذشته بروز آن‌ها افزایش یافته یا انتظار می‌رود در آینده نزدیک افزایش یابد. این بیماری‌ها شامل مواردی هستند که اخیراً در نقاط مختلف جهان ظاهر شده‌اند یا در مناطقی که قبلاً وجود نداشته‌اند، بروز کرده‌اند. همچنین این اصطلاح شامل بیماری‌هایی می‌شود که قبلاً به راحتی قابل درمان بودند ولی اکنون نسبت به داروهای آنتی‌میکروبیال مقاوم شده‌اند. ارگانسیم‌های مقاوم هیچ نوع حد و مرز طبیعی ندارند و به راحتی از طریق سفرهای هوایی به سایر نقاط جهان منتقل می‌شوند. (Abbasi, 2014, p.



۶۵ رشد جمعیت، مهاجرت‌های مداوم و جابه‌جایی پناهندگان نشان‌دهنده این است که سرنوشت انسان‌ها اکنون بیش از هر زمان دیگری به هم پیوسته است. این نزدیکی ملت‌ها باعث انتشار سریع بیماری‌ها نه تنها از فردی به فرد دیگر بلکه از قاره‌ای به قاره دیگر می‌شود؛ این انتقال ممکن است از طریق ذرات معلق در هوا، تماس جنسی یا تماس مستقیم صورت گیرد.

با وجود پیشرفت‌های عظیم پزشکی، جامعه بشری هنوز با بیماری‌های جدید و ناشناخته‌ای روبه‌رو است که نیازمند اقداماتی فوری برای جلوگیری از گسترش آن‌ها می‌باشد. از جمله این بیماری‌های نوپدید که آسیب‌های زیادی به انسان‌ها وارد کرده‌اند می‌توان به سارس و آنفلوآنزای پرندگان اشاره کرد. یکی دیگر از چالش‌های جدی که بهداشت و سلامت عمومی در سطح جهانی با آن مواجه است، مسئله بیوتروریسم است. بیوتروریسم به معنای استفاده از عوامل زیستی برای ایجاد ترس و وحشت در جامعه است. جنگ‌افزارهای بیولوژیک شامل ابزارهایی هستند که برای انتشار عمدی ارگانیسم‌های بیماری‌زا یا فرآورده‌های آن‌ها از طریق غذا، آب، حشرات ناقل یا افشانه‌ها به کار گرفته می‌شوند. این نوع جنگ شامل بهره‌گیری از باکتری‌ها، ویروس‌ها، گیاهان، حیوانات و محصولات آن‌ها برای اهداف خصمانه است.

طبق تعریف پلیس بین‌الملل در سال ۲۰۰۷، بیوتروریسم به معنای انتشار عمدی عوامل زیستی یا سمی با هدف آسیب رساندن به انسان‌ها، حیوانات یا گیاهان است. این اقدامات با نیت قبلی و برای ایجاد وحشت یا تحت فشار قرار دادن دولت‌ها یا گروه‌هایی از مردم جهت تحقق اهداف سیاسی یا اجتماعی انجام می‌شود. پیش‌بینی زمان و نحوه حملات شیمیایی و بیولوژیک دشوار است؛ بنابراین نمی‌توان احتمال وقوع چنین حملاتی را نادیده گرفت. رویدادهایی مانند حمله گاز سارین در متروی توکیو یا کشف برنامه‌های تسلیحات زیستی در عراق و شوروی سابق نشان‌دهنده اهمیت آمادگی در برابر این تهدیدها هستند.

برای مقابله با این تهدیدها، زیرساخت‌های سلامت عمومی باید آمادگی لازم را برای شناسایی و کنترل سریع بیماری‌های عفونی ناشی از حملات بیولوژیک داشته باشند. وجود یک سیستم سلامت قوی و انعطاف‌پذیر در سطح ملی برای تشخیص زودهنگام

این حملات ضروری است. با این حال، بسیاری از مردم هنوز تصور می‌کنند که جنگ بیولوژیک تنها یک ایده تخیلی نظامی است، اما پیشرفت‌های بیوتکنولوژی و تحولات سیاسی این باور را تغییر داده‌اند. در آغاز هزاره سوم میلادی، ضرورت آمادگی برای دفاع بیولوژیک بیش از پیش احساس می‌شود. وقوع طغیان بیماری‌های مسری ناشی از مواد غذایی آلوده یا عوامل دیگر می‌تواند احتمال حملات بیوتروریستی را افزایش دهد. بنابراین، آگاهی‌رسانی به موقع، اقدامات پیشگیرانه درمانی و کنترل سریع بحران توسط کادر پزشکی و بهداشتی امری حیاتی است. (Motaghi, 2017, p. 68)

