

Analyzing the Government's Responsibility in Dealing with Epidemics in the Framework of National and International Standards

Yaghoub Alizadeh*¹, Babak Marandi²

1. Assistant Professor, Department of Theology, Islamic Jurisprudence and Law, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: y_alizadeh@pnu.ac.ir

2- Ph.D in Private Law, University of Tehran, Tehran, Iran.

Received: 03 Jul 2023 **Revised:** 21 Sep 2023 **Accepted:** 17 Nov 2023 **Available Online:** 20 Mar 2024

Abstract: Since the beginning of history, epidemic diseases have been one of the threatening factors, not only for the health of human beings, but also to disrupt or stop the growth and development of societies and even at times, it has caused the death of millions of people. For this reason, there is a very close connection between the right to health as one of the examples of ensuring the right to life and human security. On the other hand, one of the components of human security is health security. The meaning of providing health security is that people have security against the threats caused by diseases, disability and death as pervasive threats and do not see their health at risk of being affected by these threats. Epidemic diseases do not remain within the borders of a country or region due to the characteristic of rapid spread and the faster and easier global human communication becomes, the spread of epidemic diseases has also become easier and for this reason, as Pervasive threats are known in the world. For this purpose, both from the point of view of jurisprudential standards such as the rule of the obligation to prevent possible harm and the rule of harmlessness and from the point of view that in the Islamic system, the government is obliged to provide a platform for the perfection of man, it is to be recognized as responsible in dealing with epidemic diseases. Also, the government in the system of the Islamic Republic of Iran is responsible for the right to the health of the people according to the constitution and higher documents of the country. In the international arena, epidemic diseases are recognized as one of the main challenges of humanity. To such an extent that the United Nations Security Council has introduced the spread of AIDS and Ebola as a threat to humanity. Also, according to the international health regulations of the World Health Organization, the protection of basic human freedoms in line with the United Nations Charter, the duty of protecting all people from infectious diseases has been entrusted to the member states.

Keywords: Government Responsibility, Pandemic, Right to Health, Jurisprudence, Domestic Law, International Law.

Please Cite This Article As: Alizadeh, Y & Marandi, B(2023). "Analyzing the Government's Responsibility in Dealing with Epidemics in the Framework of National and International Standards". *Iranian Health System Law*, 1(1): 17-30.

Copyright

This is an open access article distributed under CC BY 4.0 License.

© 2024 The Authors.

واکاوی مسؤلیت دولت در مقابله با بیماری‌های همه‌گیر در چهار چوب موازین ملی و بین‌المللی

یعقوب علیزاده*، بابک مرندی^۲

۱. استادیار، گروه الهیات فقه و حقوق اسلامی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: y_alizadeh@pnu.ac.ir

۲- دکتری حقوق خصوصی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۱۲ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۲/۰۶/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۶ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۱/۰۱

چکیده:

از ابتدای تاریخ بیماری‌های همه‌گیر یکی از عوامل تهدیدزا، نه تنها برای سلامتی افراد انسانی بوده، بلکه رشد و توسعه در جوامع را نیز با اختلال یا توقف مواجه نموده و حتی در مواقعی موجب از بین رفتن میلیون‌ها نفر شده است. به همین دلیل ارتباط بسیار نزدیکی میان حق بر سلامت به‌عنوان یکی از مصادیق تأمین‌کننده حق حیات افراد و امنیت انسانی وجود دارد. از طرف دیگر یکی از مؤلفه‌های امنیت انسانی، امنیت بهداشتی است. منظور از تأمین امنیت بهداشتی آن است که اشخاص در مقابل تهدیدات ناشی از بیماری‌ها، ناتوانی و مرگ به‌عنوان تهدیدات فراگیر امنیت داشته باشند و سلامت خود را در معرض خطر اثر پذیرفتن از این تهدیدات نبینند. بیماری‌های همه‌گیر به دلیل خصلت شیوع سریع داخل مرزهای یک کشور یا اقلیم نمانده و هر اندازه ارتباطات انسانی جهانی سریع‌تر و سهل‌تر می‌شوند، به همان اندازه هم شیوع بیماری‌های همه‌گیر راحت‌تر شده و به همین دلیل به‌عنوان تهدیدات فراگیر در عرصه جهانی شناخته می‌شوند. به همین منظور نیز هم از منظر موازین فقهی همچون قاعده وجوب دفع ضرر محتمل و قاعده لاضرر و هم به لحاظ این که در نظام اسلامی دولت مکلف به فراهم آوردن بستر کمال یافتن انسان است، در مقابله با بیماری‌های همه‌گیر مسؤول شناخته می‌شود. همچنین دولت در نظام جمهوری اسلامی ایران در قبال حق بر سلامت مردم به موجب قانون اساسی و اسناد بالادستی کشور مسؤول است. در عرصه بین‌المللی نیز بیماری‌های همه‌گیر به‌عنوان یکی از چالش‌های اصلی بشریت شناخته شده است، به حدی که شورای امنیت سازمان ملل متحد شیوع بیماری‌های ایدز و ابولا را به‌عنوان تهدیدی علیه بشریت معرفی نموده است. همچنین براساس مقررات بهداشتی بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت، حفظ آزادی‌های اساسی بشر در راستای اساسنامه سازمان ملل متحد، وظیفه محافظت از همه مردم از بیماری‌های واگیردار را برعهده کشورهای عضو قرار داده است.

