

Akhlaq-i zīstī

i.e., Bioethics Journal

2023; 13(38): e49

The Bioethics and Health
Law InstituteMedical Ethics and Law
Research CenterInternational Association
of Islamic Bioethics

Analyzing the Role of the Government in an Emergency Situation with an Emphasis on the Epidemic of Infectious Diseases (a Comparative Study of the Regulation of Several Countries in the Face of Epidemic Diseases)

Leila Naseri¹, Mahmoud Abbasi², Maryam al-Sadat Mohaghegh Damad^{3*}, Ladan Abbasian⁴

1. Department of International Law, Academic Jihad, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Department of Law, Faculty of Law, Imam Sadegh University (AS), Sister Campus, Tehran, Iran.

4. Iranian Research Center for HIV/AIDS, Iranian Institute for Reduction of High Risk Behaviors, Department of Infectious Diseases, Imam Khomeini Hospital Complex, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: The spread of infectious diseases (such as cholera, smallpox and plague) has always caused many casualties in the country in the past centuries. In line with the existing experiences in this field, various measures were taken, including: teaching how to prevent and treat these types of diseases within the framework of the country's education system, passing the law on How to Prevent Sexually Transmitted and Contagious Diseases in 1320 and establishing the Department of Combating Infectious Diseases in the Ministry of Health in 1328.

Methods: The research method in the current basic research, descriptive-analytical and library-based, has investigated the existing laws and regulations in the legal system of Iran and other countries in the field of infectious disease control.

Ethical Considerations: In this research, the principles of trustworthiness, honesty, neutrality and originality of the work have been observed.

Results: Criticism of the laws and regulations of infectious diseases and experiences resulting from them; Denoting: the limitation of the range of existing regulations to a region or livestock and poultry or humans or a specific disease (exemplary regulations such as cholera or plague), the ineffectiveness of the existing regulations for implementation at the national level, the lack of up-to-date regulations and inconsistency between the relevant institutions.

Conclusion: Finally, by comparing the laws of other countries, it is concluded that the attitude of Iran's legal system towards infectious diseases is only as an event with a limited scope (local and exemplary). It is suggested that over time and with the emergence or reappearance of infectious diseases, more general regulations should be established.

Keywords: Regulation; Infectious Diseases Management; Diseases Control Rights; Compensation; Comparative Legal System

Corresponding Author: Maryam al-Sadat Mohaghegh Damad; **Email:** m.mohaghegh@isu.ac.ir

Received: December 07, 2023; **Accepted:** April 16, 2024; **Published Online:** May 08, 2024

Please cite this article as:

Naseri L, Abbasi M, Mohaghegh Damad MA, Abbasian L. Analyzing the Role of the Government in an Emergency Situation with an Emphasis on the Epidemic of Infectious Diseases (a Comparative Study of the Regulation of Several Countries in the Face of Epidemic Diseases). *Akhlaq-i zisti, i.e., Bioethics Journal*. 2023; 13(38): e49.



انجمن بین‌المللی اخلاق پزشکی اسلامی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی انستیتو اخلاق پزشکی و حقوق سلامت

مجله اخلاق زیستی

دوره سیزدهم، شماره سی و هشتم، ۱۴۰۲

واکاوی چارچوب قانونی مدیریت بیماری‌های واگیر در پرتوی مطالعات تطبیقی

لیلا ناصری^۱، محمود عباسی^۲، مریم‌السادات محقق داماد^{۳*}، لادن عباسیان^۴

۱. گروه حقوق بین‌الملل، جهاد دانشگاهی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. گروه حقوق، دانشکده حقوق، دانشگاه امام صادق (ع)، پردیس خاوران، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات اچ‌آی‌وی/ایدز ایران، مؤسسه کاهش رفتارهای پرخطر ایران، گروه بیماری‌های عفونی، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: شیوع بیماری‌های واگیر (مانند وبا، آبله و طاعون) همواره در اعصار گذشته تلفات فراوانی را در کشور به همراه داشته است و در راستای کنترل و مدیریت آن تدابیر مختلفی اتخاذ گردیده است که از جمله آن‌ها می‌توان به آموزش نحوه پیشگیری و درمان این نوع بیماری‌ها در چارچوب نظام آموزشی کشور اشاره کرد. تصویب قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیر در سال ۱۳۲۰، تأسیس اداره مبارزه با بیماری‌های واگیر در وزارت بهداشت در سال ۱۳۲۸ از جمله تدابیر تقنینی و اجرایی بوده است.

روش: این مطالعه یک پژوهش تحلیلی بوده و به صورت کتابخانه‌ای، به بررسی قوانین و مقررات موجود در نظام حقوقی ایران و سایر کشورها در زمینه کنترل بیماری‌های واگیر پرداخته است.

ملاحظات اخلاقی: در تحقیق حاضر، اصل امانتداری، صداقت، بی‌طرفی و اصالت اثر رعایت شده است.

یافته‌ها: نقد و بررسی قوانین و مقررات بیماری‌های واگیر و تجارب حاصل از آن‌ها، بیانگر محدودبودن گستره ضوابط موجود به یک منطقه خاص یا دام و طیور یا انسان و یا یک بیماری خاص می‌باشد (مقررات‌گذاری مصداقی مانند وبا یا طاعون) و این امر بیانگر ناکارآمدی مقررات موجود برای اجرا در سطح ملی، روزآمد نبودن مقررات و ناهماهنگی میان دستگاه‌های ذیربط است.

نتیجه‌گیری: با بررسی تطبیقی قوانین سایر کشورها، این نتیجه حاصل می‌شود که نگرش نظام قانونی ایران به بیماری‌های واگیر صرفاً به مثابه یک رخداد با گستره محدود (محلی و مصداقی) است. پیشنهاد می‌شود با پدیداری یا بازپدیداری بیماری‌های واگیر، مقررات عام‌تری وضع و به مورد اجرا گذاشته شود.

واژگان کلیدی: مقررات‌گذاری؛ مدیریت بیماری‌های واگیر؛ حقوق کنترل بیماری‌ها؛ جبران خسارت؛ نظام تقنینی تطبیقی

نویسنده مسئول: مریم‌السادات محقق داماد؛ پست الکترونیک: m.mohaghegh@isu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۲۸؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۲/۱۹

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Naseri L, Abbasi M, Mohaghegh Damad MA, Abbasian L. Analyzing the Role of the Government in an Emergency Situation with an Emphasis on the Epidemic of Infectious Diseases (a Comparative Study of the Regulation of Several Countries in the Face of Epidemic Diseases). *Akhlaq-i zisti, i.e., Bioethics Journal*. 2023; 13(38): e49.

مقدمه

دولت جمهوری اسلامی ایران با عضویت در سازمان بهداشت جهانی و قبول کنوانسیون‌های بین‌المللی همچون میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در خصوص بیماری‌های واگیر تعهداتی را پذیرفته است؛ بر اساس ماده ۱۲ میثاق حقوق اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی ۱۹۶۷ دولت‌های عضو، حق شهروندان را به برخورداری از مطلوب‌ترین حالت سلامت جسمانی و روحی به رسمیت شناخته است.

بر اساس مفاد کنوانسیون که دولت ایران آن را پذیرفته است، دولت‌ها موظفاند در مواجهه با بیماری‌های واگیر ضمن رعایت حقوق بنیادین مردم در بیان واقعیت‌های موجود و اطلاع‌رسانی به موقع و واقعی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، اقدامات لازم برای جلوگیری از شیوع بیماری‌های واگیر و معالجه و درمان بیماران مطابق با استانداردهای بهداشتی و پزشکی جهت ریشه‌کن کردن بیماری‌های واگیر را تدبیر نمایند.

