



حق بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت

شورای اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد



حق بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت

شورای اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد



توانا

TAVAANA

آموزشکده الکترونیکی
برای جامعه مدنی ایران

e-collaborative

for civic education



آموزشکده الکترونیکی
برای جامعه مدنی ایران

<http://www.tavaana.org>

پروژه

e-collaborative
for civic education

<http://www.eciviced.org>

حق بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت
(The Right to the Highest Attainable Standard of Health)

شورای اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد
(United Nations Economic and Social Council)

نقاشی روی جلد: Good place for fish اثر پل کله

ناشر: E-Collaborative for Civic Education

© E-Collaborative for Civic Education 2014

e-collaborative for civic education

E-Collaborative for Civic Education (ECCE) یک سازمان غیرانتفاعی در ایالات متحده آمریکا، تحت 501c3 است که از فن آوری اطلاعات و ارتباطات برای آموزش و ارتقای سطح شهروندی و زندگی سیاسی دموکراتیک استفاده می کند. ما به عنوان بنیانگذاران و مدیران این سازمان، اشتیاق عمیق مشترکی داریم که شکل دهنده ایده های جوامع باز است. همچنین برای ما، شهروند، دانش شهروندی، مسئولیت و وظیفه شهروندی یک فرد در محافظت از یک جامعه سیاسی دموکراتیک پایه و اساس کار است؛ همان طور که حقوق عام بشر که هر شهروندی باید از آنها برخوردار باشد، اساسی و بنیادی هستند. ECCE دموکراسی را تنها نظام سیاسی قادر به تأمین طیف کاملی از آزادی های شهروندی و سیاسی برای تک تک شهروندان و امنیت برابری و عدالت می داند. ما دموکراسی را مجموعه ای از ارزش ها، نهادها و فرایندها می دانیم که بیشتر صلح، توسعه، تحمل و مدارا، تکثرگرایی و جوامعی شایسته سالار که به کرامت انسانی و دستاوردهای انسانی ارج می گذارند، است. ما پروژه اصلی ECCE یعنی «آموزشگاه توانا: آموزشگاه مجازی برای جامعه مدنی ایران» را در سال ۲۰۱۰ تأسیس کردیم. آموزشگاه توانا در ارائه منابع و آموزش در دنیای مجازی در ایران، یک نهاد پیشرو است. توانا با ارائه دوره های آموزشی زنده در حین حفظ امنیت و با ناشناس ماندن دانشجویان، به یک جامعه آموزشی قابل اعتماد برای دانشجویان در سراسر کشور تبدیل شده است. این دروس در موضوعاتی متنوع مانند نهادهای دموکراتیک، امنیت دیجیتال، حقوق زنان، وبلاگ نویسی، جدایی دین و دولت و توانایی های رهبری ارائه می شوند. آموزشگاه توانا آموزش زنده دروس و سمینارهای مجازی را با برنامه هایی مثل مطالعات موردی در جنبش های اجتماعی و گذارهای دموکراتیک، مصاحبه با فعالان و روشنفکران، دستورالعمل های خودآموزی، کتابخانه مطالب توصیفی، ابزارهای کمکی و راهنمایی برای آموزشگران ایرانی و حمایت مداوم و ارائه مشاوره آموزشی برای دانشجویان تکمیل کرده است.

تلاش ما برای توسعه توانایی های آموزشگاه توانا متوجه گردآوردن بهترین متفکران ایرانی و صداهای محذوف است. به همین ترتیب، به دنبال انتشار و ارتقای آثار مکتوب روشنفکران ایرانی هستیم که ایده های آنان توسط جمهوری اسلامی ممنوع شده است.

یکی از نقاط تمرکز تلاش توانا، ترجمه متون کلاسیک دموکراسی و مقالات معاصر در این باره و نیز ترجمه آثار مرتبط با جامعه مدنی، حقوق بشر، حاکمیت قانون، روزنامه نگاری، کنشگری و فن آوری اطلاعات و ارتباطات است. امید ما این است که این متون بتواند سهمی در غنای فردی هموطنان ایرانی و برساندن نهادهای دموکراتیک و جامعه ای باز در ایران داشته باشد. سپاسگزار بازتاب نظرات و پیشنهادهای شما

مریم معمارصادقی

اکبر عطری

M. Memaradeh

Akbar Attari

فهرست

۹	حق بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت
۱۱	بخش اول: محتوای کلی ماده ۱۲
۲۰	بخش دوم: تعهدات کشورهای عضو
۲۷	بخش سوم: نقض‌ها
۲۹	بخش چهارم: اجرا در سطح ملی
۳۲	بخش پنجم: تعهدات بقیه دست‌اندرکاران، سوای کشورهای عضو

سازمان ملل متحد
شورای اقتصادی و اجتماعی

E/C.۴/۲۰۰۰/۱۲
یازدهم آگوست ۲۰۰۰
متن اصلی: انگلیسی

نظریه تفسیری: حق بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت
کمیت حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی
نشست بیست و دوم
ژنو - بیست و پنجم آوریل تا دوازدهم می سال ۲۰۰۰

دستور کار شماره ۳
مسائل اساسی ناشی از اجرای میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی
نظریه تفسیری شماره ۱۴ (۲۰۰۰)

حق بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت

(ماده ۱۲ میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی)

۱. بهداشت به عنوان حق اولیه انسانی برای اعمال دیگر موارد حقوق بشری لازم الاجرا است. هر انسانی برای داشتن یک زندگی با منزلت، شایسته برخورداری از بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت است. تحقق حق بر سلامت می تواند از طرق مختلفی، روش های مکملی، همچون تدوین سیاست های بهداشتی، یا اجرای برنامه های بهداشتی که توسط سازمان بهداشت جهانی توسعه داده شده اند، یا تصویب اسناد حقوقی ویژه پیگیری شود. علاوه بر این، حق بر سلامت شامل ساز و کارهای خاصی است که از نظر قانونی قابل اجرا هستند.

۲. حق انسان بر سلامت در اسناد بین المللی متعددی به رسمیت شناخته شده است. ماده (۲۵.۱) اعلامیه جهانی حقوق بشر اذعان می دارد: «هر کس حق دارد

از سطح زندگی مناسبی جهت سلامت خود و خانواده‌اش، از حیث خوراک، پوشاک، مسکن، مراقبت‌های پزشکی و خدمات ضروری اجتماعی برخوردار باشد. میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامع‌ترین ماده در مورد حق بر سلامت را در میان دیگر قوانین بین‌المللی حقوق بشری ارائه می‌کند. طبق ماده (۱۲.۱) این میثاق، کشورهای عضو «برخورداری هر کس از بالاترین سطح قابل دسترس سلامت جسمی و روحی» را به رسمیت می‌شناسند، به طوری که ماده (۱۲.۲) با ذکر نمونه‌هایی، «اقداماتی که کشورهای عضو برای تأمین کامل این حق باید انجام دهند» را برشمرده است. علاوه بر آن، حق بر سلامت از جمله در ماده (۵.۴) کنوانسیون بین‌المللی رفع هر نوع تبعیض نژادی مصوب سال ۱۹۶۵ و ماده (و.۱.۱) و ۱۲ کنوانسیون رفع هر گونه تبعیض علیه زنان مصوب سال ۱۹۷۹، و در ماده ۲۴ کنوانسیون حقوق کودک مصوب سال ۱۹۸۹ به رسمیت شناخته شده است. چندین سند حقوق بشری منطقه‌ای دیگر نیز همچون منشور بازمینی شده اجتماعی اروپا مصوب ۱۹۶۱ (ماده ۱۱)، منشور آفریقایی حقوق بشر و مردم مصوب ۱۹۸۱ (ماده ۱۶)، و پروتکل الحاقی کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر در حوزه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۹۸۸ (ماده ۱۰) حق بر سلامت را به رسمیت شناخته‌اند. به همین نحو، کمیسیون حقوق بشر، و همچنین اعلامیه و برنامه عمل وین مصوب ۱۹۹۳ و دیگر اسناد بین‌المللی حق بر سلامت را محترم شمرده‌اند.

۳. حق بر سلامت ارتباط و وابستگی نزدیکی با تحقق دیگر حقوق انسانی دارد، چنانکه این حق در اسناد حقوقی بین‌المللی، همچون حق خوراک، حق مسکن، حق کار، حق تحصیل، حق منزلت انسانی، حق زندگی، حق عدم تبعیض، حق برابری، حق ممنوعیت شکنجه، حق حریم خصوصی، حق دسترسی به اطلاعات، حق آزادی انجمن، اجتماع و جنبش نیز گنجانده شده است. این‌ها هم‌پای دیگر حقوق و آزادی‌ها اجزایی جدایی‌ناپذیر از حق بر سلامت محسوب می‌شوند.

۴. در ارائه پیش‌نویس ماده ۱۲ این میثاق، کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل متحد، تعریف سلامت را که در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی اینگونه آمده است: «سلامتی یک حالت رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی است و نه تنها نبود بیماری یا ناتوانی» نپذیرفت. در هر صورت، اشاره ماده ۱۲.۱ این میثاق به «بالاترین سطح قابل دسترس سلامت جسمی و روحی» صرفاً محدود به مراقبت‌های بهداشتی نمی‌شود. برعکس، پیشینه و جمله‌بندی پیش‌نویس ماده ۱۲.۲ اذعان می‌دارد

که حق بر سلامت، طیف گسترده‌ای از عوامل اجتماعی-اقتصادی را در بر می‌گیرد به طوری که منجر به ارتقاء زندگی سالم، توسعه عوامل موثر بر سلامتی از قبیل خوراک و تغذیه، مسکن، دسترسی به آب سالم و قابل شرب و فاضلاب مناسب، شرایط کاری امن و سالم، و محیط زیستی سالم بشوند.