کلمات کلیدی: مسؤولیت دولت، بیماری همه‌گیر، حق بر سلامت، فقه، حقوق داخلی، حقوق بین‌الملل.

خوانندگان این مجله، اجازه توزیع، ترکیب مجدد، تغییر جزئی و کار روی حاضر به صورت غیرتجاری را دارند.



© تمامی حقوق انتشار این مقاله، متعلق به نویسنده می‌باشد.

مقدمہ

عالم حقوق از اجزایی تشکیل شده است. یکی از این اجزاء بازیگران هر حوزه حقوق به طور اختصاصی هستند. دو بازیگر مهم حوزه حقوق عمومی دولت‌ها و شهروندانشان هستند. همان گونه که دولت‌ها برای ایفای نقش خود در حکمرانی از اقتدار عالیہ در مقابل شهروندانشان و سایر تابعان حقوق عمومی برخوردار هستند، تکالیفی نیز در این راستا بر عہدہ دارند. در این راستا، شهروندان هر دولت زیر سایہ ہنجارهایی قرار می‌گیرند کہ روابط آن‌ها را با دولت متبوعشان تنظیم می‌نماید. بہ این ہنجارہا، حقوق شهروندی گفته می‌شود. در سایہ حقوق شهروندی، دولت‌ها تکالیفی را نسبت بہ شهروندان تابع خود بر عہدہ دارند، بہ علاوہ دولت‌ها در مقابل تمام اینای بشر، صرف نظر از این کہ شهروند آن دولت باشند یا بیگانہ شناختہ شوند، بر عہدہ دارند.

از جملہ تعہدات دولت‌ها در قبال شهروندان خود کہ ہم در فقہ و حقوق داخلی ایران و ہم در اسناد بین‌المللی شمارده شدہ، وظیفہ حمایت از حق بر سلامتی بہ عنوان یکی از لوازم حق حیات و از جملہ حقوق اساسی بشری است. حق ہر انسانی در حفظ سلامت و برخوردارگی از سطوحی از امنیت بہداشتی بہ عنوان یکی از مصادیق لوازم عالیہ حق بر حیات و برخوردارگی از حقوق اساسی بشر بہ ذات انسانی شهروندان دولت‌ها بازگشتہ و شهروندان دولت‌ها بر اساس کرامت ذاتی انسان باید بدون تبعیض از این حق بہرہ‌مند و برخوردار باشند.

ہمچنین یکی از وظایف دولت‌ها تأمین امنیت در جامعہ است. یکی از مصادیق تأمین امنیت انسانی، تأمین امنیت بہداشتی است. یکی از عواملی کہ ظرفیت وارد کردن خدشہ بہ امنیت بہداشتی را داشته باشد، بیماری‌های ہمہ‌گیر است. در مواقعی، شیوع بیماری‌های ہمہ‌گیر نظیر ہمہ‌گیری بیماری کووید-۱۹، ممکن است تبدیل بہ یک موقعیت بحران آفرین جهانی شود. این بحران‌ها کہ در ادبیات اندیشمندان علوم اجتماعی بہ عنوان بحران‌های بیولوژیکی شناختہ می‌شوند، اوضاع حاکم بر جامعہ را از حالت عادی خارج می‌کند. در این شرایط مسؤولیت دولت در زمینہ ایفای تعہد خود نسبت بہ حق بر سلامت شهروندان، تنها بہ در اختیار گذاشتن امکانات بہداشتی محدود نمی‌شود. در چنین شرایطی دولت‌ها باید نسبت بہ انجام اقداماتی بپردازند کہ از حق بر سلامتی شهروندانشان حمایت مؤثر بہ عمل بیاورند. بخشی از این اقدامات ممکن است جنبہ سلبی داشته و برخی دیگر جنبہ ایجابی دارند.