با توجه به نظام حقوقی هر کشور سلسله مراتبی از هنجارها و ارزش‌ها در تدوین قوانین و مقررات موضوعه به طور پیشینی وجود دارد که هر کدام از نهادها و اشخاص برخوردار از حق قانونگذاری و تنظیم مقررات لازم است در تهیه، تنظیم، تدوین و تصویب قوانین و مقررات با لحاظ این سلسله مراتب قوانین و مقررات اقدام به قانونگذاری و یا تنظیم مقررات نمایند، لذا عدم رعایت این امر در حوزه سلامت می‌تواند علاوه بر عدم تأمین الزامات و تکالیف حقوقی مندرج در قوانین و مقررات موضوعه، به ایجاد تشتت آرا و اقدامات اجرایی، محرومیت شهروندان از بهره‌مندی کامل از حق بر سلامت عمومی منجر شود و یا فقط میزان ناچیزی از این حقوق را برای شهروندان فراهم نماید.

در مقاله حاضر تلاش شده است با بازشناسی وضعیت حقوقی داخلی و برخی کشورها در مقررات‌گذاری برای مدیریت بیماری‌های واگیر، چارچوب اعمال قوانین و مقررات تبیین و مشخص گردد و به این سؤال اساسی پاسخ دهد که نظام

حقوقی ایران در این خصوص چه مسیری را پیموده است و به چه اصلاحاتی نیاز دارد.

روش

روش تحقیق مقاله، یک مطالعه تحلیلی است که به صورت کتابخانه‌ای، به بررسی قوانین و مقررات موجود در نظام حقوقی ایران و سایر کشورها در زمینه مدیریت و کنترل بیماری‌های واگیر پرداخته است.

یافته‌ها

نقد و بررسی قوانین و مقررات بیماری‌های واگیر و تجارب حاصل از آن‌ها، بیانگر محدودبودن گستره ضوابط موجود به یک منطقه یا دام و طیور یا انسان و یا یک بیماری خاص می‌باشد که بیانگر ناکارآمدی مقررات موجود برای اجرا در سطح ملی، روزآمدنبودن مقررات و ناهماهنگی میان دستگاه‌های ذی‌ربط می‌باشد.

بحث

۱. چارچوب قانونی کنترل بیماری‌های واگیر

۱-۱. نظام حقوقی ایران: نظام حقوقی ملی بهداشت، به آن دسته از مقررات حقوقی و قانونی اطلاق می‌شود که با هدف حمایت از حقوق بیماران تصویب می‌شود. از آنجایی که این نظام حقوقی به شدت با حقوق بشر درآمیخته و جزئی از آن محسوب می‌شود، رعایت و توجه به آن باید از اولویت‌های حقوقی دولت‌ها قرار گیرد که اهم آن‌ها عبارتند از: سازوکارهای دسترسی به حمایت‌های بهداشتی، حق بر اطلاع‌رسانی از بیماری‌ها، حق توجه به شؤونات انسانی و حق بر مخفی‌ماندن اطلاعات بیماران (۱).

۱-۱-۱. هرم قوانین و سازوکار مدیریت بیماری‌ها: با در نظرگرفتن هرم قوانین و بر اساس سلسله مراتب موجود میان منابع حقوق سلامت عمومی، می‌توان چارچوب قانونی کشورها را در مقابله با شیوع بیماری‌های واگیر به دو دسته کلی تقسیم نمود: ۱- درج مقررات مربوط در قانون اساسی به عنوان قانون

بنیادین؛ ۲- درج قوانین و مقررات عادی در چارچوب قوانین مصوب پارلمان یا دستورالعمل‌های اجرایی صادره از مقامات اجرایی.

در ایران برای کنترل شیوع بیماری‌های واگیر، جرم‌انگاری انتقال عمدی و غیر عمدی آن و تحقق مسئولیت کیفری و مجازات و جبران خسارات جسمانی ناشی از انتقال بیماری به دیگران، در قوانین خاص (مانند قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیر مصوب ۱۳۲۰ ش.) و قوانین عام (به خصوص ابواب قصاص و دیات قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ و یا مواد ۶۱۴، ۶۸۸ و ۶۸۹ قانون تعزیرات ۱۳۷۵ ش.) قابل استناد است. در عین حال، مقررات عام مسئولیت (ضمان) پزشکان در صورت اهمال در انجام وظایف درمانی در قانون مجازات اسلامی (از جمله مواد ۴۹۵ تا ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ ش.) و الزام بیمارستان‌ها به پذیرش بیماران در معرض خطر جانی و جرم‌بودن استنکاف از آن (قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی، مصوب ۱۳۵۴ و مواد ۳ و ۹ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷ ش.) قابل توجه است. از منظر حقوق خصوصی (قراردادها) نیز امکان شناسایی شیوع بیماری‌های واگیر به عنوان «Major Force» و تأثیر آن بر ایفاء تعهدات قراردادی خصوصی (از جمله مواد ۲۲۷ و ۲۲۹ قانون مدنی) و عمومی و پیمانکاری (مواد ۴۳ و ۷۳ شرایط عمومی پیمان) و تأثیر این شرایط بر قراردادهای موضوع قانون کار و بیکاری ناشی از عدم امکان فعالیت کارگاه (از جمله مواد ۱۴ تا ۲۰ قانون کار) قابل استناد است.

در این خصوص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی اصلی این امر است (ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷ و بند «ر» ماده ۱۴ قانون مدیریت بحران مصوب ۱۳۹۸ ش.). با این وجود، در قوانین مختلف، به طور خاص در مورد بیماری‌های واگیر، وظایفی به عهده برخی از دستگاه‌ها نهاده شده است که از جمله: وظیفه شهرداری در جلوگیری از شیوع بیماری‌های واگیر و اعلام این‌گونه بیماری‌ها به وزارت بهداشت و مؤسسات

بهداشتی و دام‌پزشکی و دورنگه‌داشتن بیماران مبتلا به بیماری‌های یادشده (ماده ۵۵ قانون شهرداری مصوب ۱۳۳۴ با اصلاحات بعدی)، تکلیف سازمان عمرانی کشور (در امور تعاونی و اجتماعی بخش) برای کمک به جلوگیری از بیماری‌های واگیر (ماده ۹ قانون سازمان عمرانی کشور و ازدیاد سهم کشاورزان مصوب ۱۳۳۴ با اصلاحات بعدی)، وظیفه دهیار و دهیاری در کمک به واکسیناسیون و همکاری در جلوگیری از شیوع بیماری‌های واگیر و اعلام آن‌ها به مراکز بهداشتی و اهتمام به دورنگه‌داشتن بیماران و مبتلایان (ماده ۱۰ اساسنامه تشکیلات و سازمان دهیاری‌ها مصوب ۱۳۸۰ با اصلاحات بعدی).

۱-۲. تدابیر پیشگیرانه و تکلیف شهروندان: با توجه به اینکه برای انجام شایسته امور بهداشتی - درمانی، برخورداری و تأمین وسایل و الزامات درمانی و پیشگیرانه ضروری است، تکلیف دستگاه‌ها در تأمین امکانات بیمارستانی در زمان شیوع بیماری‌های واگیر (قانون واگذاری بیمارستان‌های وزارت بهداشتی مصوب ۱۳۵۰ با اصلاحات بعدی) و جرم‌انگاری احتکار (ماده ۱ قانون مجازات اخلاک‌گران در نظام اقتصادی کشور، مصوب ۱۳۶۹ ش.) و فعالیت سازمان تعزیرات حکومتی به منظور پیشگیری با انباشت یا فروش سودجویانه کالاهای مورد نیاز برای پیشگیری از واگیری و پشتیبانی وزارت صنعت، معدن و تجارت در تأمین کالاهای مورد نیاز و اقدامات سازمان حمایت مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان و نیروهای مسلح (اصل ۱۴۷ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران) و هلال احمر و البته مشارکت داوطلبانه گروه‌های مردمی در این زمینه تکمیل‌کننده است.

هدف نهایی در نظام حقوقی مسئولیت در امور عمومی مانند بیماری‌های واگیر، حفظ حداکثری سلامت شهروندان است، اگر سایر مسئولیت‌ها به درستی محقق و اجرا شود، لیکن مردم (مبتلایان و غیر مبتلایان) با تدابیر درمانی و پیشگیرانه و توزیعی (توزیع وسایل لازم برای مدیریت این امر) هماهنگ نباشند، تا حد زیادی، اهداف کنترلی با شکست مواجه خواهد شد. در واقع مجری اصلی سیاست‌ها و تدابیر اتخاذی

عنایت به کثرت کارگزاران و تنوع مدیریتی، راه برای اعمال سلیقه امکان‌پذیر است، اما برای رهایی از این معضل احتمالی، می‌توان با تبیین سیاست‌های مدیریتی و نظارت بر حسن اجرای وظایف، این اشکال را برطرف نمود.