در زمینه ممنوعیت سلاح‌های بیولوژیک، کنوانسیون‌ها و پروتکل‌هایی وجود دارند که استفاده از این تسلیحات را منع کرده‌اند. به عنوان مثال، پروتکل ژنو ۱۹۲۵ کاربرد سلاح‌های بیولوژیک را محکوم کرده است. همچنین کنوانسیون ۱۹۷۲ منع تولید، توسعه و ذخیره‌سازی سلاح‌های زیستی و سمی را تصویب کرده است. قطعنامه دسامبر ۱۹۶۶ مجمع عمومی سازمان ملل نیز تأکید کرده که ممنوعیت استفاده از سلاح‌های بیولوژیک یک قاعده عام است که همه کشورها باید به آن پایبند باشند. این اقدامات نشان‌دهنده اهمیت همکاری جهانی برای مقابله با تهدیدات بیوتروریسم است. هرچند کمتر از یک درصد مرگ‌ومیرهای جهانی ناشی از حملات بیوتروریستی است، اما تأثیر بالقوه گسترده آن بر سلامت عمومی و امنیت جامعه نیازمند برنامه‌ریزی دقیق ملی و بین‌المللی است.

نتیجه‌گیری

پاندمی کوید-۱۹ به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های بهداشتی قرن حاضر، مسئولیت‌های متعددی را بر دوش دولت‌ها قرار داد. این بحران نه تنها به‌طور مستقیم بر سلامت عمومی تأثیر گذاشت، بلکه ابعاد اجتماعی، اقتصادی و سیاسی مختلفی را نیز تحت تأثیر قرار داد. دولت‌ها در دوران پاندمی مسئولیت‌های پیشگیرانه متعددی دارند که شامل شناسایی زودهنگام و کنترل شیوع بیماری می‌شود. این مسئولیت‌ها به‌ویژه در مراحل اولیه پاندمی اهمیت زیادی پیدا می‌کنند. اتخاذ تدابیر لازم برای محدود کردن تجمعات، اجرای قرنطینه و نظارت بر سفرها از جمله اقداماتی است که دولت‌ها باید انجام دهند. به‌عنوان مثال، کشورهایی که به سرعت اقدام به بسته شدن مرزها و محدود



کردن تجمعات عمومی کردند، توانستند شیوع بیماری را کنترل کنند و از بار سنگین بر سیستم بهداشتی خود جلوگیری کنند. دولت‌ها باید منابع کافی را برای تقویت زیرساخت‌های بهداشتی تخصیص دهند. این شامل تأمین تجهیزات پزشکی، افزایش ظرفیت بیمارستان‌ها و پرسنل بهداشتی و درمانی است. عدم توجه به این موارد می‌تواند منجر به بروز بحران‌های جدی در زمان شیوع بیماری شود. برای مثال، در بسیاری از کشورها، کمبود تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی در اوج شیوع بیماری، باعث افزایش مرگ و میر و بار بیماری شد. اطلاع‌رسانی دقیق و به‌موقع درباره خطرات ویروس و روش‌های پیشگیری از آن یکی از مهم‌ترین وظایف دولت‌ها است. آموزش عمومی در مورد رعایت پروتکل‌های بهداشتی، مانند استفاده از ماسک و فاصله‌گذاری اجتماعی، می‌تواند تأثیر زیادی بر کنترل شیوع بیماری داشته باشد. کشورهای موفق در مدیریت بحران، معمولاً برنامه‌های آموزشی مؤثری را برای آگاه‌سازی مردم اجرا کردند. پاندمی کوید-۱۹ نابرابری‌های موجود در جوامع را تشدید کرد. گروه‌های آسیب‌پذیر مانند اقلیت‌ها، افراد با درآمد پایین و کسانی که دسترسی محدودی به خدمات بهداشتی دارند، بیشتر تحت تأثیر قرار گرفتند. دولت‌ها باید سیاست‌هایی را اتخاذ کنند که نابرابری‌ها را کاهش دهد و دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی را تضمین کند. در غیر این صورت، حق بر سلامت برای بسیاری از افراد نقض خواهد شد. پاندمی کوید-۱۹ تأثیرات عمیقی بر اقتصاد جهانی داشت. بسیاری از مشاغل تعطیل شدند و میلیون‌ها نفر شغل خود را از دست دادند. این وضعیت نه تنها بر سلامت جسمانی افراد تأثیر گذاشت، بلکه سلامت روان آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار داد. دولت‌ها باید برنامه‌هایی را برای حمایت از مشاغل و افراد آسیب‌دیده تدوین کنند تا از تبعات اقتصادی و اجتماعی این بحران جلوگیری کنند. شفافیت و پاسخگویی دولت‌ها در دوران بحران یکی دیگر از عوامل کلیدی است که می‌تواند اعتماد عمومی را جلب کند. اطلاع‌رسانی دقیق درباره وضعیت شیوع بیماری، تصمیمات اتخاذ شده و اقدامات انجام شده توسط دولت، می‌تواند به تقویت اعتماد مردم به سیستم بهداشتی کمک کند. در کشورهایی که شفافیت بیشتری در مدیریت بحران داشتند، مردم همکاری بیشتری با پروتکل‌های بهداشتی نشان دادند. پاندمی کوید-۱۹ یک بحران جهانی است که نیازمند همکاری بین‌المللی است.