بہ علاوہ زمانی کہ بحران‌هایی نظیر بیماری‌های ہمہ‌گیر از سطح یک کشور خارج شدہ و در کشورہای دیگر نیز شیوع پیدا کردہ و امنیت جهانی را با تہدید مواجه می‌سازند، شرایط خاصی را بہ وجود می‌آورد، مانند اعلام وضعیت تہدید علیہ صلح و امنیت جهانی در قبال سرایت بیماری‌های ایدز و ابولا توسط شورای امنیت سازمان ملل متحد. بر ہمین اساس نیز برخی محققین بر این باورند کہ ہمہ‌گیری بیماری کووید-۱۹، نیاز بہ تصویب معاهدات الزام‌آور نظیر آنچه در حوزه‌های حقوق بشر و حقوق محیط زیست در عرصہ بین‌المللی حاکم است، برای تنظیم روابط تابعان حقوق بین‌الملل در این حوزه حس می‌شود. این معاهدات باید بہ گونه‌ای باشد کہ نہ فقط مسؤولیت دولت‌ها، بلکہ سایر بازیگران حقوق بین‌الملل را ہم شناسایی کند.

بر ہمین اساس نیز پاسخ بدین سؤال کہ مسؤولیت دولت در مقابلہ با بیماری‌های ہمہ‌گیر بہ عنوان یکی از عوامل تہدیدکنندہ سلامت شهروندان در چہارچوب موازین ملی و بین‌المللی چگونه ارزیابی می‌شود، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بہ نظر می‌رسد دولت‌ها در حفاظت از شهروندان خود در مقابل تہدیدات ناشی از انتقال و شیوع بیماری‌های مسری و ہمہ‌گیر نسبت بہ سلامت شهروندان خود مسؤول هستند. بہ ہمین منظور در ابتدا باید دید حق شهروندان در برخوردارگی از امنیت بہداشتی و حمایت از سلامت آنان در فقہ، حقوق داخلی ایران و اسناد بین‌المللی از چہ جایگاهی در حوزه تعہدات دولت برخوردار است.

۱- حق بر سلامت و امنیت بہداشتی

حق بر سلامت، حق اساسی بشری است کہ حتی برای اجرای دیگر حقوق بشری نیز لازم و ضروری قلمداد می‌شود (Beyleveld & Brownsword, 1998: 51). حق بر سلامت، حقی حیاتی و مستلزم اتخاذ تصمیم سریع و قطعی از حیث تحقق آن است (Belanger, 2011: 17-19). مفاد و محتوای حق بر سلامت ناشی از برنامه «سلامت برای ہمہ» و «مراقبت سلامت اولیہ» در سازمان جهانی بہداشت است کہ مقرر می‌کند: «مبنایی برای سلامت وجود دارد کہ سطح پایین‌تر و کمتر از آن در هیچ کشوری پذیرفتنی

نیست» (Dominguez, 2013: 11). اغلب گفته می‌شود دولت‌هایی که قادر نیستند اقدام لازم درخصوص تحقق حق بر سلامت را انجام دهند، ملزم به برداشتن گام‌هایی جهت تحقق این هدف نیستند یا این که می‌توانند به‌طور نامحدود تعهدات خود را به تأخیر اندازند (Committee on Economic- Social and Cultural Rights, 2000: 1-2). در زمان بررسی سطح اعمال این حق در یک کشور خاص، در دسترس بودن منابع در شرایط توسعه، لحاظ می‌شود (نجفی، ۱۳۹۲: ۳۲-۳۳). با این وجود، هیچ دولتی نمی‌تواند کوتاهی در رعایت تعهدات را به‌لحاظ نبود منابع توجیه کند. دولت‌ها باید حق بر سلامت را در اکثر منابع موجود خود تضمین کنند (Mahoney & Mahoney, 1993: 110-111)، هرچند این امر بسیار دشوار باشد و درحالی‌که گام‌ها و اقدام‌ها به شرایط خاص بستگی دارند همه کشورها باید در جهت ایفای تعهدات خود از حیث رعایت، حمایت و اجرا کوشش کنند (OHCHR, 2007: 323).

علاوه بر حق سلامت، امنیت بهداشتی از دیگر مؤلفه‌های نظری مقاله حاضر است. نگاه سنتی به امنیت، دولت‌محور است و دولت را در مرکز امور امنیتی قرار می‌دهد و تأمین و حدود آن بسته به اراده و نظر دولت است (کر، ۱۳۸۷: ۶۲۶-۶۰۱). بنابر این نظر، دولت در درون سرزمین خود حاکمیت مطلق دارد، یعنی در درون خود، خودمختار است. در این دیدگاه امنیت دولت مساوی با امنیت مردم است و تأمین امنیت دولت خودبه‌خود منجر به تأمین امنیت مردم می‌شود، چراکه دولت در درجه نخست قرار دارد و افراد در درجه دوم. در اینجا دولتی قدرتمند است که بتواند خودمختاری خود را در صحنه بین‌المللی نیز حفظ کند، یعنی میزان ضریب امنیت دولت در مقیاس با تهدیدات خارجی ارزیابی می‌شود (افتخاری، ۱۳۷۹: ۹-۱۰)، اما مفهوم دیگری که مورد توجه قرار گرفته و تا حد زیادی نوظهور است، امنیت انسانی است. این مفهوم به معنی آزادی از ترس و احترام به کرامت انسانی برای مشارکت در فعالیت اجتماعی است. در اینجا، اهمیت به افراد داده می‌شود نه دولت و در عین حال، هدف تنها قراردادن فرد در کانون جهان‌بینی فکر نیست، بلکه حفظ حداقل‌های زندگی و شأن آبرومندانه انسان با هر اندیشه، آرمان و باوری است. به تعبیر نلسون ماندلا «مردم عادی نیاز به فرصت ساده برای زندگی آبرومندانه، سرپناه مناسب و غذا خوردن، امکان مراقبت از فرزندان و زندگی محترمانه، آموزش مناسب برای تأمین مخارجشان، بهداشت و دسترسی به شغل دارند» (غریب‌زندی، ۱۳۸۷: ۵۴۱-۵۴۵). در این مفهوم، امنیت تحت تأثیر قرار گرفته است.