در پیش‌نویس قانون اساسی ۱۳۵۸ آمده بود که برقراری حکومت نظامی ممنوع است، مگر هنگام جنگ به حکم قانون. بحث از ممنوعیت برقراری حکومت نظامی است، البته در برخی پیش‌نویس‌ها آمده بود که برقراری هرگونه حکومت نظامی ممنوع است که وقتی به شور رسید دچار تغییراتی شد. در متنی که در اصل ۷۹ قانون اساسی مصوب شد، آمده است که حکومت نظامی ممنوع است و اینکه در حالت جنگ و شرایط اضطراری دولت حق دارد بر اساس تصویب مجلس شورای اسلامی موقتاً محدودیت‌های ضروری را برقرار نماید، ولی مهلت آن نمی‌تواند بیش از سی روز باشد و در صورتی که ضرورت همچنان باقی باشد، دولت باید مجدداً از مجلس کسب تکلیف کند، یعنی اعمال محدودیت‌های موقت از سوی دولت مستلزم کسب مجوز از مجلس است. دولت باید برای سامان دادن و اجرایی‌کردن قسمت دوم این اصل، یعنی اعمال محدودیت‌ها به موجب لایحه و تصویب مجلس اقدام نماید. بهترین و مناسب‌ترین اصل قانون اساسی برای مقابله با بیماری‌های واگیر از جمله بیماری واگیر اخیر (کرونا) اصل ۷۹ است. بنابراین نقص در هماهنگی و تعامل میان مجلس و دولت است، نه نگارش قانون اساسی.

در قانون اساسی به مقوله تعلیق آزادی و وضعیت اضطراری توجه شده است، ولی نمایندگان و یا دولت در این سال‌ها برای اجرایی‌کردن اصل ۷۹ قانون اساسی در خصوص وضعیت اضطراری قانونی ارائه نکردند و تنها به دو ماده بسنده کرده‌اند. دو ماده ۱۷۷ و ۱۷۸ در آیین‌نامه داخلی مجلس (بحث پنجم - نحوه بررسی موارد خاص و مهم از باب دوم - وظایف و اختیارات مجلس شورای اسلامی) به شکلی محدود (مختصر و شکلی) بحث محدودیت‌های ضروری را مطرح می‌کند. بنابراین قانونی مستقل برای اعمال و اجرای قسمت دوم اصل ۷۹ قانون اساسی وجود ندارد.

شهروندان هستند که باید با توجه به آموزش‌های فراگرفته شده، فرهنگ همگانی پیشگیری را اجرایی سازند. بدیهی است در صورت عدم توجه اختیاری مردم، نوبت به ابزارهای دیگر قهرآمیزتر و محدودکننده‌تر خواهد رسید. با این وجود، در خصوص منع یا محدودیت در آمد و شد شهروندان در این مواقع، مقررات جامعی مشاهده نمی‌شود. توضیح آنکه، هرچند با توجه به مقررات عام در خصوص اصناف و تردد خودروها، امکان تحدید تردد فراهم است، ولی در مورد تحدید تردد افراد غیر مبتلا در معابر، مقررات با سکوت مواجه است، لیکن در مورد افراد مبتلا به بیماری‌های واگیر، وزارت بهداشت مجاز به بستری اجباری و معالجه آن‌ها است (ماده ۱ قانون مایه‌کوبی عمومی و اجباری، مصوب ۱۳۲۲ ش.).

۱-۳. تکلیف دولت در مقابله با بیماری‌های واگیر: در خصوص مقابله با بیماری‌های واگیر، اصل ۲، بند ۲ اصل ۳، اصول ۲۹، ۳۳، ۴۰ و بند ۱ اصل ۴۳ قانون اساسی مهم‌ترین اصول حمایتی سلامت جامعه هستند. اصل ۲ بر استفاده از تجارب پیشرفته بشری تصریح دارد که می‌تواند شامل تدابیر قرنطینه‌ای یا جداسازی اجتماعی کشورها در مقابل بیماری‌های واگیر باشد. بند ۲ اصل ۳ بر تعهد دولت در رفع محرومیت بهداشتی تأکید دارد.

در پیشگیری از شیوع بیماری‌های واگیر، دولت مسئول ارائه حمایت‌ها است، بدین معنا که دولت تکلیف برقراری نظام جامع سلامت را بر عهده دارد. مقصود از دولت در مواجهه با بیماری‌های واگیر، تمام ارکان حاکمیت است. اصل ۲۹ قانون اساسی متضمن این معناست. مستفاد از این اصل قانونی، دولت ملزم و مکلف به ارائه خدمات بهداشت و سلامت همگانی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی برای همه است (۲).

ضابطه دقیقی برای تمییز و تشخیص اعمال حاکمیت و اعمال تصدی وجود ندارد (۳) و در متن قوانین نیز محلی برای تشخیص نوع اعمال تکالیف دولت وجود ندارد. دولت هر جا تشخیص دهد که منافع عمومی در خطر است، می‌تواند ورود کند و با اتخاذ تدابیر لازم مشکلات را حل نماید. بنابراین نحوه انجام امور در مواقع بحرانی به تشخیص دولت است (۴). با

اصل ۹ قانون اساسی به هیچ عنوان سلب آزادی را ولو با وضع قانون و تصویب اجماعی نمایندگان مجلس نمی‌پذیرد. از سوی دیگر، آزادی مطلق، حیات اجتماعی را به هم می‌ریزد. در برخی وضعیت‌ها اجرای یک حق به طور موقت می‌تواند به تأخیر بیفتد. به لحاظ شرایط محتوایی اصل ۷۹ قانون اساسی استانداردهایی دارد که اگر آن‌ها رعایت نشوند، تعلیق حق و آزادی شهروندان برای مواجهه با بیماری‌های واگیر ناموجه و نامشروع تلقی می‌شود. برخی از کشورها دارای قوانین خاصی برای وضعیت اضطراری و حتی قرنطینه هستند، حال آنکه نظام قانونی خاصی که مرتبط با وضعیت خاص و قرنطینه باشد، در کشور نداریم.

۱-۴. نظام بهداشتی و ضمانت اجرای قانونی: قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیر مصوب ۱۳۲۰ تکالیفی الزامی را برای سیستم بهداشتی و فرد بیمار، مشخص و ضمانت اجرای کیفری نیز تعیین کرده است. به عنوان مثال، برای اجتناب از سرایت بیماری‌های آمیزشی مانند ایدز اخذ گواهی عدم ابتلا به این بیماری در هنگام ازدواج الزامی است (ماده ۲۳ قانون حمایت از خانواده ۱۳۹۱ ش.). در امور قضایی، فرایندهای رسیدگی و اجرای احکام، شیوع این بیماری‌ها به عنوان عذر موجه و ابتلا به بیماری واگیر به عنوان یکی از معیارهای طبقه‌بندی زندانیان مد نظر قرار گرفته است. همچنین ماده ۷ این قانون اعلام می‌دارد که بهداری موظف است اشخاصی را که به علت پیشه خود ممکن است سبب انتشار بیماری‌های آمیزشی شوند، مکلف کند که در روزهای معین در بنگاه‌های مخصوص بهداری یا نزد پزشک‌انی که بهداری معین می‌کند، برای معاینه حاضر شوند و در صورتی که تشخیص داده شود بیماری آن‌ها در مرحله واگیری است، از ادامه پیشه ممنوع شوند و تا وقتی که گواهی نشده است که بیماری آن‌ها قابل سرایت نیست، چنانچه بدون تحصیل پروانه عدم امکان سرایت به پیشه خود ادامه دهند، به هشت روز تا دو ماه حبس تأدیبی و ۵۱ تا ۵۰۰ ریال یا به یکی از این دو کیفر محکوم می‌شوند. ماده ۲۲ این قانون بیان می‌دارد: «اشخاصی که مانع اجرای مقررات بهداشتی می‌شوند یا در اثر