۵. این کمیته اذعان می‌دارد که هنوز برای میلیون‌ها نفر از مردم در سراسر جهان، برخوردار شدن از حق بر سلامت هدفی دور از دسترس است. علاوه بر این، در بسیاری از موارد، به خصوص برای کسانی که در تنگ‌دستی به سر می‌برند، این هدف بیشتر از دسترس دور می‌ماند. این کمیته اذعان می‌دارد که موانع ساختاری دشوار و دیگر موانع بین‌المللی و عوامل دیگری که خارج از کنترل دولت‌ها هستند، مانع از تحقق کامل ماده ۱۲ در بسیاری از کشورهای عضو می‌شوند.

۶. به منظور یاری رساندن به کشورهای عضو در اجرای مفاد این میثاق و تحقق تعهداتشان، این نظریه تفسیری بر روی محتوای کلی ماده ۱۲ (بخش اول)، تعهدات کشورهای عضو (بخش دوم)، نقض‌ها (بخش سوم)، و اجرا در سطح ملی (بخش چهارم) تمرکز دارد، حال آنکه تعهدات بقیه دست‌اندرکاران، سوای کشورهای عضو در بخش پنجم پیدا می‌شود. این نظریه تفسیری بر اساس تجربه این کمیته از بررسی گزارش‌های کشورهای عضو در طی چندین سال است.

بخش اول: محتوای کلی ماده ۱۲

۷. ماده ۱۲.۱ تعریفی از حق بر سلامت را ارائه می‌دهد، و در عین حال ماده ۱۲.۲ چند نمونه روشن از تعهدات کشورهای عضو را بدون ذکر جزئیات آن عنوان می‌کند.

۸. حق بر سلامت، صرفاً به عنوان حق سالم بودن در نظر گرفته نشده است. حق بر سلامت، آزادی و استحقاق را دربر می‌گیرد. آزادی شامل حق کنترل بر بدن و سلامت خود، همچون آزادی در امور جنسی و باروری، حق آزاد بودن از مزاحمت دیگران، مانند حق عدم شکنجه، حق عدم درمان و آزمایش پزشکی بدون رضایت است. برعکس، استحقاق شامل حق برخورداری از سیستمی است جهت حفظ سلامتی، به طوری که امکانات یکسانی برای مردم فراهم شود تا از بالاترین

سطح قابل دسترس سلامتی برخوردار شوند.

۹. مفهوم «بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت» در ماده ۱۲.۱ بر اساس پیش شرط‌های اجتماعی-اقتصادی و زیست محیطی فرد، و منابع در دسترس یک کشور است. وضعیت‌هایی وجود دارد که به خودی خود نمی‌تواند در روابط بین کشورها و افراد دخیل باشد؛ به طور مثال، سلامتی نمی‌تواند از طرف هیچ کشوری تضمین شود، و حتی کشورها قادر نخواهند بود در برابر هر آنچه که مسبب احتمالی بیماری آدمی می‌شود محافظت ایجاد کنند. بنابراین، عوامل ژنتیکی، در معرض بیماری قرار گرفتن فرد و اتخاذ شیوه زندگی ناسالم و مخاطره‌انگیز می‌تواند نقش مهمی در سلامت هر فرد داشته باشد. در نتیجه، حق بر سلامت باید به عنوان حق بهره‌مندی از انواع امکانات، کالاهای، خدمات و شرایط لازم برای تحقق بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت تلقی شود.

۱۰. از زمان تصویب دو میثاق بین‌المللی در سال ۱۹۶۶، وضعیت بهداشت جهانی به طور چشم‌گیری تغییر کرده است و مفهوم سلامت دستخوش تغییرات اساسی شده و دامنه آن نیز گسترده‌تر شده است. عوامل بیشتری همچون توزیع منابع و تفاوت‌های جنسیتی در مورد سلامت مورد توجه قرار گرفته‌اند. همچنین تعریف وسیع‌تری در مورد سلامت مورد نیاز است از جمله تأثیر نگرانی‌های اجتماعی همچون خشونت و درگیری‌های مسلحانه. علاوه بر این، بیماری‌هایی که قبلاً ناشناخته بودند، همچون ویروس اچ‌آی‌وی (HIV) و ایدز، و بیماری‌های دیگری که گسترده‌تر شده‌اند، همچون سرطان، پا به پای رشد سریع جمعیت جهان، موانع جدیدی را برای تشخیص حق بر سلامت ایجاد کرده‌اند که در تفسیر ماده ۱۲ نیاز است به آن‌ها توجه شود.

۱۱. این کمیته حق بر سلامت را، چنانکه در ماده ۱۲.۱ آمده، به عنوان حقی فراگیر تفسیر می‌کند که نه فقط مراقبت‌های بهداشتی به موقع و مناسب را در بر می‌گیرد بلکه همچنین عوامل موثر بر سلامتی، همچون دسترسی به آب سالم و قابل شرب و فاضلاب مناسب، عرضه کافی مواد غذایی سالم، تغذیه و مسکن، ایجاد ایمنی در محیط و محل کار، دسترسی به آموزش و اطلاعات مرتبط بهداشتی، همچون بهداشت جنسی و باروری را نیز شامل می‌شود. یکی دیگر از جنبه‌های مهم مشارکت مردم در تمام تصمیم‌گیری‌های مرتبط با بهداشت در سطح جامعه، کشور و بین‌الملل است.

۱۲. حق بر سلامت در تمام اشکال و سطوح خود شامل عوامل مرتبط و ضروری زیر و برنامه جامعی است که به شرایط حاکم در یک کشور خاص بستگی دارد:

الف) آمادگی. بهداشت عمومی و تجهیزات مراقبت‌های بهداشتی، کالاها و خدمات و همچنین برنامه‌های کارآمد باید به مقدار کافی در داخل کشور عضو فراهم باشد. کیفیت بالای تجهیزات، کالاها و خدمات به عوامل متعددی همچون سطح توسعه‌یافتگی کشور عضو بستگی دارد. بنابراین، آن‌ها شامل این عوامل زیربنایی بهداشتی هستند: آب سالم و قابل شرب و سیستم فاضلاب مناسب، بیمارستان، درمانگاه و دیگر ساختمان‌های مرتبط با بهداشت، پرسنل پزشکی و حرفه‌ای آموزش دیده‌ای که از میزان دستمزد رقابتی در داخل کشور بهره‌مند شوند، و داروهای ضروری بر حسب آنچه که در «برنامه عمل داروهای ضروری» سازمان بهداشت جهانی معین شده است.

ب) دسترسی. تجهیزات بهداشتی، کالاها و خدمات باید بدون تبعیض در دسترس هر شخصی، در سراسر قلمرو قانونی کشور عضو قرار بگیرد. دسترسی دارای چهار بُعد مشترک است:

عدم تبعیض: تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی باید، هم در قانون و هم در عمل، در دسترس همه مردم به خصوص اقشار آسیب‌پذیر و حاشیه‌نشین جامعه، بدون تبعیض نسبت به هیچ‌یک از گروه‌های نهمی شده قرار بگیرد.

دسترسی فیزیکی: تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی باید به طور فیزیکی و امن در دسترس تمام اقشار جامعه، به خصوص اقشار آسیب‌پذیر و حاشیه‌نشین، همچون اقلیت‌های قومی و بومی، زنان، بچه‌ها، نوجوانان، سالخوردگان، معلولین، و مبتلایان به اچ‌آی‌وی و ایدز قرار بگیرد. همچنین منظور از دسترسی این است که خدمات پزشکی و عوامل زیربنایی بهداشتی همچون آب سالم و قابل شرب و سیستم فاضلاب مناسب، به طور فیزیکی و صحیح حتی در مناطق روستایی قابل دریافت باشد. فراتر از این‌ها، دسترسی شامل امکان تردد آسان معلولین به داخل ساختمان‌ها نیز هست.

دسترسی اقتصادی (قدرت خرید): همه مردم باید قدرت خرید تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی را داشته باشند. برای دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی

و نیز خدمات مرتبط با عوامل زیربنایی بهداشتی، بر اساس اصل تساوی حقوق باید این اطمینان حاصل شود که این خدمات صرفه نظر از اینکه توسط بخش خصوصی یا بخش دولتی فراهم شده‌اند، امکان پرداخت برای همه به خصوص اقشار محروم میسر باشد. تساوی حقوق ایجاب می‌کند که خانواده‌های فقیر در مقایسه با خانواده‌های غنی تر نباید به طور نامتناسب متحمل هزینه‌های سنگین بهداشتی شوند.

دسترسی به اطلاعات: دسترسی شامل حق جستجو، دریافت و انتقال اطلاعات و ایده‌های سلامت محور است. با این حال، دسترسی به اطلاعات نباید حق محرمانه نگاه داشتن اطلاعات حین درمان شخص را نقض کند.