امنیت انسانی همه جنبه‌های ژرف، مهم و ضروری زندگی انسانی را پوشش نمی‌دهد، بلکه هسته حیاتی معدودی از فعالیت‌ها و قابلیت‌های انسانی را شناسایی و حراست می‌کند. امنیت انسانی شامل هفت بعد امنیت اقتصادی، امنیت غذایی، امنیت بهداشتی و سلامت، امنیت زیست‌محیطی، امنیت شخصی، امنیت اجتماع و امنیت سیاسی می‌شود. امنیت بهداشتی، بیش از سایر ابعاد امنیت انسانی با موضوع مقاله حاضر مرتبط است. امنیت بهداشتی، به مبارزه با آن دسته از ناامنی‌هایی می‌پردازد که در اثر شیوع امراض مسری و انگلی در مناطق آسیب‌پذیر با عواقب و پیامدهای سوءصنعتی شده کشورها به‌وجود می‌آید. به تعبیری دیگر، امنیت بهداشتی، به آزادی افراد از انواع بیماری‌ها و دسترسی آنان به مراقبت‌های سلامتی، اشاره دارد. امنیت بهداشتی، هسته حیاتی و ابزاری ضروری برای دستیابی به امنیت انسانی است و بیماری، ناتوانی و مرگ، «تهدیدات حیاتی فراگیر» برای امنیت انسانی هستند (Mach, 2006: 181-182). سلامتی و امنیت انسانی، به‌طور جدایی‌ناپذیری با هم مرتبط هستند، زیرا شیوع بیماری‌های مسری مختلف (مانند سارس در سال ۲۰۰۳، آنفولانزای پرندگان، ابولا، ایدز، سل، مالاریا و ...) که جزء فوریت‌های بهداشتی جهان محسوب می‌شوند، تصاویر کاملی از این واقعیت ارائه کرد که بیماری در مرزهای ملی، محدود نمی‌شوند. موارد مطرح‌شده ناتوانی برای حفاظت از سلامت مردم که به موضوع مهم اجتماعی تبدیل شده، دلالت بر این دارد که هیچ کشوری نمی‌تواند، امنیت انسانی افراد و جوامع را در داخل مرزهای ملی خود، محافظت نماید (Keizo & Masamine, 2008: 166-169).

باتوجه به مطالبی که گفته شد، ارتباط بسیار نزدیکی میان حق بر سلامت و امنیت بهداشتی وجود دارد. توانمندساختن انسان‌ها از نظر سلامت و بهداشت عمومی دارای اهمیت است، به‌طوری‌که بحث تأمین سلامت عمومی افراد بشری همواره به‌عنوان تعهدات دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی متولی این امر مطرح بوده است و نه تنها به منزله نفی امنیت دولت‌ها نیست، بلکه تحقق آن

می‌تواند پشتوانه امنیت داخلی آن‌ها قرار گیرد. به عبارت دیگر، رویکرد امنیت انسانی بر رفع شرایط خلاف موازین سلامت عمومی، دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی، وضع قوانین مربوط به سلامت و بهداشت عمومی و جایگزین رویکرد امنیت دولت‌محور است. با عنایت به این که حق بر سلامت و بهداشت عمومی در بسیاری از اسناد بین‌المللی و منطقه‌ای حقوق بشر مورد تأکید قرار گرفته و تأثیر شگرفی در نظام بین‌الملل حقوق بشر گذاشته است، می‌توان آن را به‌عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری مطرح کرد (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۳: ۵۱-۵۳). بر این اساس، حق بر سلامت و بهداشت عمومی، حق بر یک نظام حمایتی است که فرصت برابر بهره‌مندی از بالاترین سطح بهداشتی را برای آحاد جوامع بشری از سوی دولت‌ها فراهم می‌آورد. بنابراین به‌لحاظ ماهیتی می‌توان تمامی این حق را موجب پایداری فردیت انسانی و نبود آن را سبب از هم‌گسیختگی رفاه و سلامتی انسان‌ها دانست، لذا هر فردی به‌مثابه عضوی از جوامع انسانی صرف نظر از ملاحظات نژادی، سیاسی و فرهنگی دارای چنین حقوقی و استحقاق لازم از آن می‌باشد. تصویب اسناد و پیمان‌نامه‌های بین‌المللی مرتبط با چنین حقوقی و نیز وضع قوانین موضوع داخلی مرتبط در این زمینه خود دلیلی بر تأیید این مدعا است (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۴۱-۱۴۳؛ گرجی، ۱۳۸۳: ۲۵-۲۹).