غفلت موجب انتشار یکی از بیماری‌های واگیر می‌شوند، به هشت روز تا دو ماه حبس تأدیبی و ۵۱ تا ۵۰۰ ریال یا به یکی از این دو کیفر محکوم می‌شوند.» با توجه به اینکه این قانون مورد نسخ صریح یا ضمنی در قوانین آتی واقع نشده و همچنین هیچ قانونی با موضوع مشابه جایگزین آن نشده است، بنابراین معتبر است و بر همین اساس می‌تواند مورد استناد مراجع ذی‌صلاح در اجرا واقع شود. به نظر می‌رسد با توجه به مطرح‌شدن بیماری‌های جدید از زمان تصویب این قانون تاکنون، قانون مزبور باید به روزرسانی شود و تمهیدات لازم برای مدیریت قانونی حوزه بهداشت در ساختار اجتماع مد نظر قرار گیرد، اما با توجه به وجود عنوان کلی بیماری‌های واگیر در این قانون، قانون یادشده، در شرایط فعلی قابلیت اجرا دارد و شامل هرگونه مورد جدید نیز می‌شود (۵).

در قانون سازمان وزارت بهداری مصوب ۱۳۲۴ نیز مقابله با بیماری‌های واگیر مانند سل بر عهده اداره مراقبت و جلوگیری از بیماری‌های واگیر قرار گرفت و در ماده ۱۸ این قانون برای این اداره وظایفی مشخص شد، البته برای اداره تبلیغات و انتشارات و تعالیم بهداشتی نیز مقرر شد تا همواره مردم را از اصول بهداشت عمومی و شخصی و طرز جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های واگیر مطلع سازد.

جداسازی و معالجه اجباری افراد در قانون مایه‌کوبی عمومی و اجباری مصوب ۱۳۲۲ نیز مطرح شده است. به موجب این قانون، وزارت بهداری مجاز است در واقع شیوع بیماری‌های واگیر و واگیر مبتلایان را اجباراً منفرد و در بیمارستان‌های مربوط بستری و معالجه کند. علاوه بر این قوانین که در عرصه اختیارات مقامات ملی مطرح بودند، بند ۳ ماده ۸ قانون در خصوص وظایف و اختیارات استانداران (ماده ۸: استانداران در امور ذیل مسئولیت مخصوص دارند: ۳- تشویق افراد به تشکیل شرکت‌ها و مؤسسات به وسیله مردم برای ایجاد کارهای عام‌المنفعه و مراقبت در امور بهداشتی و بهبود وضع اجتماع) و مصوبه هشتمین جلسه شورای عالی اداری (بند ۲۵ ماده ۲: اتخاذ تدابیر و اعمال هماهنگی لازم به منظور پیشگیری، کنترل و مهار بحران‌های ناشی از حوادث و بلایای طبیعی از

قبیل سیل، زلزله) و لایحه قانونی اختیارات استانداران کشوری جمهوری اسلامی ایران اختیاراتی را به استانداران به منظور حفظ بهداشت و سلامت شهروندان استان متبوع داده است. علیرغم عدم تصریح، شاید بتوان از اطلاق بند ۳، موضوع امکان صدور دستور قرنطینه توسط استانداران به منظور مراقبت در امور بهداشتی را استنباط کرد.

۱-۵. نظام جامع سلامت در آیین اسناد بالادستی: در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران، جامعه سالم ایرانی به عنوان جامعه برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، بدون فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب توصیف شده و بر ابعاد مختلف اقتصادی - اجتماعی که منجر به سلامت می‌شوند، تأکید شده است.

وزارت بهداشت با توجه به سند چشم‌انداز و بند دوازدهم سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه، مکلف است در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر برای آحاد جامعه تلاش کند. آموزش نکات پیشگیرانه برای حفظ سلامت مردم، مهیا کردن بستر درمان، ارتقای سلامت افراد جامعه، اصلاح ساختار نظام سلامت جامعه، ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامت عادلانه برای آحاد جامعه، پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت، از جمله وظایف وزارت بهداشت است. مواد ۳۱ تا ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه نیز به بحث سلامت اختصاص یافته که تهیه برنامه نظام درمانی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از نمونه‌های آن است.

بر اساس اساسنامه سازمان پدافند غیر عامل کشور ستاد کل نیروهای مسلح و قانون مدیریت بحران کشور نیز می‌توان استنباطی کلی برای امکان اتخاذ تصمیماتی چون قرنطینه را داشت، اگرچه در هیچ یک از این قوانین هیچ تصریحی به این موضوع وجود ندارد. به موجب ماده ۱۰ اساسنامه سازمان پدافند غیر عامل کشور ستاد کل نیروهای مسلح، سازمان پدافند غیر عامل هدایت و راهبری مقابله با تهدیدات نوین (سایبری، زیستی، پرتوی، شیمیایی و اقتصادی) را بر عهده

دارد و اگر برخی بیماری‌های واگیر از مصادیق حملات بیولوژیک باشد، در چنین چارچوبی قابل بررسی است.

تبصره یک ماده یک و بند «ج» ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳ و روح حاکم بر اعلامیه جهانی حقوق بشر ۱۹۴۸ نیز بر فراگیری و عادلانه بودن خدمات سلامتی تأکید دارد، بدین معنا که ایجاد امکانات عادلانه برای همه در تمام زمینه‌های مادی و معنوی و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و بهداشت، از جمله وظایف دولت است و برخورداری از حق عمومی سلامت نمی‌تواند محدود به قشر خاصی گردد و همه انسان‌ها دارای حق برخورداری از مزایای تأمین بهداشت هستند. بنابراین به محض شیوع بیماری واگیر، دولت باید تمام امکانات خود را برای رفع این معضل به طور عام و منصفانه به کار گیرد. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های لازم را برای تأمین سلامت یک یک افراد کشور تأمین کند.

بیماری‌های واگیردار در صورت شیوع عمومی بحران محسوب می‌شود، لذا باید تدابیر متناسب با بحران در مورد آن‌ها اجرایی گردد. بند «الف» ماده ۱ قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور (مصوب مورخ ۱۳۸۷/۲/۳۱ کمیسیون اجتماعی مجلس شورای اسلامی)، بحران را تعریف کرده است. در ماده ۲ و ۳ قانون مدیریت بحران کشور، مدیریت بحران را چهار مرحله پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازسازی اعلام کرده است. وضعیت ناشی از شیوع بیماری‌های واگیر می‌تواند عنوان خطر و بحران را به همراه داشته باشد و به منظور مقابله با آن تدابیر قانونی اتخاذ شود.

مفاد قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور نشان می‌دهد که این قانون توجهی به مسئولیت مدنی دولت ندارد و صرفاً ساختارهای اداری و تشریفات لازم و گاه غیر ضروری را برای مدیریت بحران تعریف یا بازتعریف کرده است. به علاوه، هیچ تضمینی وجود ندارد که در صورت تحقق شرایط بحرانی، نهادهایی که مسئولیت مدیریت بحران را بر عهده دارند، با ادعاهایی همچون کمبود بودجه و امکانات، از زیر بار تکالیفی

۱-۲-۱. نظام حقوقی کامن‌لا

۱-۲-۱-۱. **کانادا:** بر اساس اصل ۹۱ قانون اساسی، حیطه اختیارات مطابق قانونگذاری پارلمان کانادا به تمامی زمینه‌های موجود در ردیف‌های موضوعات احصایی ذیل این ماده گسترش می‌یابد. ماده‌ای که در بند ۱۱ خود به قرنطینه اشاره دارد. در قانون قرنطینه کانادا، تا یک میلیون دلار و سه سال جریمه برای خاطیان قرنطینه و افرادی که از افسر قرنطینه سرپیچی کنند، در نظر گرفته شده است (۶). هدف قانون قرنطینه، محافظت از سلامت عمومی با اتخاذ تدابیر جامع برای جلوگیری از معرفی و شیوع بیماری‌های واگیر است. در ماده ۶۷ قانون قرنطینه کانادا آمده است که افراد تحت قرنطینه که بدون اجازه افسر مربوط از آنجا خارج شوند، تا سقف یک میلیون دلار جریمه خواهند شد. همچنین حداکثر سه سال حبس برای این مخاطبان در قانون قرنطینه کانادا پیش‌بینی شده است (۷). به موجب قانون به وزیر بهداشت اجازه داده می‌شود که ایستگاه‌های قرنطینه و تجهیزات قرنطینه را در هر کجای کانادا تأسیس کند و مأموران مختلفی از جمله افسران قرنطینه، افسران بهداشت محیط و افسران غربالگری را تعیین کند (۸).