ج) مقبولیت. تمام تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی باید منطبق با اصول اخلاقی پزشکی بوده و تناسب فرهنگی داشته باشند، مثل محترم شمردن فرهنگ افراد، اقلیت‌ها، مردم و اجتماعات، همچنین حساس بودن نسبت به جنسیت و التزامات چرخه حیات، و نیز ملزم بودن به رازداری و بهبود وضعیت سلامتی افراد.

د) کیفیت. پا به پای مقبولیت فرهنگی، تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی نیز باید از نظر علمی و پزشکی متناسب بوده و از کیفیت بالایی برخوردار باشند. این مستلزم داشتن، از جمله، پرسنل پزشکی متخصص، تجهیزات بیمارستانی و داروهای تایید شده و تاریخ نگذشته، آب سالم و قابل شرب و سیستم فاضلاب مناسب است.

۱۳. فهرست غیر جامعی که در ماده ۱۲.۲ آمده راهنمایی است از آنچه که کشورهای عضو باید انجام دهند. این فهرست شامل نمونه‌هایی کلی و خاص از اقداماتی بر اساس تعریف گسترده حق بر سلامت است که در ماده ۱۲.۱ آمده است. بدین سبب برای روشن شدن مفهوم آن حق، در پاراگراف زیر نمونه‌هایی ذکر می‌شود.

ماده (الف. ۱۲.۲). حق مادری، کودک و بهداشت باروری

۱۴. «تلاش برای کاهش نرخ تولد نوزاد مرده و مرگ و میر نوزادان و برای رشد

سالم کودک» (ماده الف. ۱۲.۲) می تواند به عنوان اقدامات لازم برای بهبود سلامت کودک و مادر، خدمات بهداشت جنسی و باروری، از جمله دسترسی به برنامه های تنظیم خانواده، مراقبت های قبل و پس از زایمان، خدمات فوری زایمان و دسترسی به اطلاعات لازم، و همچنین دسترسی به منابع مورد نیاز جهت اقدام بر اساس آن اطلاعات تلقی شود.

ماده (ب. ۱۲.۲). حق داشتن طبیعت و محیط کار سالم

۱۵. «بهبود بهداشت محیط و بهداشت صنعتی از جمیع جهات» (ماده ب. ۱۲.۲) از جمله شامل اقدامات پیشگیرانه ای است در رابطه با حوادث ناشی از کار و بیماری؛ اطمینان حاصل کردن از تأمین کافی آب سالم و قابل شرب و سیستم اصولی فاضلاب؛ پیشگیری و کاهش در معرض تماس قرار گرفتن مردم از مواد زیان آوری همچون اشعه و مواد شیمیایی مضر یا دیگر شرایط مضر محیطی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر سلامتی انسان تأثیر می گذارند. علاوه بر این، منظور از بهداشت صنعتی، به حداقل رساندن عوامل خطرزا، البته در حد منطقی و عملی آن، در محیط کار است. ماده (ب. ۱۲.۲) همچنین مسکن مناسب و شرایط کاری امن و بهداشتی، تأمین کافی مواد غذایی و تغذیه مناسب، تشویق عدم استعمال بی رویه الکل، و عدم استعمال دخانیات، مواد مخدر و دیگر مواد مضر را در بر می گیرد.

ماده (ج. ۱۲.۲). حق پیشگیری، درمان و کنترل بیماری ها

۱۶. «پیشگیری، درمان، و کنترل بیماری های مسری، بومی، شغلی و سایر بیماری ها» (ماده ج. ۱۲.۲) مستلزم تهیه برنامه هایی جهت پیشگیری و آموزش مسائل مربوط به بهداشت رفتاری همچون بیماری های مقاربتی، مخصوصاً اچ آی وی و ایدز، و بیماری هایی که بر روی بهداشت جنسی و باروری اثری مخرب دارند، و ترویج عوامل اثرگذار مثبت اجتماعی بر روی سلامتی، همچون ایمنی محیط زیست، تحصیلات، توسعه اقتصادی و برابری جنسیتی است. حق درمان شامل ایجاد سیستم مراقبت های فوری پزشکی جهت سوانح، شیوع بیماری های مسری و مخاطرات مشابه، و امدادرسانی و کمک های بشر دوستانه در مواقع اضطراری است. کنترل بیماری ها به تلاش های فردی و مشترک با دولت، از جمله، دسترسی به فناوری های مربوطه، به کارگیری و بهبود نظارت بر بیماری های مسری و جمع آوری داده ها به طور جداگانه، اجرا یا تقویت برنامه های ایمن سازی و دیگر استراتژی ها جهت کنترل بیماری های عفونی بستگی دارد.

ماده (د. ۱۲.۲). حق داشتن تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی

۱۷. «ایجاد شرایطی که در صورت ابتلا به بیماری، از تأمین خدمات پزشکی و مراقبت‌های پزشکی اطمینان حاصل شود» (ماده د. ۱۲.۲)، هم به صورت جسمی است و هم به صورت روحی، و شامل ارائه این موارد می‌شود: دسترسی برابر و به موقع جهت پیشگیری، درمان، خدمات توان بخشی و آموزش بهداشتی اولیه؛ برنامه‌های معاینات منظم؛ درمان مناسب بیماری‌های شایع، امراض، جراحات و معلولیت‌ها، ترجیحاً در همان جامعه؛ تهیه داروهای ضروری؛ و درمان و مراقبت مناسب از بیماری‌های روحی. یکی دیگر از جنبه‌های مهم، بهبود و پیشبرد مشارکت مردم در پیشگیری و ارائه خدمات پزشکی، همچون بخش بهداشت و درمان سازمانی، سیستم بیمه، و به ویژه مشارکت در تصمیم‌گیری‌های سیاسی مرتبط با حق بر سلامت است که در سطح جامعه و کشور گرفته می‌شود.

ماده ۱۲. مباحثی خاص از کاربردی گسترده

درمان برابر و عدم تبعیض

۱۸. طبق ماده ۱۲.۲ و ماده ۳، این میثاق هر گونه تبعیض در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و عوامل زیربنایی بهداشتی، و نیز استفاده از ساز و کاری برای تهیه آن‌ها، بر اساس نژاد، رنگ، جنسیت، زبان، مذهب، عقاید سیاسی یا هر عقیده دیگری، ملیت و طبقه اجتماعی، دارایی، تولد، معلولیت‌های جسمی یا روحی، وضعیت سلامتی (همچون اچ‌آی‌وی و ایدز)، گرایش‌های جنسی، و وضعیت مدنی، سیاسی، اجتماعی، یا هر وضعیت دیگری، به طوری که به قصد از میان بردن یا خدشه‌دار کردن دسترسی یا استفاده یکسان از حق بر سلامت باشد را ممنوع کرده است. این کمیته تأکید می‌کند که بسیاری از اقدامات، همچون بیشتر استراتژی‌ها و برنامه‌های طراحی شده برای از میان بردن تبعیض‌های مرتبط با سلامتی، می‌توانند با حداقل منابع از طریق تصویب، اصلاح یا لغو قانون یا انتشار اطلاعات تحقق یابند. این کمیته نظریه تفسیری شماره ۳، پاراگراف ۱۲ را یادآور می‌شود که اذعان می‌دارد حتی با محدودیت شدید منابع هم اقتدار آسیب‌پذیر جامعه باید با تصویب برنامه‌های کم هزینه‌تر تحت پوشش قرار بگیرند.

۱۹. با توجه به حق بر سلامت، باید بر روی دسترسی یکسان به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات بهداشتی تأکید شود. کشورها تعهد خاصی دارند تا این‌ها را برای

آن دسته از افرادی که امکانات مناسبی همچون بیمه سلامتی و امکانات مراقبت‌های بهداشتی ندارند فراهم کنند، و تحریم‌های بین‌المللی نباید باعث ایجاد تبعیض در دسترسی افراد به مراقبت‌های بهداشتی و خدمات بهداشتی بشود، به خصوص با توجه به تعهدات عمیقی که نسبت به حق بر سلامت دارند. تخصیص منابع بهداشتی نامناسب می‌تواند منجر به تبعیض‌های پنهان شود. به عنوان مثال، سرمایه‌گذاری‌ها نباید به جای اینکه صرف مراقبت‌های بهداشتی اولیه و پیشگیرانه‌ای شود که بخش اعظمی از جامعه از آن بهره‌مند می‌شوند، به طور نامتناسب صرف خدمات درمانی گران‌قیمتی شود که معمولاً در دسترس بخش مرفه و کوچکی از جامعه است.

دیدگاه جنسیتی

۲۰. این کمیته توصیه می‌کند که کشورها، دیدگاه جنسیتی را در سیاست‌ها، طرح‌ها، برنامه‌ها، و پژوهش‌های خود به منظور ارتقاء سطح سلامت زنان و مردان بگنجانند. نگرش مبتنی بر جنسیت، نقش مهم تأثیر عوامل بیولوژیکی و اجتماعی - فرهنگی بر سلامتی مردان و زنان را محترم می‌شمارد. تفکیک داده‌های بهداشتی و اجتماعی - فرهنگی بر اساس جنسیت برای تشخیص و درمان بیماری ضروری است.