امروزه خطر شیوع بیماری‌های مسری نوین و یا یک نوع از آنفلوآنزای فراگیر به‌عنوان یک تهدید امنیتی مورد بحث قرار گرفته است. گسترش فزاینده سارس در سال ۲۰۰۳، اگرچه به مرگ افراد نسبتاً اندکی منجر شد، ولی به جامعه جهانی اخطار داد که یک بیماری چقدر سریع می‌تواند گسترش یابد و امنیت انسانی را به خطر اندازد (Toebe, 2015: 10-13). همچنین با شیوع بیماری ابولا، نگرانی بین‌المللی درخصوص امنیت بین‌المللی مطابق با مقررات بهداشتی بین‌المللی مطرح گردید، به‌طوری که اعضای شورای امنیت ملل متحد در اوایل جولای ۲۰۱۴ نگرانی عمیق خود را درخصوص شیوع سریع ویروس مرگبار ابولا در برخی کشورهای غرب آفریقا اعلام کردند (شجاع، ۱۳۸۷: ۹۱-۹۵). یک عامل بیماری‌زا به آسانی می‌تواند حاکمیت داخلی یک دولت را تحت تأثیر خود قرار دهد، چراکه شهروندان آن دولت را قربانی می‌کند و به اقتصاد آن آسیب وارد می‌سازد، در نتیجه تمام بیماری‌های نوین، کشنده و مسری که قابل انتقال در سطح بین‌المللی هستند، می‌توانند تهدیدی جدی برای حق بر سلامت و امنیت بهداشتی به‌شمار آیند.

۲- تعهدات دولت در حفاظت از شهروندان در مقابلہ با بیماری‌های همه‌گیر از منظر فقه

رعایت بهداشت فردی و اجتماعی علاوه بر آثار و عوارض آن، از ارزش‌های پسندیده اسلامی است. خدای متعال در آیه ۴ سوره مدثر خطاب به پیامبر می‌فرماید: «و لباس خود را پاکیزه نگه دار»، رعایت نکردن بهداشت فردی، توسط ائمه (ع) به شدت مذمت شده است. به‌عنوان نمونه امیرالمؤمنین (ع) در حدیثی، با تأکید ویژه‌ای بر بهداشت و تندرستی می‌فرماید: «همواره خود را با آب از بوهای بد شستشو دهید و مراقب بهداشت خود باشید، زیرا خداوند از افراد کثیف و آلوده که بهداشت را رعایت نمی‌کنند، متنفر است» (علامه مجلسی، ۱۴۰۴: ۲۳۴). در روایات آلوده کردن محیط اجتماعی که باعث ضرر و زیان به جامعه می‌شود، ضمان آور دانسته شده است.

۲-۱- قاعده وجوب دفع ضرر محتمل

قاعده وجوب دفع ضرر محتمل از قواعد معتبر فقهی است که مفادش این است که باید انسان از هر چیزی که احتمال ضرر اعم از دنیوی و اخروی در آن بدهد، پرهیز کند. مطابق قاعده مورد اشاره، هرگاه فردی احتمال وقوع ضرر از ناحیه‌ای بدهد، لازم است از آن اجتناب نماید که این امر به تعهدات دولت‌ها نیز قابل تسری است. ضرر در این قاعده شامل ضرر متوجه به خود انسان و ضرر متوجه به دیگری می‌شود. در بیماری واگیردار ضرر متوجه به اشخاص دیگر است. در بیماری کرونا احتمال این ضرر خیلی بالا و قوی است، زیرا موجب آسیب‌های بزرگ و حتی مرگ می‌شود (هادی، ۱۳۹۹: ۶۱). بر این اساس همه اعضای جامعه باید جهت دفع ضرر مظنون اعم از جانی و مالی بهداشت را رعایت کنند و تخطی از امور بهداشتی حرام است (بجنوردی، ۱۴۱۹: ۸۲). عدم رعایت بهداشت در برابر بیماری‌های واگیردار مانند کرونا سبب ورود ضرری بزرگی به جامعه می‌شود. این ضرر در بیماری واگیردار خیلی چشم‌گیر است، زیرا این بیماری خیلی سریع انتقال می‌یابد. بر همین اساس عدم رعایت بهداشت فردی و رعایت نکردن اقدامات بهداشتی جهت پیشگیری از بیماری واگیردار ممنوع است و دولت متعهد به تدوین قوانین لازم و اجرای قوانین وضع‌شده