۱-۲-۱-۲. **انگلیس:** بر اساس قانون بهداشت و درمان و مراقبت‌های اجتماعی، وزیر کشور می‌تواند مقرراتی را برای جلوگیری، محافظت، کنترل و ارائه پاسخ بهداشت عمومی به یک حادثه یا شیوع عفونت یا آلودگی در انگلستان وضع کند، حتی اگر این تهدیدات از خارج از کشور سرچشمه گرفته باشد. این قانون نمونه‌هایی از اختیاراتی را که وزیر کشور با مقررات‌گذاری می‌تواند اعمال کند.

به موجب قانون به منظور رعایت اصول حقوق بشر هرگونه محدودیتی که طبق مقررات این قانون اعمال شده است، باید متناسب با هدفی باشد که در تلاش است تا به آن برسد. بنابراین توجیه‌پذیر بودن اقدام به قرنطینه از منظر عموم اصل دیگری در وضع مقررات قرنطینه است. تمایل عموم مردم برای موافقت با مداخله بهداشت عمومی برای مقابله با شیوع بیماری‌های واگیر، نیاز به اقدامات اجباری و دستورالعمل‌های

که در قوانین برای آن‌ها مقرر شده است، شانه خالی نکنند. در واقع بسیاری از مقررات راجع به مدیریت بحران قالبی همچون خط مشی و اعلامیه را دارند و به ندرت در آن‌ها برای تخلفات مدیران و کارکنان مرتبط با بحران ضمانت اجرا پیش‌بینی شده است. دقیقاً به همین دلیل است که قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور باب یا ماده‌ای در مورد ضمانت اجراها یا مسئولیت مدنی یا کیفری متخلفان ندارد و بیشتر شبیه یک دستورالعمل اخلاقی یا برنامه توسعه‌ای است. بنابراین رعایت مقررات بین‌المللی صرفاً در قالب رعایت اصول کلی و عمومی تحقق یافته و مقنن در جزئیات و تکالیف و ضمانت اجراهای مربوط، آن‌گونه که باید عمل نکرده است.

۲-۱. نظام حقوقی سایر کشورها: نظام قانونگذاری عادی

کشورها در خصوص موضوع قرنطینه به چهار شکل عمل کرده است: ۱- در تعدادی از کشورها شیوع واگیری ممکن است وضعیت اضطراری محسوب شود و قوانین وضع شده درباره شرایط اضطراری در این موارد نیز اعمال می‌شود؛ ۲- برخی از کشورها با بهره‌گیری از قوانین جامع سلامت که دربردارنده موضوعات متعدد مربوط به بهداشت است، بخشی از مفاد قوانین مذکور را به موضوع بیماری‌های واگیر و نحوه مقابله با آن اختصاص داده‌اند؛ ۳- برخی کشورها قواعدی در خصوص خود بیماری‌های واگیر و روش‌های متنوع مقابله با آن از جمله قرنطینه وضع کرده‌اند؛ ۴- برخی دیگر نیز به طور خاص قوانینی مربوط به صرف قرنطینه را دارند. در این میان عده‌ای از کشورها نیز از دو یا چند مورد از اختیارات قانونی مذکور استفاده می‌کنند. برخی از کشورها در صورت بروز شرایط فوق‌العاده در هر جامعه و برای مقابله با آن و گذر از بحران‌هایی که حیات جمعی ملت یا امنیت ملی کشور را تهدید می‌کند، قوانین ویژه‌ای وضع کرده‌اند. بنابراین شمول این قوانین منحصر به موضوعات تهدیدکننده سلامت عمومی نیست، بلکه هر موضوع تهدیدکننده جامعه است. در ادامه به نظام حقوقی برخی کشورها اشاره خواهد شد:

دولتی را کاهش می‌دهد. ارتباطات خوب حکومت با مردم ممکن است سبب بهبود موافقت داوطلبانه با قرنطینه و رفع نیاز از اجرای اجباری آن شود. شفافیت اقدامات در این خصوص و اطلاع‌رسانی به هنگام و صحیح در پذیرش قوانین نقش عمده دارد (۹).

۱-۲-۲. نظام حقوقی سایر کشورها

۱-۲-۲-۱. کنیا: در کنیا با رعایت محدودیت‌های خاص، رئیس‌جمهور می‌تواند وضعیت اضطراری اعلام کند، از جمله زمانی که کشور در معرض تهدید فاجعه طبیعی یا سایر موارد اضطراری عمومی قرار دارد و انجام این کار برای مواجهه با شرایطی که وضعیت اضطراری اعلام می‌شود، لازم باشد. رئیس‌جمهور طبق قانون اساسی مجاز است قسمت سوم قانون حفظ امنیت عمومی را اجرا کند و مقرراتی را با هدف حفظ امنیت عمومی و تضمین امنیت اشخاص و اموال، در دوره‌های بحران ملی صادر کند. این مقررات ممکن است در زمینه‌های مختلف باشد، از جمله محدودیت حرکت افراد و قرنطینه اجباری (۱۵).

۱-۲-۲-۲. نیجریه: در نیجریه طبق قانون اساسی رئیس‌جمهور مجاز است به طور یک‌جانبه یا به درخواست فرماندار ایالتی وضعیت اضطراری را در موارد خاص اعلام کند، از جمله زمانی که فدراسیون یا هر بخشی از آن اتفاق یا خطر قریب الوقوع یا وقوع هرگونه فاجعه انسانی یا طبیعی که وجود دارد و بر جامعه یا بخشی از جامعه تأثیر می‌گذارد. اعلام این وضعیت توسط رئیس‌جمهور به مقامات بهداشت عمومی اجازه می‌دهد اقدامات خاصی را در مورد مدیریت اموال و حفاظت از افراد انجام دهند. برای مثال، مقامات دولتی قدرت انزوا یا قرنطینه کردن افراد یا گروه‌ها را دارند و عدم پیروی از انزوا یا دستورهای قرنطینه جرم محسوب می‌شود (۱۶).

قانون قرنطینه برای مقررات‌گذاری، اعمال قرنطینه و مقررات دیگر برای جلوگیری از ورود و گسترش بیماری‌های خطرناک در نیجریه و انتقال از نیجریه وضع شده است. این قانون به رئیس‌جمهور اجازه می‌دهد در سطح ملی اقدام به صدور دستور قرنطینه کند (۱۷).

نقش مناسب اعمال مجازات در تلاش گسترده برای جلوگیری از انتقال بیماری‌های واگیر اغلب بحث‌برانگیز است. قوانین

دولتی را کاهش می‌دهد. ارتباطات خوب حکومت با مردم ممکن است سبب بهبود موافقت داوطلبانه با قرنطینه و رفع نیاز از اجرای اجباری آن شود. شفافیت اقدامات در این خصوص و اطلاع‌رسانی به هنگام و صحیح در پذیرش قوانین نقش عمده دارد (۹).

۱-۲-۳. آمریکا: بر اساس قانون اساسی، وزیر بهداشت دولت فدرال اختیار دارد که افراد در معرض بیماری‌های واگیر را از ورود به کشور یا مسافرت بین ایالت‌ها بازدارد. اختیار انجام این کار به صورت روزانه به مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها واگذار شده است. دهمین اصلاحیه قانون اساسی نیز، به ایالت‌ها قدرت اجرای قرنطینه در چارچوب مرزهای خود اعطا می‌کند (۱۰). هر شخصی که مقررات قرنطینه را نقض کند یا کسی که از محدوده هر ایستگاه قرنطینه، زمین یا لنگرگاه بدون مجوز مأمور قرنطینه خارج شود، با مجازات بیش از هزار دلار یا حبس برای بیش از یک سال یا هر دو رو به رو می‌شود.