زنان و حق بر سلامت

۲۱. برای از میان برداشتن تبعیض علیه زنان، باید یک استراتژی جامع در سطح ملی را برای ترویج حق سلامت زنان در طول زندگیشان تهیه کرد و به مرحله اجرا درآورد. این استراتژی باید اقداماتی در خصوص پیشگیری و درمان بیماری‌های زنان، و نیز امکان دسترسی آنان به طیف گسترده‌ای از امکانات مطلوب و مقرون به صرفه پزشکی، همچون مسائل امور آمیزشی و باروری را در بر بگیرد. هدف اصلی، کاهش مخاطرات بهداشتی زنان، به ویژه کاهش میزان مرگ و میر و حفاظت زنان از خشونت‌های خانگی است. تحقق حق زنان بر سلامت نیازمند رفع تمام موانعی است که مانع از دسترسی آنان به مراقبت‌های بهداشتی، آموزش و اطلاعات، و همچنین مسائل بهداشت جنسی و باروری می‌شود. برای حفاظت زنان از تأثیر آداب و رسوم سنتی فرهنگی زیان‌آور و هنجارهایی که حق کامل باروری آن‌ها را زایل می‌کند بر عهده گرفتن اقدامات پیشگیری، ترویجی، و درمانی نیز اهمیت دارد.

کودکان و نوجوانان

۲۲. ماده (الف. ۱۲.۲) نظری اجمالی دارد بر نیاز به اقداماتی که منجر به کاهش

مرگ و میر نوزادان و ترویج رشد سالم نوزادان و کودکان بشود. در نتیجه، اسناد بین‌المللی حقوق بشری حق برخورداری کودکان و نوجوانان از بالاترین سطح بهداشت و دسترسی آنان به امکانات درمانی را به رسمیت می‌شناسد. کنوانسیون حقوق کودک از کشورها می‌خواهد تا در مورد دسترسی کودک و خانواده او به خدمات بهداشتی ضروری، همچون مراقبت‌های قبل و پس از زایمان اطمینان حاصل کنند. این کنوانسیون چنین اهدافی را با اطمینان حاصل کردن از دسترسی به اطلاعات کودک محور جهت پیشگیری و نیز ارتقاء رفتار سالم، و پشتیبانی خانواده‌ها و جوامع جهت پیاده کردن این اقدامات مرتبط می‌کند. اجرای اصل عدم تبعیض مستلزم این است که دخترها، و همچنین پسرها، دسترسی یکسانی به تغذیه مناسب، محیط امن، و خدمات بهداشتی جسمی و روحی داشته باشند. این نیاز وجود دارد که برای لغو شیوه‌های سنتی مضر که بر سلامت کودکان، به خصوص دخترها اثر می‌گذارند از جمله ازدواج زودهنگام، ختنه دختران، تغذیه ترجیحی و مراقبت از فرزندان پسر اقدامات مناسب و موثری صورت گیرد. به کودکان معلول باید این فرصت داده شود تا از یک زندگی کامل و مطلوب برخوردار شوند و در جامعه خود مشارکت داشته باشند.

۲۳. کشورهای عضو باید محیطی امن و مشوقانه را برای نوجوانان فراهم کنند به طوری که فرصت مشارکت در تصمیماتی که بر سلامت آنان اثر می‌گذارد، آموزش مهارت‌های زندگی، کسب اطلاعات مناسب، دریافت مشاوره و تبادل نظر نسبت به انتخاب رفتارهای سالم را تضمین کند. تحقق حق سلامت نوجوانان به توسعه مراقبت‌های بهداشتی جوانان بستگی دارد، و در برگیرنده احترام به مسائل محرمانه و حریم خصوصی و ارائه خدمات بهداشتی مناسب برای امور آمیزشی و باروری است.

۲۴. در تمام سیاست‌ها و برنامه‌ها، تضمین حق بر سلامت کودکان و نوجوانان و منافع تمام و کمال آنان باید به عنوان یک اصل در نظر گرفته شود.

افراد مسن

۲۵. برای تحقق حق بر سلامت افراد مسنتر، این کمیته، طبق پاراگراف ۳۴ و ۳۵ نظریه تفسیری شماره ۵ (۱۹۹۵)، بر اهمیت رویکردی جامع، و ادغام مراحل پیشگیری، درمانی و توان‌بخشی تأکید مجدد دارد. این اقدامات باید بر اساس معاینات دوره‌ای برای هر دو جنس؛ اقدامات توان‌بخشی جسمی و روحی به منظور حفظ کارایی و

استقلال افراد مستتر؛ و توجه و مراقبت از بیماران علجانپذیر باشد، به طوری که درد کمتری را متحمل شوند و مرگی با عزت داشته باشند.

افراد معلول

۲۶. این کمیته بر پاراگراف ۳۴ از نظریه تفسیری شماره ۵ خود، بر مسئله افراد معلول تمرکز کرده و بر روی حق بهداشت جسمی و روحی تاکید مجدد دارد. به علاوه، این کمیته تأکید دارد تا اطمینان حاصل کند که نه فقط توزیع کنندگان بخش دولتی بلکه بخش خصوصی هم در ارائه خدمات و تجهیزات بهداشتی، اصل عدم تبعیض نسبت به افراد معلول را رعایت کنند.

افراد بومی

۲۷. در پرتو قوانین بین‌المللی نوظهور و کارها و اقدامات اخیر که کشورها در رابطه با افراد بومی برداشته‌اند، این کمیته آن را جهت تشخیص عوامل کمک‌کننده بر مشخص شدن حق بر سلامت افراد بومی مفید می‌داند تا بدین طریق کشورها نیز بهتر بتوانند مفاد ماده ۱۲ را در مورد افراد بومی پیاده کنند. این کمیته معتقد است که این حق افراد بومی است تا اقدامات خاصی جهت بهبود دسترسی آنان به خدمات بهداشتی و درمانی صورت گیرد. این خدمات بهداشتی باید از نظر فرهنگی مناسب باشد و به روش‌های پیشگیری، نحوه درمان و داروهای سنتی نیز توجه کند. کشورها باید چنین منابعی که طراحی، ارائه و کنترل چنین خدماتی را برای افراد بومی به عهده می‌گیرند فراهم کنند تا مردم از بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت جسمی و روحی برخوردار شوند. از گیاهان دارویی، حیوانات و مواد معدنی که برای برخورداری افراد بومی از سلامتی کامل ضروری است باید محافظت شود. این کمیته اشاره می‌کند که در جوامع بومی، سلامتی هر فرد اغلب به سلامتی کل جامعه گره خورده و بُعد جمعی دارد. از این نظر، این کمیته از فعالیت‌های عمرانی که منجر به آوارگی ناخواسته افراد بومی از محیط و خواستگاه سنتی‌شان می‌شود، و نادیده گرفتن منابع تغذیه آن‌ها و قطع رابطه همزیستی آن‌ها با زمین‌هایشان که بر سلامتی آن‌ها اثر زیان‌آوری می‌گذارد ابراز نگرانی می‌کند.

محدودیت‌ها

۲۸. کشورها بعضاً از مسائل بهداشت عمومی به عنوان زمینه‌ای برای محدود کردن دیگر حقوق بنیادی استفاده می‌کنند. این کمیته مایل است تأکید کند که شرط

محدودیت ذکر شده در ماده ۴ میثاق، در درجه اول برای حفظ حقوق افراد در نظر گرفته شده و نه اینکه مجوزی باشد برای اعمال محدودیت توسط کشورها. در نتیجه وقتی یک کشور عضو، به عنوان مثال، جنبش افراد مبتلا به بیماری‌های مسری همچون اچ‌آی‌وی و ایدز را محدود، و یا آنان را زندانی می‌کند، و امکان درمان کسانی که آن‌ها را در زمره مخالفین دولت می‌داند را از پزشکان می‌گیرد، یا به دلایلی همچون امنیت ملی یا حفظ نظم عمومی از مصون‌سازی بیماری‌های عفونی مهم جامعه سر باز می‌زند، توجیه چنین اقدامات مهمی را با توجه به عوامل ذکر شده در ماده ۴ می‌داند. چنین محدودیت‌هایی باید منطبق بر قانون، و استانداردهای بین‌المللی حقوق بشر باشد، و با ماهیت حقوق تعیین شده در میثاق سازگار، و به نفع اهداف مشروعی که در آن آمده است باشد، و برای ارتقاء رفاه عمومی در یک جامعه دموکراتیک شدیداً ضرورت داشته باشند.

۲۹. در راستای ماده ۵.۱، چنین محدودیت‌هایی باید تناسب داشته باشند، به عنوان مثال در جایی که محدودیت‌های متعددی وجود دارد، کمترین حد ممکن این محدودها باید به تصویب برسند. حتی در جایی که چنین محدودیت‌هایی اساساً بر مبنای حفاظت از بهداشت عمومی وضع شده‌اند، مدت زمان آن‌ها باید محدود و قابل بررسی مجدد باشد.

بخش دوم: تعهدات کشورهای عضو

تعهدات قانونی عمومی

۳۰. در عین اینکه این میثاق برای تحقق تدریجی گام برمی‌دارد و به دلیل محدودیت منابع موجود، به موانع هم اذعان دارد، ولی در عین حال تعهدات متعددی که بلافاصله قابلیت اجرایی دارند را برای کشورهای عضو تعیین می‌کند. کشورهای عضو در رابطه با حق بر سلامت، تعهداتی فوری همچون اجرای این حق بدون هیچ‌گونه تبعیضی (ماده ۲.۲) و تعهد به برداشتن گام‌هایی (ماده ۲.۱) جهت تحقق کامل ماده ۱۲ را دارند. چنین گام‌هایی باید حساب شده، مشخص و به منظور تحقق کامل حق بر سلامت باشد.