در این خصوص است. در شیوع بیماری‌های واگیردار مانند کرونا، به دلیل این که خطر بسیار جدی است و به‌ویژه در مورد افراد کهنسال و افرادی که دارای بیماری زمینه‌ای هستند، ممکن است باعث صدمات جدی و حتی منجر به مرگ نیز بشود، الزام به مواظبت و رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی از سوی دولت ضروری است و سهل‌انگاری و تسبیب در انتشار بیماری‌های واگیردار ضمان‌آور است.

۲-۲- قاعده لاضرر و تعهدات دولت در اجرای احکام اسلامی

قاعده نفی ضرر که از آن با عنوان «لاضرر» یاد می‌شود، از قواعد فقهی و حقوقی مشهور است (بجنوردی، ۱۴۱۹: ۸۹؛ محقق داماد، ۱۴۰۶: ۲۵-۲۶) که مستند بسیاری از مسائل فقهی و حقوقی است (محقق داماد، ۱۴۰۶: ۹۱). قاعده به ادله فراوانی، از جمله آیه ۲۳۳ سوره بقره مستند است که مطابق با آن: «هیچ مادری نباید به فرزندش ضرر برساند و نیز هیچ پدری نباید به فرزندش زیان بزند. این آیه به مادران اعلام می‌دارد که با قطع شیر، موجب زیان و ضرر فرزند خود نشوند و پدران نیز با قطع نفقه، چنین ضرری وارد نکنند.» این اصل در خصوص تعهدات دولت در قبال شهروندان نیز مصداق دارد. دولت در راستای سلامت شهروندان ایجاد نظم عمومی متعهد به اجرای قاعده لاضرر است. در واقع این قاعده، به‌خاطر جلوگیری از تجاوز به حریم دیگران، حفظ نظم عمومی و حفاظت از مجموعه دارایی افراد جامعه به‌وجود آمده است. بر این اساس کسی که با عدم رعایت بهداشت در برابر این بیماری جان و مال دیگران را تلف می‌کند، ضامن خواهد بود. کسانی که امور بهداشتی در برابر بیماری‌های واگیردار مانند کرونا را رعایت نمی‌کنند و در صورت ابتلا به این بیماری آن را از دیگران مخفی کنند و دیگران به این بیماری مبتلا شوند و در نتیجه این بیماری خسارتی بر آنان وارد آید، آن اشخاص ضامن خسارت خواهند بود. این قاعده شامل دولت نیز می‌شود و دولت متعهد است زمینه هرگونه ضرر علیه شهروندان را از بین ببرد.

۲-۳- مسؤلیت دولت در ایجاد رفاه عمومی

یکی از اهداف حکومت اسلامی در سطح کلان، رفاه عمومی است، البته رفاه عمومی نسبت به سعادت که آفرینش انسان به‌خاطر آن است، به‌عنوان هدف مقدمی است (میرمعزی، ۱۳۷۸: ۳۹؛ یوسفی، ۱۳۸۷: ۵۱-۵۲)، پس اگر امری برای همه مردم ضروری باشد، به‌گونه‌ای که آن‌ها در زندگی خود برای رسیدن به سعادت باید آن را به‌دست آورند، آن امر، هدف حکومت اسلامی نیز محسوب خواهد شد، چون اهداف حکومت اسلامی در هر عرصه‌ای باید به‌گونه‌ای تعیین شود که با تحقق آن اهداف، مردم به سعادت و کمال - که هدف آفرینش انسان است - دست یابند. این مطلب در ادله‌ای که برای رفاه عمومی ارائه می‌شود، مورد استفاده قرار می‌گیرد.