۱-۲-۴. استرالیا: قانون اساسی تصریح می‌کند که دولت فدرال اختیار قانونگذاری در خصوص قرنطینه را دارد (۱۱). بند ۳۴ قانون امنیت زیستی اصول کلی را در مورد تصمیم‌گیرندگان به قرنطینه در خصوص بیماری‌های واگیر انسانی ذکر می‌کند، از جمله این اصول آن است که اعمال قدرت یا تحمیل شاخص‌های امنیت زیستی در مدیریت خطر مؤثر باشد یا به آن کمک کند (۱۲).

تناسب به این معناست که با توجه به نوع و گستره تهدید، پاسخ بهداشت عمومی مناسب است، بدین‌معنا که مقامات بهداشت عمومی باید از کمترین اقدامات محدودکننده و متناسب با هدف دستیابی به کنترل بیماری استفاده کنند. در این معنا باید بین هزینه و مزایای مورد انتظار رابطه معقولی وجود داشته باشد (۱۳). تصمیم‌گیری در مورد ضرورت قرنطینه و در صورت چنین شرایطی تعیین مدت زمان مناسب قرنطینه، از نخستین گام‌ها برای متناسب‌سازی قرنطینه با شرایط خاص بهداشت عمومی است. ملاحظات دیگر شامل نوع قرنطینه (فردی یا جمعی)، قرنطینه داوطلبانه یا اجباری، تعداد

بهداشت عمومی اغلب مجازات‌هایی را به دلیل رعایت نکردن دستورالعمل‌های بهداشت عمومی صادره از سوی مقامات، یا برای انجام رفتارهایی که سلامت عمومی را در معرض خطر قرار می‌دهد، بیان می‌کند (۱۸).

۱-۲-۲-۳. روسیه: به موجب ماده ۳ قانون وضعیت‌های اضطراری، شرایط اضطراری فقط زمانی ایجاد می‌شود که تهدید مستقیمی متوجه جان و امنیت شهروندان یا نظام قانون اساسی شود و تقاضای اضطراری طبیعی، تکنولوژیکی یا اکولوژیکی شود. از جمله واگیری و بیماری‌های اپیدمیک ناشی از حوادث، پدیده‌های خطرناک طبیعی، فجایع و سایر بلایای طبیعی که به مرگ یا صدمه به افراد یا خسارت به محیط زیست، خسارت چشم‌گیر به اموال یا مختل شدن در فعالیت‌های حیاتی جمعیت منجر شود. رئیس‌جمهور می‌تواند به مدت سی روز برای کل کشور یا به مدت شصت روز برای منطقه خاصی که تهدیدی برای سلامتی جمعیت در آن وجود دارد، وضعیت اضطراری اعلام کند. تصویب مجلس عالی برای اعلام یا تمدید وضعیت اضطراری لازم است (۱۹).

۱-۲-۲-۴. مکزیک: قانون بهداشت عمومی مکزیکی مقرر می‌کند که برخی بیماری‌های واگیر ذکر شده در این قانون و همچنین بیماری‌هایی که توسط شورای سلامت ملی مکزیکی به عنوان تهدید جدی طبقه‌بندی شده‌اند، موضوع اقدامات پیشگیرانه و کنترلی‌اند که توسط وزارت بهداشت فدرال و دولت‌های ایالتی در حوزه‌های مربوطه‌شان انجام می‌گیرد. شیوع این بیماری‌ها باید بلافاصله به وزارت بهداشت فدرال اطلاع داده شود که اختیارات لازم برای نظارت و کنترل شیوع بیماری‌ها، از جمله قرنطینه و ایزوله افراد را دارد (۲۰).

۱-۲-۲-۵. هند: قانون بیماری‌های واگیر، به دولت‌های ایالتی و دولت مرکزی اجازه می‌دهد تا اقدامات لازم را برای کنترل شیوع بیماری انجام دهند. هر دولت ایالتی، وقتی اطمینان داشته باشد که هر بخشی از قلمرو آن در معرض شیوع بیماری خطرناکی است، می‌تواند تمام اقدامات، از جمله قرنطینه را اتخاذ کند تا از شیوع بیماری جلوگیری به عمل آورد (۲۱).

۱-۲-۲-۶. کره جنوبی: قانون پیشگیری از بیماری‌های عفونی به دولت اختیار می‌دهد تا هنگام ورود بیماری عفونی به مرحله بیماری واگیر بلافاصله و به طور جدی به مؤسسات پزشکی دستور دهد تا اقدامات قرنطینه را دنبال کنند. بر اساس قانون، اقدامات قرنطینه می‌تواند به پنج نوع قرنطینه شخصی و دو نوع قرنطینه اموال طبقه‌بندی شود (۲۲).

۲. چارچوب قانونی جبران خسارت بیماری‌های واگیر: نظام جبران خسارت عادی نمی‌تواند برای اثبات مسئولیت مدنی دولت در قبال بیماری‌های واگیردار کارایی لازم را داشته باشد، چراکه تحقق نظام جبران، نیازمند وقوع فعل یا ترک فعل صادره از سوی شخص انسانی یا عوامل وی است. حال آنکه در مورد بیماری‌های واگیردار، عامل وقوع خسارت، اغلب قهری به شمار می‌آید و حتی اگر عوامل انسانی نیز در آن دخیل باشند، عرفاً بسیار دور به حساب می‌آیند. ممکن است این بحث مطرح شود که مسئولیت جبران در حالتی که ناشی از عامل یا مبنایی جدید باشد، علی‌الاصول شامل مال نمی‌گردد و فقط جان انسان را دربر می‌گیرد. این تحلیل بر هیچ دلیل منطقی مبتنی نیست، زیرا در حقوق مسئولیت، تفاوتی بین زیان‌های جانی و مالی از حیث جبران ندارد و هرچند جبران خسارات جانی اولویت دارد، زیان‌های مالی نیز دارای اهمیت است و جبران آن‌ها همان فلسفه جبران را به همراه دارد. این بحث به ویژه در مواردی محرز است که زیان مالی بالنسبه وسیع و جبران آن از سوی اشخاص خصوصی غیر ممکن باشد. در نظام جبران، مسئولیت مدنی و کیفری به هم نزدیک می‌شوند. عامل زیان به این دلیل باید خسارت وارده را جبران نماید که مسئولیت مدنی او بدل از مسئولیت کیفری است. در واقع کسی که باید مجازات می‌شد، تنها تحول حقوق کیفری در طول زمان، مسئولیت وی را تخفیف داده است. در پاره‌ای از موارد نیز جبران خسارت با کیفر همراه می‌شود. به عنوان مثال، سارق، هم خسارات مال باخته را می‌پردازد و هم امکان دارد که دستش از جرم برای همیشه کوتاه شود. این جنبه از نظام جبران، با تئوری مسئولیت عام ارتباط می‌یابد، چراکه مسئولیت مدنی دولت ممکن است ناشی از

خطای عواملی باشد که به دلیل داشتن رابطه مستقیم با دولت (کارمندان) یا غیر مستقیم (پیمانکاران) در بروز حادثه قهری نقش داشته‌اند یا در شرایطی که توان پیشگیری از آن را داشته‌اند، به این کار مبادرت نورزیده‌اند.

به عنوان مثال، هرگاه عوامل دولتی یا غیر دولتی که تحت نظارت دولت در زمینه‌های بهداشتی یا کنترل اجتماعی فعالیت می‌کنند، از انجام وظایف و تکالیف خود در زمینه قرنطینه و محدودیت‌های رفت و آمد یا تجمع خودداری نمایند، مسئولیت مدنی مستقیم ناشی از این ترک فعل، بر عهده دولت است، چراکه عرفاً توان نظارت بر نیروهای زیردست خود را داشته و آثار زیانبار ناشی از کوتاهی در انجام وظایف قانونی باید در وهله اول به خود دولت تحمیل شود. بدیهی است که امکان یا عدم امکان مراجعه دولت به عامل اصلی زیان، ارتباطی با زیان دیده ندارد.