دولت‌ها باید با یکدیگر همکاری کنند تا اطلاعات، منابع و تجربیات خود را به اشتراک بگذارند. این همکاری می‌تواند شامل تبادل واکسن، تجهیزات پزشکی و دانش علمی باشد. کشورهای موفق در مدیریت پاندمی معمولاً از تجارب یکدیگر بهره‌مند شده‌اند. با توجه به تأثیرات گسترده پاندمی کوید-۱۹ بر حق بر سلامت، دولت‌ها باید به دنبال راهکارهایی برای تقویت سیستم‌های بهداشتی خود باشند. این شامل سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های بهداشتی، افزایش دسترسی به خدمات درمانی و توجه به نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر است. همچنین، دولت‌ها باید برنامه‌هایی را برای پیشگیری از بروز پاندمی‌های آینده تدوین کنند. در نهایت، دامنه مسئولیت دولت‌ها در مواجهه با پاندمی کوید-۱۹ بسیار وسیع است و شامل اقدامات پیشگیرانه، تأمین منابع، اطلاع‌رسانی، کاهش نابرابری‌ها، حمایت اقتصادی و اجتماعی، شفافیت و همکاری بین‌المللی می‌شود. این مسئولیت‌ها نه تنها بر سلامت عمومی تأثیر می‌گذارد بلکه بر حق بر سلامت شهروندان نیز تأثیرگذار است. بنابراین، دولت‌ها باید با توجه به درس‌های آموخته‌شده از این پاندمی، اقداماتی را انجام دهند که تضمین‌کننده حق بر سلامت برای تمامی افراد جامعه باشد.

منابع

- Abbasi, M., Rezaei, R., & Dehghani, Gh. (2014). The concept and status of the right to health in the Iranian legal system. *Medical Law Quarterly*, 8(30). (In Persian)
- Al Kajbaf, H. (2013). The concept and status of the right to health in international human rights instruments. *Medical Law Quarterly*, 7(24). (In Persian)
- Al Kajbaf, H., & Ansarian, M. (2014). The impact of unilateral and multilateral sanctions on Iran from the perspective of citizens' right to health. *Medical Law Quarterly*, 8(29). (In Persian)
- Amid, H. (2016). *Persian Dictionary*. Tehran: Amir Kabir Publishing Institute. (In Persian)
- Aminzadeh, E. (2021). Legal aspects of the international responsibility of states and the World Health Organization regarding the right to health in situations of pandemics and international sanctions. *Journal of Medical Law*, 15(56). (In Persian)