برای این که انسان به هدف از آفرینش خود (کمال) برسد، باید هر دو بعد مادی و روحی او به کمال برسد، البته کمال بعد مادی انسان باید در خدمت کمال بعد روحی او قرار گیرد تا کمال و سعادت نهایی انسان حاصل شود. بی‌تردید، انسانی که دارای عقل و بدن سالم باشد، توان حرکتش به سوی کمال و سعادت، بیش از انسانی است که از این دو نعمت بزرگ الهی بهره‌چندانی ندارد. از این رو امام باقر (ع) در دعایی، رفاه و توانایی را از خدا می‌خواهد تا بتواند خدا را عبادت کند و به سعادت برسد: «خدایا! تا زمانی که مرا زنده نگه می‌داری، رفاه و آسایش در زندگی‌ام را از تو می‌خواهم تا بدان وسیله، توان بر اطاعت تو یابم و به وسیله اطاعت تو به بهشت تو نائل آیم» (طوسی، ۱۴۱۶: ۱۴۹). در روایات نیز یکی از اهداف دولت امین رفاه و آسایش مردم عنوان شده است. امام صادق (ع) در این خصوص می‌فرماید: «پنج چیز است که هرکس یکی از آن‌ها را نداشته باشد، زندگی‌اش همواره با کاستی مواجه، خردش سرگشته و فکرش مشغول است: اول، تندرستی؛ دوم، امنیت؛ سوم، فراخی در روزی؛ چهارم، همدم سازگار و هم‌نشین نیک و پنجم که جامع همه این‌ها است، رفاه و آسایش است» (محمدی ری‌شهری، ۱۴۱۶: ۲۴۱). در روایت مذکور، اولین نعمت تندرستی است. در واقع سلامتی یکی از مهم‌ترین ابعاد و زمینه‌ساز تحقق رفاه است. حضرت علی (ع) در نامه خود به مالک اشتر، رفاه و گشایش را از وظایف حکومت می‌داند: «نزد خدای متعال برای تمام مردم گشایش و رفاه قرار داده شده است و تمام مردم بر حاکم، حق دارند، چندان که امور آنان را سامان دهد» (نهج البلاغه).

بدیهی است یکی از لوازمات رفاه، سلامت شهروندان است که بیماری واگیردار تهدیدی جدی علیه آن به‌شمار می‌رود، زیرا بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های ناشی از یک عامل عفونی خاص یا فرآورده‌های سمی آن است که با انتقال مستقیم یا غیرمستقیم آن عامل یا فرآورده‌های آن به‌وسیله انسان‌ها، حیوان‌ها، گیاه‌ها، اشیا و هوا انتقال می‌یابند و در کل جامعه به‌سرعت پخش می‌شوند (فولادبند، ۱۳۹۲: ۷۹). بیماری کرونا، از جمله یک بیماری واگیردار بسیار خطرناک است که باعث صدمات جدی به فرد و حتی منجر به مرگ افراد می‌شود (رحمانی، ۱۳۹۳: ۱۶۵)، لذا دولت متعهد به مقابله با آن است. به‌عبارت دقیق‌تر، یکی از اهداف حکومت اسلامی، رفاه عمومی است و از آنجا که شهروندان در نتیجه بیماری‌های همه‌گیری چون کرونا در وضعیت عسر و حرج و گرفتاری قرار می‌گیرند، عملاً علیه رفاه آن‌ها اقدام می‌شود و این با وظایف و تکالیف حکومت اسلامی در ایجاد رفاه و فراهم‌آوردن بستر کمال مغایر داشته و مغایر تعهدات آن است.

۳- تعهدات دولت در حفاظت از شهروندان در مقاله با بیماری‌های همه‌گیر از منظر حقوق ایران

در نظام حقوقی ایران، در اسناد حقوقی متعددی، دولت در قبال حق بر سلامت مردم متعهد است. یکی از اسناد بسیار مهم در این خصوص، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران است. دولت در اصول متعدد قانون اساسی متعهد به تأمین حق بر سلامت مردم شده است.

اصل ۲۹ قانون اساسی، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همگان به رسمیت می‌شناسد. مطابق اصل مذکور «برخوردری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و ... حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های ملی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.»

براساس اصل مذکور در نظام حقوقی ایران، تأمین اجتماعی و سازوکارهای حمایتی آن، به‌عنوان حق مسلم و همگانی همه افراد مورد توجه قرار گرفته و در این زمینه دولت مکلف گردیده است که در حدود قوانین و مقررات، حمایت‌ها و خدمات لازم را برای آحاد مردم جامعه فراهم نماید، البته این حق، تابع قراردادی خاص یا شرایطی ویژه نیست، بلکه تابع شرایطی است که قانون مشخص می‌کند.

علاوه بر این، بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی، «به ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف‌ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه» اشاره کرده است که این امر مستلزم آن است که دولت به بهره‌برداری از امکانات و استعدادها، در جهت تحقق این هدف تمام‌اهتمام و تلاش خود را به‌کار گیرد تا عدالت اجتماعی در جامعه محقق گردد. همچنین در فصل سوم از قانون اساسی، کلاً به حقوق ملت پرداخته شده و دولت به تأمین حقوق اساسی و اولیه شهروندان مکلف گردیده است. در این راستا اصل بیست‌ودوم این قانون مقرر می‌دارد: «حیثیت، جان، حقوق، مسکن و شغل اشخاص از تعرض مصون است.»

در ابتدا شاید به‌نظر می‌رسد که ذکر اصول مختلفی از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که به وظیفه دولت، برای تأمین حقوق همه‌جانبه افراد ملت پرداخته است، منحصر به شرایط عادی بوده باشد، اما واضح و مبرهن است که تضمین حقوق همه شهروندان با استفاده از امکاناتی که در جامعه موجود است، در هنگام وقوع حوادث و وقایعی که در برخی موارد چه‌بسا به‌صورت گسترده، حقوق افراد را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد، به طریق اولی مورد توجه است.