بنابراین در مورد مسئولیت مدنی دولت در قبال بیماری‌های واگیردار، باید مسأله را در دو جهت عمده مورد بررسی قرار داد: ۱- در خصوص آن دسته از بیماری‌های واگیردار که احتمال شایع شدن آن بیماری غیر قابل پیش‌بینی هستند، اصطلاح غیر قابل پیش‌بینی مفهوم بسیار مضیقی دارد و تنها منحصر به مواردی است که بیماری سابقه نداشته و غیر تکراری باشد. بدیهی است که بیماری‌هایی چون طاعون، آنفلوآنزا یا دیگر بیماری‌های واگیردار، با یک بار وقوع در تاریخ معاصر در سال‌های بعدی قابل پیش‌بینی است و یک دولت نمی‌تواند به این بهانه که از زمان دقیق شیوع بیماری اطلاع نداشته است، اقدامی پیشگیرانه در این باب صورت ندهد. هدف از مسئول دانستن دولت در قبال بیماری‌های واگیردار، رسیدن به ثبات و پایداری در پیشگیری از این نوع بیماری‌هاست و اگرچه اقدام دولت در اطلاع‌رسانی به مردم و وضع و اجرای محدودیت‌هایی مانند قرنطینه نیز در شمول آن قرار می‌گیرد، صرفاً یک راهکار سطحی است و دولت موظف به از بین بردن علل و ریشه بیماری‌های واگیردار تا حد امکان از طریق اقدامات تحقیقاتی گسترده، واکسیناسیون عمومی و... می‌باشد. معیار پیش‌بینی‌پذیری حادثه یا غیر قابل پیش‌بینی بودن آن، معیاری جهانی است (۲۳)، بنابراین دولت موظف به

تهیه وسایل پیشرفته برای پیش‌بینی بیماری‌های واگیردار و پیشگیری از آنهاست و نمی‌تواند به این بهانه که امکانات لازم را در اختیار نداشته است، خود را از مسئولیت مبرا سازد؛ ۲- آن دسته از بیماری‌های واگیرداری که قابل پیش‌بینی هستند، در این مورد، اگر ماده ۱۱ قانون مسئولیت مدنی ملاک قرار گیرد، می‌توان قائل به تفکیک میان ورود خسارت در اثر اهمال کارمندان، نقص وسایل و امکانات دولتی یا تقصیر کلی دولت (اطلاع از سابقه حادثه و عدم اقدام به جلوگیری از آن، بدون اینکه منتسب به عضو خاصی از اعضای دولت باشد)، شد. با این حال، ضرورت جبران تمام خسارات در فرض مبتلا شدن به بیماری، اقتضای آن را دارد که زیان دیده با عده‌ای ناشناس که حتی در فرض شناسایی توان جبران فوری یا کلی خسارات وی را ندارند، رو به رو نشود و با دولتی طرف باشد که توان جبران سریع و کامل بخشی از زیان‌های وی (ضررهای قابل جبران) را دارد، البته دولت می‌تواند به کارمندان یا سایر وابستگان دولت که بروز خسارت به نوعی منتسب به ایشان است، مراجعه نماید.

بررسی قوانین کشورها نشان می‌دهد در اغلب این قوانین بر وجود چهار اصل کلی در تصمیم به اعمال مقررات قرنطینه تأکید شده است: ضرورت، اثربخشی و استدلال علمی، تناسب، ارائه خدمات حمایتی و توجیه عمومی. ضرورت به معنای آن است که مقامات بهداشت عمومی فقط در صورت تهدیدی آشکار برای سلامت عمومی باید قرنطینه را اعمال کنند. به موجب شواهد علمی، یعنی اطلاعاتی که بر اساس روش‌های علمی پذیرفته شده و تا حدی اثبات شده‌اند (۲۴). باید این نکته اثبات شود که قرنطینه ضروری و احتمالاً در کنترل بیماری واگیر مؤثر است.

در بند «و» از سرفصل نخست مصوبه شماره ۱۵۸۱۴ الف ش مورخ ۱۳۸۵/۲۷/۵ وزارت کشور تصریح شده است: «پرداخت خسارت به اشخاص حقیقی در اثر اغتشاشات و بحران‌ها» از تکالیف دولت می‌باشد (۲۵).

در ماده ۱۰ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت تصریح شده است: «به دولت اجازه داده می‌شود برای پیش‌آگاهی‌ها، پیشگیری، امداد رسانی، بازسازی و نوسازی مناطق آسیب دیده

اساسی به موضوع قرنطینه، برخی دیگر از اصول مندرج در قانون اساسی به ویژه اصل اعلام وضعیت اضطراری نیز می‌تواند مستمسک اتخاذ تدابیر لازم از جمله قرنطینه برای مقابله با شیوع بیماری‌های واگیر قرار گیرد. وضعیت اضطراری معرف وضعیت استثنایی در نتیجه خطر عمومی است که اجازه کاربرد اختیارات مدیریت بحران را به دولت‌ها می‌دهد (۲۶).

نتیجه‌گیری

بیماری‌های واگیر صرفاً یک موضوع بهداشتی نیستند، بلکه بحران جدی حقوق بشری است و قادر است بنیان‌های اجتماعی و اقتصادی جوامع را ویران کرده و فقر و فلاکت را با خود به همراه داشته باشد. از این رو اولین و مهم‌ترین وظیفه دولت این است که در مواجهه با بحران بیماری‌های واگیر تصمیمات درست در زمان مناسب اعلام و اجرا کند. تصمیمات بی‌موقع که ضمانت اجرای مناسب ندارد و یا تعارضاتی که بین این تصمیمات است، مناسب نیست و نیازمند همکاری بیشتر دولت و مجلس و قوای دیگر برای نظم‌دادن به این مسائل است.

با استفاده از تجارب کشورهای پیشرو، اقدام به تقنینی شایسته در حوزه قرنطینه و اجرایی کردن بند ۲ اصل ۷۹ قانون اساسی یا وضع قانونی به طور مستقل و خاص در این حوزه، پیشنهاد می‌شود.

نظام حقوقی کشورها در مواجهه با موضوع مقابله با بیماری‌های واگیر از طریق قرنطینه هم از قوانین اساسی و هم از قوانین و مقررات عادی استفاده نموده‌اند. دشوارترین بخش قانون قرنطینه، تعیین میزان حمایت از حقوق و آزادی‌های فردی و در عین حال سالم و ایمن نگه‌داشتن مردم است. از آنجا که بین منافع فردی و جمعی تنش اجتناب‌ناپذیری وجود دارد، پیدا کردن تعادل مناسب همیشه مشکل خواهد بود. چالش مهم دولت‌ها در فرایند مقابله با بیماری‌های واگیر عبارت است از چگونگی رعایت همزمان تعهدات حقوق بشری و تأمین سلامت عمومی به مثابه یکی از مصادیق مهم منافع یا مصالح عمومی.

از حوادث غیر مترقبه از جمله سیل، زلزله، سرمازدگی، تگرگ، طوفان، پیشروی آب دریا، آفت‌های فراگیر محصولات کشاورزی و اپیدمی‌های دامی، اعتبار مورد نیاز را در لوایح بودجه سالانه منظور نماید. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و وزارت کشور با هماهنگی دستگاه‌های ذی‌ربط کمک‌های بلاعوض را برای پرداخت خسارت‌دیدگان به طریقی تعیین می‌کنند که سهم اعتبار اقدامات بیمه در جبران خسارت ناشی از حوادث غیر مترقبه یادشده نسبت به کمک‌های بلاعوض، سالانه افزایش یابد و با پوشش بیمه‌ای کامل به تدریج کمک‌های بلاعوض حذف شوند.

ماده ۱۲ قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور تصریح می‌دارد: «به دولت اجازه داده می‌شود در صورت وقوع حوادث طبیعی و سوانح پیش‌بینی‌نشده معادل ۱/۲ درصد از بودجه عمومی هر سال را از محل افزایش تنخواه‌گردان خزانه تأمین کند تا به صورت اعتبارات خارج از شمول با پیشنهاد شورای عالی و تأیید رییس‌جمهور هزینه گردد.»