۳۱. تحقق تدریجی حق بر سلامت در طول دوره زمانی، نباید حمل بر کوتاهی

کشورهای عضو نسبت به انجام تمام تعهدات اصلی‌شان بشود. در عوض، تحقق تدریجی به این معنا است که کشورهای عضو تعهد ویژه و مداومی دارند که تا حد ممکن سریع‌تر و موثرتر برای تحقق کامل ماده ۱۲ گام بردارند.

۳۲. همانند دیگر حقوق این میثاق، این استنباط قاطع وجود دارد که اقدامات واپس‌گرا در رابطه با حق بر سلامت مجاز نیستند. اگر عمداً هرگونه اقدام واپس‌گرایانه‌ای برداشته شود، کشور عضو باید اثبات کند که این اقدام پس از بررسی دقیق تمام گزینه‌های دیگر انجام شود و هم‌منطور با توجه به مجموعه حقوق مطرح شده در میثاق به منظور استفاده حداکثری از تمام منابع موجود در کشور عضو، این اقدام با رعایت تشریفات قانونی تایید شده باشد.

۳۳. حق بر سلامت، همانند دیگر موارد حقوق بشری، سه نوع یا سه سطح از تعهدات را برای کشورهای عضو به همراه دارد: تعهد به احترام، تعهد به محافظت، و تعهد به تحقق. به ترتیب، تعهد به تحقق شامل تعهد به تسهیل، ارائه و ارتقاء است. تعهد به احترام، کشورها را ملزم می‌کند تا به هیچ شکل مستقیم یا غیر مستقیم برای برخورداری از حق بر سلامت ممانعت ایجاد نکنند. تعهد به محافظت، کشورها را ملزم می‌کند تا تصمیماتی اتخاذ کنند که هیچ شخص ثالثی مانع از انجام ضمانت‌های ماده ۱۲ نشوند. در نهایت، تعهد به تحقق، کشورها را ملزم می‌کند تا برای تحقق کامل حق بر سلامت، قوانین مناسب وضع کنند و اقدامات مناسب اداری، بودجه‌بندی، قضایی، تبلیغاتی و دیگر موارد را انجام دهند.

تعهدات قانونی خاص

۳۴. به طور خاص، کشورها متعهد به محترم شمردن حق بر سلامت هستند، از جمله، پرهیز از نادیده گرفتن یا محدود کردن دسترسی یکسان همه مردم، همچون زندانیان و بازداشتی‌ها، اقلیت‌ها، پناهجویان و مهاجران غیر قانونی به خدمات بهداشتی پیشگیرانه، درمانی و یا دارویی؛ پرهیز از اجرای شیوه‌های تبعیض‌آمیز به عنوان یک رویه دولتی؛ و پرهیز از اقدامات تبعیض‌آمیز نسبت به وضعیت سلامت زنان و نیازهای آنها. علاوه بر این، تعهدات به احترام شامل تعهد یک کشور به پرهیز از منع یا نهی کردن روش‌های پیشگیری، درمان و داروهای سنتی، خرید و فروش داروهای ناسالم، و اقدام به درمان پزشکی اجباری است، مگر در موارد استثنایی جهت درمان بیماران روانی یا پیشگیری و کنترل بیماری‌های مسری. چنین موارد استثنایی باید منوط به

شرایط خاص و محدود، و با در نظر گرفتن بهترین شیوه‌ها و استانداردهای بین‌المللی، از جمله اصول حمایت از بیماری‌های روانی و اصلاح روان‌درمانی باشد.

علاوه بر این، کشورها باید از محدود کردن دسترسی به قرص‌های ضد بارداری و دیگر وسایلی که مربوط به بهداشت جنسی و باروری می‌شوند، سانسور، منع یا بد تعبیر کردن عمدی اطلاعات مربوط به بهداشت، از جمله، اطلاعات و آموزش‌های جنسی، و جلوگیری از مشارکت مردم در امور مربوط به بهداشت خودداری کنند. کشورها باید از آلاینده‌های غیر مجاز هوا، آب و خاک، و امثال آن که از طریق زباله‌های صنعتی مربوط به کارخانه‌های دولتی حاصل می‌شوند، از استفاده یا آزمایش سلاح‌های هسته‌ای، بیولوژیکی یا شیمیایی چنانچه چنین آزمایشات اثری مضر بر سلامت انسان بگذارند، و از محدود کردن دسترسی به خدمات بهداشتی به عنوان اقدامی تنبیهی، مثلاً در خلال درگیری‌های مسلحانه که ناقض قوانین بین‌المللی بشر دوستانه هستند خودداری کنند.

۳۵. تعهدات محافظت کردن از جمله شامل وظیفه کشورها است که با تصویب قوانین یا دیگر اقدامات، از دسترسی برابر به مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی ارائه شده توسط اشخاص ثالث اطمینان حاصل کنند؛ اطمینان حاصل کنند که خصوصی سازی بخش بهداشت و درمان تهدیدی برای مقبولیت، دسترسی، پذیرش و کیفیت تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی محسوب نمی‌شود؛ خرید و فروش تجهیزات پزشکی و دارویی که توسط شخص ثالث انجام می‌شود را کنترل کنند؛ و از سطح استاندارد مناسب آموزشی، مهارتی، و نظامنامه اخلاقی پزشکان و متخصصان امور سلامتی اطمینان حاصل کنند. کشورها همچنین تعهد دارند تا از عدم اثرگذاری اقدامات اجتماعی یا سنتی مضر بر روی مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان و برنامه تنظیم خانواده اطمینان حاصل کنند؛ از تحمیل شیوه‌های سنتی به زنان، همچون ختنه زنان توسط اشخاص ثالث جلوگیری به عمل آید؛ اقداماتی برای محافظت از تمام گروه‌های آسیب‌پذیر یا حاشیه‌نشین جامعه، به خصوص زنان، کودکان، نوجوانان و افراد مسن نسبت به کاربرد الفاظ جنسی خشونت‌آمیز انجام گیرد. کشورها همچنین باید اطمینان حاصل کنند که اشخاص ثالث، دسترسی مردم به اطلاعات و خدمات بهداشتی را محدود نکنند.

۳۶. تعهد به تحقق، کشورهای عضو را ملزم می‌کند به از جمله رسمیت بخشیدن به حق بر سلامت در سیستم‌های سیاسی و حقوقی کشوری، ترجیحاً از طریق مجرای

قانونی، و اتخاذ سیاست‌های ملی بهداشتی با برنامه‌ریزی دقیق برای تحقق حق بر سلامت. کشورها باید از ارائه مراقبت‌های بهداشتی، از جمله برنامه‌های ایمن‌سازی در برابر بیماری‌های عفونی، و دسترسی برابر به تمام عوامل زیربنایی بهداشتی، از قبیل مواد غذایی مقوی و سالم و آب آشامیدنی، سیستم اصولی فاضلاب و مسکن مناسب و شرایط زندگی اطمینان حاصل کنند. فراهم ساختن زیرساخت‌های بهداشت عمومی برای بهداشت آمیزشی و باروری همچون مسائل ایمنی مربوط به مادر به ویژه در مناطق روستایی. کشورها باید از آموزش مناسب پزشکان و دیگر پرسنل درمانی، از وجود تعداد کافی بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، و دیگر تجهیزات پزشکی، ارتقاء و پشتیبانی از ایجاد نهادهای مشاوره‌ای و خدمات روانی، و توزیع عادلانه آن‌ها در سراسر کشور اطمینان حاصل کنند. تعهدات بیشتر عبارتند از ارائه سیستم بهداشت و درمان دولتی، خصوصی یا ادغامی که برای همه مردم از نظر هزینه قابل استفاده باشد، ارتقاء تحقیقات پزشکی و آموزش بهداشت، و همچنین کمپین‌های اطلاع‌رسانی به ویژه در رابطه با اچ‌آی‌وی و ایدز، بهداشت جنسی و باروری، شیوه‌های سنتی، خشونت‌های خانگی، و زیاده‌روی در نوشیدن الکل و استعمال سیگار، مواد مخدر، و مواد مضر دیگر. کشورها همچنین ملزم به اتخاذ اقداماتی در برابر خطرات زیست محیطی و شغلی و هرگونه بیماری مسری تهدیدکننده دیگری هستند. به این منظور آن‌ها باید در تدوین و اجرای سیاست‌های ملی با هدف کاهش آلودگی هوا، آب و خاک، از قبیل آلودگی‌های ناشی از فلزات سنگین همچون سرب در بنزین گام بردارند. علاوه بر این، کشورهای عضو ملزم هستند تا با تشکیل، اجرا و بررسی منظم یک سیاست ملی منسجم، خطر سوانح و ابتلا به بیماری‌ها را به حداقل برسانند و همچنین یک سیاست ملی منسجم جهت برخورداری از ایمنی و بهداشت شغلی را ارائه نمایند.