- Badini, H. (2015). The philosophy of civil liability (1st ed.). Tehran: Sherkat Sahami Enteshar. (In Persian)
- Bahrami Ahmadi, H. (2013). Civil liability (1st ed.). Tehran: Mizan Publishing. (In Persian)
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., Matthews, S. (2015). The pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964-968.
- CDC. (2019). Vaccination Coverage in the U.S.
- Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making Health Systems more Equitable. *The Lancet* 2004; 364(9441): 1273-1280 .
- Hassan Zadeh, G. (2021). The right to health in international treaties with emphasis on the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Law*, 15(56). (In Persian)
- Hesketh, K.D., et al. (2005). Health promotion in schools: A systematic review of the evidence for interventions to promote healthy eating and physical activity in schools. *Health Education Research*, 20(4), 393-402.
- International Law Commission. Draft Articles on State Responsibility for internationally Wrongful Acts, Report of the International Law Commission on the work of its fifty-third session. UN Doc. A/56/10. 2001.
- Javid, E., & Niawarani, S. (2013). The scope of the right to health in the international human rights system. *Public Law Research Quarterly*, 15(41). (In Persian)
- Joneidi, L., & Razi, S. (2021). The effect of sanctions on effective COVID-19 response and the responsibility arising from it. *International Legal Journal*, (65), Fall and Winter. (In Persian)
- Khosravi, H. (2020). Human rights dimensions of voluntary or compulsory life-saving medical interventions for COVID-19 patients. *Legal Research Quarterly*, 23(Special Issue on Law and COVID-19), (89). (In Persian)
- Marmot, M. (2015). The health gap: The challenge of an unequal world. *The Lancet*, 386(10011), 2442-2444.
- Mehra, N. (2020). The state's responsibility to compensate victims of COVID-19. *Legal Research Quarterly*, Special Issue on Law and COVID-19. (In Persian)
- Momeni, S., & Amini Zare, A. (2021). The COVID-19 pandemic and human rights considerations with emphasis on fair access to COVID-19 vaccines. *Journal of Legal Studies, New Series*, (21), p. 6. (In Persian)
- Moteghi, S., Seifi, A., & Doroudian, M. (2017). The nature of the right to health and the role of the state in its realization. *Islamic Law Research Journal*, 18(2), (46), Fall and Winter. (In Persian)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Paddeu F, Jephcott F. *COVID-19 and Defences in the Law of State Responsibility: Part II*. Oxford: Online European Journal of International Law; 2020.

- Paddeu F, Jephcott F ^{۱۹} and Defences in the Law of State Responsibility: Part II. Oxford: Online European Journal of International Law; 2020.
- Phelan, J.C., Link, B.G. (2015). Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annual Review of Sociology*, 41, 311-330.
- Poutakidou D. The Right to Healthcare in Today's Challenging World, is Justiciability the Answer to the Existing Problems? 4th International Focus Program. Essay Competition on Health Law, ELSA Greece 2012; 4(1): 7 .
- Ranney, M.L., et al. (2020). Ensuring a public health response to ^{۱۹} کوید- Recommendations for state and local health departments. *Journal of Public Health Management and Practice*, 26(4), 357-360.
- Rostami, S., Jafari, A., & Rostami, S. (2021). Developments in the right to health in Iran and the international sphere with emphasis on citizenship rights and COVID-19. *Journal of Medical Law*, 15(56). (In Persian)
- Safa'i, S. H., & Zakerinia, H. (2015). A comparative study of compensation methods in non-contractual civil liability. *Private Law Studies Quarterly*, (2). (In Persian)
- San Giorgi M. The Human Right to Equal Access to Health care. The Netherland: Intersentia; 2012. p.1.
- Seyyed Mousavi, M. S. (2014). The right to enjoy health (1st ed.). Tehran: Sherwin Medical Publishing. (In Persian)
- Shahidi, S. M., & Yazdanian, A. (2020). Civil law: The scope of civil liability (1st ed.). Tehran: Adabestan Publishing. (In Persian)
- The Case Concerning the Barcelona Traction, Light and Power Company, Ltd., (Belgium v. Spain), (Second phase). ICJ Reports. 1970. p.3.
- The International Institute for the Unification of Private Law (UNIDROIT). Paris: Principles of International Commercial Contracts; 2004.
- The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4. Available at: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>. Accessed June 6, 2016 .
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant), 14 December 1990. Available at: <http://www.refworld.org/docid/4538838e10.html>. Accessed June 6, 2016 .
- UN General Assembly. Universal Declaration of Human Rights, 1948. Available at: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html>. Accessed June 6, 2016. 14. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No .
- UNICEF. (1989). Convention on the Rights of the Child.
- United Nations General Assembly. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. 1966. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. Accessed June 6, 2016 .
- United Nations. (1948). Universal Declaration of Human Rights.
- United Nations. (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

- WHO. (2008). The World Health Report: Primary Health Care – Now More Than Ever.
- WHO. (2010). World Health Organization: Financing for Universal Health Coverage.
- WHO. (2017). Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020.
- WHO? (2021). World Health Organization Guidelines.
- Williams, D.R., Mohammed, S.A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20-47.
- World Bank. (2017). World Development Report: Learning to Realize Education's Promise.
- World Health Organization. Constitution of World Health Organisation. 1960. Available at: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Accessed June 6, 2016.
- Yazdanian, A. (2017). Rules of civil liability, Vol. 1 (1st ed.). Tehran: Mizan Publishing. (In Persian)
- Zamani, S. G. (2016). Therapeutic cloning and the right to health in the realm of international human rights law. *Research Journal of Law and Politics*, (19). (In Persian)