در بند «م» ماده ۲۸ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی به دولت (مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۴)، «به دولت اجازه داده شده است به منظور پیش‌آگاهی، پیشگیری، امداد رسانی، بازسازی و نوسازی مناطق آسیب‌دیده از حوادث غیر مترقبه از جمله... بیماری‌های در خصوص ضمانت اجرای نقض قرنطینه، اگرچه اصل موضوع قاعده‌ای خاص وضع نشده است، از قواعد کلی موجود استنباط می‌شود که الزامات کافی قانونی برای کیفر اشخاصی که دستورهای بهداشتی را نقض می‌کنند، وجود دارد و شهروندان علاوه بر مسئولیت اخلاقی و شرافتی و مسئولیت اجتماعی به منظور پرهیز از ارتکاب هرگونه عمل که امنیت زیستی جامعه را به خطر اندازد، دارای مسئولیت‌های جدی قانونی هستند و مکلف‌اند دستورها و موازین اعلامی توسط مقامات مسئول را رعایت کنند و در این زمینه می‌توان مواد ۶۸۸ (تهدید بهداشت عمومی) و ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی (مسئولیت ناشی از فعل زانیار) را مجری دانست. فارغ از استفاده از ظرفیت کلی قانون اساسی در تضمین حق سلامت افراد و اشاره صریح برخی قوانین

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تقدیر و تشکر

ابراز نشده است.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

با بررسی قوانین و مقررات مرتبط پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

۱- تعیین نحوه اجرای بند ۲ اصل ۷۹ قانون اساسی یا تلاش برای وضع قانونی خاص در زمینه قرنطینه به منظور مواجهه با شیوع بیماری‌های واگیر و جزئی نگری در مفاد آن قانون، اعم از تعیین شرایط دقیق قرنطینه، مقامات مسئول آن، حدود و ثغور آن، ضمانت نقض آن و نحوه جبران آثار حاصل از آن ضروری است.

۲- با توجه به ظهور بیماری‌های واگیر جدید وضع قانونی معین و جامعی که متضمن موارد اعمال قرنطینه، نحوه اجرای آن، مقامات مسئول، حدود و ثغور، ضمانت نقض و نحوه جبران آثار حاصل از آن باشد.

۳- سیستم بهداشت همگانی باید به گونه‌ای باشد که همگان بتوانند از فرصت‌های برابر برای دسترسی به داروهای اساسی، خدمات و مراقبت‌های درمانی و بهداشتی اساسی، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها بهره‌مند گردند.

۴- نظام سلامت در ایران برای عملکرد مطلوب و کارآمد باید الگوهای توسعه‌ای خود را متناسب با ساختارهای اجتماعی و فرهنگی و بومی کشور شکل دهد. تصمیمات و رفتار حاکمان در شکل‌گیری کنش‌ها و رفتارهای اجتماعی نیز بسیار مؤثر است. از سوی دیگر تقویت و گسترش فرهنگ استدلالی در مواجهه با مسائل و پذیرش یا رد مقولات اجتماعی و فرهنگی با استدلال از جمله عواملی است که در حل معضلات اجتماعی مؤثر است.

مشارکت نویسندگان

لیلا ناصری: نگارش اولیه، تجزیه و تحلیل داده‌ها.

محمود عباسی: بازبینی مقاله و نظارت بر آن.

مریم‌السادات محقق داماد: گردآوری منابع و انطباق موارد با موازین قانونی.

لادن عباسیان: بازبینی مقاله و نظارت از حیث مسائل پزشکی. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

References

1. Najafi B. Law of International Organizations (WHO) Health Law. 1st ed. Tehran: Mizan Publications; 2013. [Persian]
2. Khaleghparast H, Rasekh M, Naimii E. Legal analysis of Iran's social security in light of the principles and patterns of a desirable social security system. *Social Welfare Quarterly*. 2017; 17(64): 9-37. [Persian]
3. Safaei SH. Civil Liability of Public Institutions and Review of the New Government Bill. *Journal of Comparative Law*. 2006; 1(1): 21. [Persian]
4. Katozian N. Coercive Guarantee Civil Law. Tehran: University of Tehran; 1990. [Persian]
5. Report of the Examining the legal responsibility of corona patients; From intentional murder to payment of ransom. IRNA news agency's interview with Payam Darfashan, lawyer. Available at: <https://www.irna.ir/news>.
6. The Canadian constitution, section 91(11). Available at: <https://www.laws-lois.justice.gc.ca>.
7. Quarantine Act, S.C. 2005, c.20. Available at: <https://www.laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/Q-1.1/FullText.html>.
8. Page EM. Balancing individual rights and public health safety during quarantine: The US and Canada. *Case W Res J Int'l L*. 2006; 38(3): 517-537.
9. Smith MJ, Bensimon CM, Perez DF, Sahni SS, Upshur RE. Restrictive measures in an influenza pandemic: A qualitative study of public perspectives. *Canadian Journal of Public Health*. 2012; 103(5): e348-e52.
10. Chen RB. Closing the Gaps in the US and International Quarantine Systems: Legal Implications of the 2007 Tuberculosis Scare. *Hous J Int'l L*. 2008; 31(1): 83-121.
11. Australia Constitution, art.51. Available at: <https://www.rc.majlis.ir/fa/law/show/133706>.
12. Gray A. The Australian quarantine and biosecurity legislation: Constitutionality and critique. *Journal of Law and Medicine*. 2015; 22(4): 788-810.
13. Gostin LO, Berkman BE. Pandemic influenza: ethics, law and the public's health. *Admin L Rev*. 2007; 59(1): 121-175.
14. Berger S, Moreno JD. Public trust, public health and public safety: A progressive response to bioterrorism. *Harv L & Pol'y Rev*. 2010; 4(2): 295-317.
15. Tangwa GB, Abayomi A, Ujewe SJ, Munung NS. Socio-cultural Dimensions of Emerging Infectious Diseases in Africa: An Indigenous Response to Deadly Epidemics. Switzerland: Springer; 2019.
16. Shuaib F, Gunnala R, Musa EO, Mahoney FJ, Oguntimehin O, Nguku PM, et al. Ebola virus disease outbreak-Nigeria. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014; 63(39): 867-872.
17. Quarantine Act of 1926. Available at: <https://www.lawsofnigeria.placng.org/laws/Q2.pdf>.
18. Gostin LO, Cabrera OA, Patterson D, Magnusson R, Nygren-Krug H. Advancing the Right to Health: The Vital Role of Law. Geneva: World Health Organization; 2017.
19. Roffey R. Russia's Emercom: Managing emergencies and political credibility. Sweden: FOI Pub; 2016.
20. Waterman SH, Escobedo M, Wilson T, Edelson PJ, Bethel JW, Fishbein DB. A new paradigm for quarantine and public health activities at land borders: Opportunities and challenges. *Public Health Reports*. 2009; 124(2): 203-211.
21. Patro BK, Tripathy JP, Kashyap R. Epidemic diseases act 1897, India: Whether sufficient to address the current challenges? *Journal of Mahatma Gandhi Institute of Medical Sciences*. 2013; 18(2): 109-111.
22. Kim C. Legal issues in quarantine and isolation for control of emerging infectious diseases. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2016; 49(1): 1-17.
23. Qureshi AA. Coronavirus & contracts: How the coronavirus may trigger force majeure. *American Journal of Law & Medicine*. 2020; 46(1): 133-136.
24. Hemati P, Akbari H, Maboudi MB, Rezae F, Dadras MN. International Health Regulations. Tehran: Tandis Publications; 2017. [Persian]
25. Zargosh M. Civil responsibility of the government, general rules, principles and principles. Tehran: Mizan Publications; 2010. [Persian]
26. Mohebbi D, Karmi H. Essence of response patterns to emergency situations with an emphasis on the Constitution of the Islamic Republic of Iran. *Security Horizons Journal*. 2016; 9(32): 67-98. [Persian]