۳۷. تعهد به تحقق (تسهیل)، کشورها را ملزم می‌کند به از جمله انجام اقدامات مثبتی که باعث برخورداری افراد و جوامع از حق بر سلامت می‌شود. کشورهای عضو همچنین متعهد به تحقق (تامین) حق ویژه‌ای هستند که در میثاق درج شده و آن هنگامی است که افراد یا گروهی، با همه استطاعتی که دارند، به دلایلی خارج از کنترل خود، قادر به وصول حق خود نیستند. تعهد به تحقق (ارتقاء) حق بر سلامت، کشورها را ملزم می‌کند تا اقداماتی جهت ایجاد، حفظ و بازپروری سلامت مردم انجام دهند. این تعهدات شامل: الف) شناخت عواملی که به رشد سالم کمک می‌کنند، مثل تحقیق و ارائه اطلاعات؛ ب) اطمینان حاصل کردن از اینکه خدمات

بهداشتی از نظر فرهنگی متناسب باشد و پرسنل پزشکی آموزش لازم را دیده و قادر به رفع نیازهای خاص قشر آسیب‌پذیر و حاشیه‌نشین هستند ج) اطمینان از اینکه کشور در انتشار اطلاعات مناسب مربوط به سبک زندگی و تغذیه سالم، و شیوه‌های سنتی زیان‌آور و خدمات قابل دسترس قادر به انجام تعهدات خود است. د) حمایت از مردم جهت اتخاذ تصمیمات درست نسبت به سلامتی‌شان.

تعهدات بین‌المللی

۳۸. این کمیته در نظریه تفسیری شماره ۳ خود، به گام‌هایی توجه می‌کند که کشورهای عضو متعهد به برداشتن آن به صورت مجزا و یا از طریق کمک و همکاری‌های بین‌المللی، مخصوصاً اقتصادی و فنی، برای تحقق کامل حقوقی که در میثاق به رسمیت شناخته شده، مانند حق بر سلامت هستند. در لوای ماده ۵۶ منشور سازمان ملل، شروط مشخص میثاق «۱۲.۲.۱»، ۲۲ و ۲۳ و اعلامیه آلماتا در مورد مراقبت‌های بهداشتی اولیه، کشورهای عضو باید نقش حیاتی همکاری‌های بین‌المللی را به رسمیت بشناسند و مطابق با تعهد خود، اقدام مشترک و جداگانه‌ای برای دستیابی به تحقق کامل حق بر سلامت انجام دهند. در این راستا، کشورهای عضو به اعلامیه آلماتا ارجاع داده می‌شوند که اعلام می‌کند نابرابری فاحش موجود در وضعیت سلامت مردم، به ویژه بین کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه یافته، و همچنین در داخل خود کشورها، از نظر سیاسی، اجتماعی، و اقتصادی غیر قابل پذیرش است، به این جهت، این نگرانی مشترک تمام کشورها است.

۳۹. برای انجام تعهدات بین‌المللی در رابطه با ماده ۱۲، کشورهای عضو باید به برخورداری شدن دیگر کشورها از حق بر سلامت احترام بگذارند، و در حد توان از طریق ابزارهای قانونی و سیاسی که منطبق بر منشور سازمان ملل و قوانین قابل اجرای بین‌المللی هستند جلوی اشخاص ثالثی را که ناقض حق بر سلامت در دیگر کشورها هستند بگیرند. با توجه به در دسترس بودن منابع، کشورها باید امکان دسترسی به تجهیزات، کالاها و خدمات ضروری بهداشتی موجود در دیگر کشورها را در زمان مورد نیاز، از هر جای ممکن که این کمک‌های ضروری قابل دریافت باشند فراهم کنند. کشورهای عضو باید در نظر داشته باشند که حق بر سلامت با توجه به توافقنامه‌های بین‌المللی حاصل شده است، لذا بدین منظور، سامان بخشیدن اسناد حقوقی بیشتری را باید مد نظر داشته باشند. در رابطه با پیامد دیگر توافقات بین‌المللی، کشورهای عضو باید جهت اطمینان حاصل کردن از عدم تأثیر منفی این اسناد نسبت

به حق بر سلامت گام‌هایی را بردارند. به همین سیاق، کشورهای عضو میثاق، به عنوان اعضای سازمان‌های بین‌المللی تعهد دارند که از مطابقت اقدامات خود با حق بر سلامت اطمینان حاصل کنند. بر این اساس، کشورهای عضو که اعضای موسسات مالی بین‌المللی، بانک جهانی، و بانک‌های توسعه منطقه‌ای هستند، باید توجه مضاعفی به حفاظت از حق بر سلامت که تأثیری بر سیاست‌های اعطایی وام، توافقنامه‌های اعتباری، و اقدامات بین‌المللی این موسسات دارند بکنند.

۴۰. کشورهای عضو یک مسئولیت مشترک و فردی دارند، به طوری که طبق منشور سازمان ملل و قطعنامه‌های مربوطه در مجمع عمومی سازمان ملل و مجمع جهانی بهداشت، در امدادسانی و کمک‌های بشردوستانه در مواقع اضطراری، از جمله کمک به پناهندگان و بی‌سرنهادهان داخل کشور همکاری کنند. هر کشور باید با تمام قوای خود در انجام این وظیفه کوشا باشد. اولویت در ارائه کمک‌های پزشکی بین‌المللی، توزیع و مدیریت منابع، همچون آب سالم و قابل شرب، مواد غذایی و دارویی، و کمک‌های مالی به آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه و حاشیه‌نشینان است. علاوه بر این با توجه به اینکه برخی از بیماری‌ها به راحتی از مرزهای یک کشور فراتر رفته و منتقل می‌شوند، جامعه بین‌الملل نسبت به این معضل مسئولیت جمعی دارد. کشورهای عضو که از نظر اقتصادی توسعه یافته هستند، در کمک به کشورهای کمتر توسعه یافته، ذی‌نفع هستند و مسئولیت ویژه‌ای در این زمینه دارند.

۴۱. کشورهای عضو همواره باید از تحریم یا هرگونه اقدامات محدودکننده مشابه جهت عرضه داروها و تجهیزات پزشکی مناسب از کشوری دیگر خودداری کنند. از محدود ساختن چنین محصولاتی هرگز نباید به عنوان اهرم فشار سیاسی و اقتصادی استفاده شود. در این راستا، این کمیته موضع خود را در مورد ارتباط بین تحریم‌های اقتصادی و احترام به حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که در نظریه تفسیری شماره ۸ درج شده یادآوری می‌کند.

۴۲. در عین حال که تنها کشورهای عضو این میثاق پاسخگوی نهایی رعایت مفاد این میثاق هستند، اما تمامی اعضای جامعه - و تک تک افراد، از جمله متخصصان بهداشت، خانواده‌ها، اجتماعات محلی، سازمان‌های دولتی و غیر دولتی، سازمان‌های جامعه مدنی، و همچنین بخش مشاغل خصوصی نیز نسبت به تحقق حق بر سلامت مسئول هستند. بنابراین کشورهای عضو باید فضایی را برای ایفای این مسئولیت‌ها

فراهم کنند.

تعهدات اصلی

۴۳. در نظریه تفسیری شماره ۳، این کمیته تأیید می‌کند که تعهد اصلی کشورهای عضو اطمینان حاصل کردن از دست کم پایین‌ترین حد قابل قبول هر یک از حقوق تصریح شده در میثاق، از جمله مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. اسناد معاصر مربوطه بیشتری همچون برنامه عمل مصوب کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه، اعلامیه آلما آتا که راهنمای مبسوطی در مورد تعهدات اصلی منطبق بر ماده ۱۲ ارائه می‌دهند را بخوانید. بنابراین، از نظر این کمیته، تعهدات اصلی دست کم شامل تعهدات زیر است:

- الف) اطمینان از حق دسترسی به تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی، بدون هیچ‌گونه تبعیضی، به خصوص برای قشر آسیب‌پذیر یا حاشیه‌نشینان؛
- ب) اطمینان از دسترسی به حداقل مواد غذایی ضروری که به حد کافی مقوی و سالم باشد، و اطمینان از اینکه هیچکس گرسنه نمی‌ماند.
- ج) اطمینان از دسترسی به سرپناه، مسکن و فاضلاب اصولی، و ارائه کافی آب سالم و قابل شرب؛
- د) تأمین داروهای ضروری، که به طور مرتب توسط «برنامه عمل داروهای ضروری» سازمان بهداشت جهانی مشخص می‌شوند؛
- ر) اطمینان از توزیع عادلانه تمام تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی؛
- ز) تصویب و اجرای استراتژی ملی بهداشت و برنامه عمل، بر اساس مستندات فراگیر که سلامت کل جامعه را مد نظر بگیرد؛ استراتژی و برنامه عمل باید بر اساس یک فرایند مشارکتی و شفاف، طراحی و به طور مرتب بازبینی شود؛ آن‌ها باید شامل روش‌هایی، همچون شاخص‌ها و معیارهایی جهت سنجش حق بر سلامت باشند تا توسط آن‌ها بتوان میزان پیشرفت را به دقت نظر قرار داد؛ فرایندی که طراحی استراتژی و برنامه عمل، و محتوای آن را بر عهده دارد، باید توجه خاصی نسبت به تمام اقشار آسیب‌پذیر و حاشیه‌نشینان داشته باشد.

۴۴. این کمیته همچنین تأیید می‌کند که تعهدات زیر از همان درجه اهمیت برخوردار هستند:

- الف) اطمینان از مراقبت‌های بهداشتی باروری، زایمان (قبل و بعد از آن) و کودک؛

ب) ایمن سازی نسبت به بیماری های عفونی مهمی که در جامعه اتفاق می افتند؛
 ج) انجام اقداماتی جهت پیشگیری، درمان و کنترل بیماری های مسری و بومی؛
 د) تسهیل آموزش و دسترسی به اطلاعات مربوط به مشکلات بهداشتی عمده جامعه، از جمله روشهای پیشگیری و کنترل آنها؛
 ر) ارائه آموزش مناسب پرسنل پزشکی، از جمله آموزش بهداشت و حقوق بشر

۴۵. برای اجتناب از هر گونه تردید، این کمیته مایل است تا به خصوص به کشورهای عضو و دیگر دست اندرکارانی که همیار هستند تأکید کند تا «کمک ها و همکاری های بین المللی، علی الخصوص در زمینه اقتصادی و فنی» خود را ارائه دهند تا کشورهای توسعه یافته قادر باشند تعهدات اصلی و دیگر تعهدات مندرج در پاراگراف ۴۳ و ۴۴ فوق را به اجرا در آورند.

بخش سوم: نقض ها

۴۶. وقتی محتوای کلی ماده ۱۲ (بخش اول) مشمول تعهدات کشورهای عضو (بخش دوم) قرار می گیرد، یک فرایند پویا جهت تسهیل شناسایی نقض های حق بر سلامت ایجاد می شود. پاراگراف های زیر نمایی از نقض های ماده ۱۲ را ارائه می دهد.

۴۷. در تعیین اینکه چه حجمی از اقدامات یا غفلت ها نسبت به نقض حق بر سلامت صورت گرفته، این مهم است که بین ناتوانی یا عدم تمایل یک کشور عضو جهت انجام تعهدات خود نسبت به ماده ۱۲ تفاوت قائل شویم. ماده ۱۲.۱ که در پی آن می آید، در مورد بالاترین سطح در دسترس بهداشت صحبت می کند، و همچنین ماده ۱۲.۱ میثاق، هر کشور عضو را متعهد می کند تا گام های لازم جهت استفاده از حداکثر منابع در دسترس خود را بردارد. کشوری که تمایل به استفاده حداکثری از منابع در دسترس خود برای تحقق حق بر سلامت را ندارد، تعهد خود نسبت به ماده ۱۲ را نقض کرده است. اگر محدودیت منابع این امکان را به کشور ندهد تا تعهدات کامل خود نسبت به میثاق را انجام دهند، این قابل توجیه است که در هر حال هر گونه تلاشی جهت استفاده از تمام منابع در دسترس برای برآورده شدن تعهدات درج شده فوق به عنوان یک اولویت صورت گرفته است. به هر صورت، در اینجا باید تأکید شود، که یک کشور عضو، تحت هیچ شرایطی، نمی تواند عدم انجام تعهدات اصلی

خود را که در پاراگراف ۴۳ فوق تعیین شده، و غیر قابل اغماض هستند توجیه کند.

۴۸. نقض حق بر سلامت می‌تواند از طریق اقدام مستقیم کشورها یا از طریق دیگر نهادهای فاقد صلاحیتی که توسط کشورها ایجاد شده‌اند اتفاق بیفتد. اتخاذ هر گونه اقدام واپسگرایانه‌ای که با تعهدات اصلی مربوط به حق بر سلامت مندرج در پاراگراف ۴۳ در تعارض باشد، به عنوان نقض حق بر سلامت تلقی می‌شود. نقض‌های ارتكابی شامل لغو یا تعلیق رسمی قوانین ضروری برای برخورداری مداوم از حق بر سلامت، یا تصویب قوانین یا سیاست‌هایی است که به طور آشکار با تعهدات قانونی داخلی و بین‌المللی از قبل ایجاد شده مرتبط با حق بر سلامت در تعارض هستند.

۴۹. نقض‌های حق بر سلامت همچنین می‌توانند از طریق اهمال یا کوتاهی کشورها جهت انجام اقدامات ضروری ناشی از تعهدات قانونی اتفاق بیفتند. نقض‌های اهمالی شامل قصور در برداشتن گام‌های مناسب برای تحقق کامل حق هر کس جهت برخورداری از بالاترین حد قابل دسترس بهداشت جسمی و روحی، قصور در داشتن سیاست ملی برای ایمنی و بهداشت شغلی و همچنین خدمات بهداشتی شغلی، و قصور در اجرای قوانین مربوطه است.

نقض‌های تعهد به احترام

۵۰. نقض‌های تعهد به احترام، آن دسته از اقدامات، سیاست‌ها و قوانین کشوری است که از استانداردهای تعیین شده در ماده ۱۲ میثاق تخطی کنند و به احتمال زیاد منجر به آسیب جسمی، عوارض غیر ضروری و مرگ و میر قابل پیشگیری می‌شوند. نمونه‌های آن عبارتند از محرومیت افراد یا اقشار خاص از دسترسی به تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی به واسطه تبعیض مشروع یا غیر رسمی؛ ممانعت عمدی یا ارائه نادرست اطلاعات حیاتی در مورد محافظت بهداشتی یا درمان؛ تعلیق لوایح قانونی یا تصویب قوانین یا سیاست‌هایی که در تعارض با برخورداری از هر یک از مؤلفه‌های حق بر سلامت باشد؛ و قصور دولت در انجام تعهدات قانونی خود نسبت به حق بر سلامت، در توافقنامه‌های دو جانبه یا چند جانبه خود با دیگر کشورها، سازمان‌های بین‌المللی و دیگر نهادهایی همچون شرکتهای چند ملیتی.

نقض‌های تعهد به محافظت

۵۱. نقض‌های تعهد به محافظت، در پی قصور یک کشور در انجام اقدامات ضروری

برای حراست از افراد مقیم حوزه قضایی خود در برابر نقض حق بر سلامت توسط اشخاص ثالث رخ می‌دهد. این مبحث شامل اهمال‌هایی است همچون قصور در کنترل فعالیت‌های افراد، گروه‌ها و شرکت‌ها به منظور ممانعت آن‌ها از نقض حق بر سلامت دیگران؛ قصور در محافظت از مصرف‌کنندگان و کارگران نسبت به شیوه‌های مضر بر سلامتی که توسط افرادی همچون کارفرمایان و تولیدکنندگان مواد دارویی و غذایی روی می‌دهد؛ قصور در تشویق به عدم تولید، خرید و فروش و مصرف تنباکو، مواد مخدر و دیگر مواد مضر؛ قصور در حفاظت زنان از خشونت و تحت تعقیب قرار دادن عاملان؛ قصور در عدم توقف استفاده از داروهای سنتی یا شیوه‌های فرهنگی مضر؛ و قصور در وضع یا اجرای قوانین برای جلوگیری از آلودگی آب، هوا و خاک توسط صنایع استخراجی و تولیدی.

نقض‌های تعهد به تحقق

۵۲. نقض‌های تعهد به تحقق در پی قصور کشورهای عضو در برداشتن گام‌های ضروری جهت اطمینان حاصل کردن از تحقق حق بر سلامت رخ می‌دهد. مثال‌های آن عبارتند از قصور در اتخاذ یا اجرای سیاست‌های بهداشتی ملی برای اطمینان حاصل کردن از حق بر سلامت برای همه؛ اختصاص هزینه‌های ناکافی و عدم تخصیص منابع عمومی که منجر به عدم برخورداری افراد و گروه‌ها از جمله اقشار آسیب‌پذیر و حاشیه‌نشین از حق بر سلامت می‌شود؛ قصور در نظارت تحقق حق بر سلامت در سطح ملی، از طریق تعیین شاخص‌ها و معیارهایی برای حق بر سلامت؛ قصور در پذیرفتن یک نگرش حساس جنسیتی نسبت به سلامتی؛ و قصور در کاهش دادن میزان مرگ و میر نوزادان.

بخش چهارم: اجرا در سطح ملی

مجموعه قوانین

۵۳. مناسب‌ترین اقدامات عملی برای اجرای حق بر سلامت از هر کشور به کشور دیگر تفاوت چشمگیری دارد. هر کشور بر اساس شرایط خاص خود برای تشخیص اینکه چه اقداماتی مناسب‌تر هستند دارای اختیارات محدودی است. با این حال، این میثاق به طور مشخص هر کشور را ملزم می‌کند تا هر اقدامی که جهت حصول اطمینان از دسترسی همه مردم به تجهیزات، کالاها و خدمات بهداشتی لازم هست

بردارد، به طوری که مردم بتوانند در اسرع وقت از بالاترین سطح قابل دسترس بهداشت جسمی و روحی برخوردار شوند. این امر مستلزم اتخاذ یک استراتژی ملی است تا بر اساس اصول حقوق بشری که اهداف این استراتژی و تدوین سیاست‌ها و تطبیق شاخص‌ها و معیارهای حق بر سلامت را معین می‌کند، از برخورداری همه مردم از حق بر سلامت اطمینان حاصل کند. استراتژی ملی بهداشت همچنین باید منابع موجود برای رسیدن به اهداف تعیین شده، و همچنین مقرون به صرفه‌ترین راه برای استفاده از این منابع را مشخص کند.

۵۴. تبیین و اجرای استراتژی‌های ملی بهداشت و برنامه‌های عمل باید از جمله به اصول عدم تبعیض و مشارکت مردم احترام بگذارد. به ویژه، حق افراد و گروه‌ها برای مشارکت در فرایند تصمیم‌گیری که ممکن است به بسط آن‌ها بیانجامد، باید جزء جدایی‌ناپذیر هر سیاست، برنامه یا استراتژی شود که طبق ماده ۱۲ جزء تعهدات دولتی است. ارتقاء بهداشت باید با اقدام موثر جامعه جهت تنظیم اولویت‌ها، تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی استراتژی‌ها برای رسیدن به بهداشت بهتر همراه باشد. تنها زمانی می‌توان از ارائه موثر خدمات بهداشتی اطمینان حاصل کرد که دولت‌ها مشارکت مردم را تضمین کرده باشند.

۵۵. استراتژی ملی بهداشت و برنامه عمل همچنین باید بر اساس اصول پاسخگویی، شفافیت، و استقلال قوه قضاییه شکل بگیرد، در عین حال نحوه حکومت‌داری سالم هم برای اجرای موثر تمامی موارد حقوق بشری، از جمله تحقق حق بر سلامت ضروری است. به منظور ایجاد فضایی مساعد برای تحقق این حق، کشورهای عضو باید گام‌های مناسبی بردارند تا اطمینان حاصل شود از اینکه بخش خصوصی و جامعه مدنی به اهمیت این موضوع پی برده‌اند و آگاهند که حق بر سلامت در پی فعالیت‌های آنان حاصل می‌شود.

۵۶. کشورها باید مجموعه قوانینی را برای عملیاتی کردن استراتژی ملی حق بر سلامت تصویب کنند. این مجموعه قوانین باید مکانیزم‌های ملی‌ای را برای نظارت بر اجرای استراتژی‌های ملی بهداشت و برنامه عمل تعیین کنند. این باید شامل موارد زیر باشد: مقرراتی در مورد اهداف دست یافتنی و یک چارچوب زمانی برای رسیدن به آن‌ها؛ وسایلی که با آن‌ها بتوان به معیارهای حق بر سلامت دست یافت؛ همکاری مورد نظر با جامعه مدنی، از جمله با کارشناسان بهداشت، بخش خصوصی و

سازمان‌های بین‌المللی؛ مسئولیت سازمانی برای اجرای استراتژی ملی حق بر سلامت و برنامه عمل؛ و روش‌های ارجاعی ممکن. در نظارت بر میزان پیشرفت تحقق حق بر سلامت، کشورهای عضو باید عوامل و مشکلاتی که بر اجرای تعهداتشان اثر می‌گذارد را شناسایی کنند.

شاخص‌ها و معیارهای حق بر سلامت

۵۷. استراتژی‌های بهداشت ملی باید شاخص‌ها و معیارهای مناسب حق بر سلامت را تعیین کنند. این شاخص‌ها باید برای نظارت بر تعهدات کشورهای عضو نسبت به ماده ۱۲ در سطح ملی و بین‌المللی، طراحی شده باشند. کشورها می‌توانند راهنمای شاخص‌های مناسب حق بر سلامت که در برگیرنده جنبه‌های مختلف حق بر سلامت هستند را از سازمان بهداشت جهانی و صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) دریافت کنند. شاخص‌های حق بر سلامت می‌توانند بر اساس ممنوعیت تبعیض تفکیک شوند.

۵۸. پس از شناسایی شاخص‌های مناسب حق بر سلامت، کشورهای عضو می‌توانند معیارهای ملی مناسب با هر یک از شاخص‌ها را تهیه کنند. در طی فرایند ارائه گزارش دوره‌ای، این کمیته در طی این فرایند با کشور عضو همگام می‌شود. این فرایند توجه مشترک هم کشور عضو و هم کمیته شاخص‌ها و معیارهای ملی را می‌طلبد تا اهداف مورد نظر برای دوره گزارش‌دهی بعدی تهیه شود. در طی پنج سال بعدی، کشور عضو از این معیارهای ملی برای نظارت بر اجرای ماده ۱۲ استفاده می‌کند. بنابراین، در دوره گزارش‌دهی بعدی، کشور عضو و این کمیته بر روی این موضوع که معیارهای مورد نظر حاصل شده‌اند یا خیر و بر روی دلایل بروز مشکلات احتمالی تمرکز می‌کنند.

جبران خسارت و پاسخگویی

۵۹. هر فرد یا گروهی که قربانی نقض حق بر سلامت باشد باید به دستگاه قضایی پاسخگو یا هر راه حل مناسب دیگری چه در سطح ملی و چه در سطح بین‌المللی دسترسی داشته باشد. تمام قربانیان چنین نقضی باید حق برخورداری از جبران خسارت که ممکن است به شکل جبران کردن، اعاده، غرامت، رضایت یا تضمین عدم تکرار باشد بهره‌برد. بازرسان ملی، کمیسیون‌های حقوق بشر، انجمن‌های مصرف‌کنندگان، انجمن‌های حقوق بیماران، یا هر نهاد مشابه دیگری باید به

نقض‌های حق بر سلامت پیردازند.

۶۰. تأثیر احکام حقوقی داخلی از اسناد بین‌المللی که حق بر سلامت را به رسمیت می‌شناسند می‌تواند به طور قابل توجهی دامنه و اثر بخشی اقدامات اصلاحی را افزایش دهد و در تمام موارد اعمال شوند. چنین تأثیری، دادگاه‌ها را قادر می‌سازد تا نقض‌های حق بر سلامت، یا حداقل تعهدات اصلی آن را با ارجاع مستقیم آن به میثاق حل و فصل کند.

۶۱. قضات و کارشناسان حقوقی باید توسط کشورهای عضو تشویق شوند تا توجه بیشتری نسبت به نحوه کارکرد نقض‌های حق بر سلامت داشته باشند.

۶۲. کشورهای عضو باید برای تحقق حق بر سلامت، به کار مدافعان حقوق بشر و دیگر فعالین جامعه مدنی که در پی کمک به اقشار آسیب‌پذیر و حاشیه‌نشین هستند احترام بگذارند، از آن‌ها محافظت کنند، آن‌ها را یاری کنند و کارشان را ترویج دهند.

بخش پنجم: تعهدات بقیه دست‌اندرکاران، سواى کشورهای عضو

۶۳. نقش نمایندگی‌ها و برنامه‌های سازمان ملل، و به طور ویژه عملکرد کلیدی سازمان بهداشت جهانی در تحقق حق بر سلامت در سطح بین‌المللی، منطقه‌ای و کشوری، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، همان‌طور که عملکرد یونسف در مورد حق بر سلامت کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در زمان تدوین و اجرای استراتژی‌های حق بر سلامت، کشورهای عضو باید کمک‌های فنی و همکاری‌های خود را در اختیار سازمان بهداشت جهانی قرار دهند. علاوه بر این، وقتی گزارش‌های خود را آماده می‌کنند، کشورهای عضو باید اطلاعات اختصاصی و خدمات مشاوره‌ای خود را با توجه به داده‌های جمع‌آوری شده، پالایش آن‌ها، و توسعه شاخص‌ها و معیارهای حق بر سلامت در دسترس سازمان بهداشت جهانی قرار دهند.

۶۴. علاوه بر این، تلاش‌های هماهنگ برای تحقق حق بر سلامت باید ارتقاء

یابد و با تمام دست‌اندرکاران از جمله اجزاء مختلف جامعه مدنی در تعامل باشد. طبق مواد ۲۲ و ۲۳ این میثاق، سازمان بهداشت جهانی، سازمان بین‌المللی کار، برنامه توسعه سازمان ملل متحد، یونسف، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، بانک جهانی، بانک‌های توسعه منطقه‌ای، صندوق بین‌المللی پول، سازمان تجارت جهانی، و دیگر نهادهایی که درون نظام سازمان ملل متحد هستند، باید با کشورهای عضو همکاری تنگاتنگی داشته باشند و تخصص‌های مربوطه خود را با توجه به تعهدات فردی خود جهت اجرای حق بر سلامت در سطح ملی به کار گیرند. به خصوص، موسسات مالی بین‌المللی، به ویژه بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول، باید در سیاست‌های اعطای وام، موافقت‌نامه‌های اعتباری و برنامه‌های تعدیل ساختاری خود توجه بیشتری نسبت به حفاظت از حق بر سلامت داشته باشند. هنگام بررسی گزارش‌های کشورهای عضو و میزان انجام تعهداتشان نسبت به ماده ۱۲، این کمیته اثرات کمک‌های ارائه شده توسط دیگر دست‌اندرکاران را نیز مورد توجه قرار خواهد داد. اتخاذ رویکردهای مبتنی بر حقوق بشر توسط کارشناسان، برنامه‌ها و نهادهای سازمان ملل متحد، تا حد زیادی اجرای حق بر سلامت را تسهیل می‌کند. در زمان بررسی گزارش‌های کشورهای عضو، این کمیته همچنین نقش انجمن‌های حرفه‌ای بهداشت و دیگر سازمان‌های غیر دولتی را در انجام تعهدات کشورها نسبت به ماده ۱۲ در نظر می‌گیرد.

۶۵. نقش سازمان بهداشت جهانی، دفتر کمیساریای عالی سازمان ملل متحد در امور پناهندگان، کمیته بین‌المللی صلیب سرخ/ هلال احمر و یونسف، و همچنین سازمان‌های غیر دولتی و انجمن‌های پزشکی ملی، در رابطه با امدادرسانی و کمک‌های بشردوستانه در مواقع اضطراری، از جمله کمک به پناهندگان و آوارگان داخلی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اولویت در ارائه کمک‌های پزشکی، توزیع و مدیریت منابع همچون آب سالم و قابل شرب، مواد غذایی و تجهیزات پزشکی، و دادن کمک‌های مالی با آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه و حاشیه‌نشینان است.

مصوبه یازدهم می سال ۲۰۰۰