باتوجه به این که کیفیت سلامت برای همه یکسان نیست و این که بیماری باعث استهلاک سلامتی که یک سرمایه انسانی است، می‌شود، باید چشم‌انداز بیست‌ساله با اعمال سیاست‌های مناسب در جهت کاهش این مشکلات حرکت و در تعیین اهداف این

چشم‌انداز در زمینه سلامت توجه کند. سند چشم‌انداز بیست‌ساله، ضمن توصیف مشخصات جامعه سالم ایرانی به‌عنوان جامعه برخوردار از سلامت تأکید کرده است (خسروی و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۷-۳۹).

همچنین فصل هفتم قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی اختصاص دارد. در این بخش از شاخص‌های کیفیت زندگی مادی و شاخص‌های توسعه انسانی استفاده شده است، البته چشم‌انداز بخش سلامت در برنامه چهارم عبارت است از: تأمین حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه، پاسخگویی به نیازهای غیرپزشکی مردم و مشارکت عادلانه در تأمین منابع مالی وزارت بهداشت به نمایندگی از سوی دولت مسؤلیت تولید سلامت را برعهده دارد و مسؤلیت اجرایی و نظارت آن در سطح استان‌ها به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی واگذار شده است. در بخش سلامت مانند سایر بخش‌ها، بخش دولتی، تعاونی و خصوصی، هر کدام سهم خاصی را در ارائه و تأمین خدمات ایفا می‌کنند و خدمات بهداشتی که باید در کشور ارائه شود، مشتمل اند بر: خدمات بهداشتی و پیشگیری، خدمات درمانی و خدمات توان‌بخشی. 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 و ارتقای سطح شاخص‌هایی، از قبیل آموزش، سلامت، تأمین غذا و افزایش درآمد سرانه از طرق مختلف، از جمله تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه، اصلاح ساختار نظام سلامت جامعه در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامتی، عادلانه‌ساختن دریافت خدمات سلامت برای آحاد جامعه، پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت، ارتقای سلامت و ایمنی مواد غذایی، ارتقای امنیت غذا و تغذیه، توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت تغذیه‌ای، حمایت از برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر به منظور حفظ سلامت مادر و کودک به آحاد جامعه تلاش کند که در این راستا دولت استراتژی‌هایی در جهت حمایت از این حق تدوین نمود. به‌طور مثال، وزارت بهداشت مکلف گردید که تا پایان سال اول برنامه اقدامات لازم جهت کاهش خطرات و زبان‌های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان ایدز و نیز کاهش بار بیماری‌های روانی معمول را داشته و به‌منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی نظام ارائه خدمات استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی و سطح‌بندی خدمات را طراحی کند (هاتان و زارعی، ۱۳۷۸: ۵۹-۶۰). همچنین دولت مکلف شد به‌منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر اقدام نماید و مقابله و کاهش اثرات حوادث طبیعی و بحران‌های پیچیده از زمره وظایف حاکمیتی دولت شمرده شد. با وجود تعهدات قانونی دولت در تأمین حق بر سلامت شهروندان، هرگونه اقدامی، از جمله ارسال امواج الکترومغناطیس که بر سلامت شهروندان تأثیر سوء دارد، ممنوع است.

از منابع دیگر حق بر سلامت قانون برنامه پنجم توسعه می‌باشد. در موارد ۳۲ تا ۳۵ این قانون به توسعه سلامت اختصاص دارد، از جمله تهیه برنامه نظام در چندین کشور از منابع دیگر حق بر سلامت قانون برنامه پنجم توسعه می‌باشد. در موارد ۳۲ تا ۳۵ این قانون به توسعه سلامت اختصاص دارد، از جمله تهیه برنامه نظام در چندین کشور توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد، با توجه به توسعه و همکاری سازمان‌ها خدمات درمانی و بیمه‌ای برنامه خدمات بیمه سلامت به‌صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات با سامانه پرونده الکترونیکی ساماندهی می‌نماید. با بررسی اسناد داخلی مشخص می‌شود که تعهد دولت به تأمین حق بر سلامت و مقابله با بیماری‌های واگیردار، پذیرفته شده است.

۴- تعهدات دولت در حفاظت از شهروندان در مقابله با بیماری‌های همه‌گیر از منظر اسناد بین‌الملل

شاید در بدو امر چنین برداشت شود دولت‌ها موظف به درمان بیماران مسری هستند و جلوگیری از شیوع بیشتر بیماری از وظایف دولت‌ها می‌باشد. باید خاطر نشان کرد تا الزام قانونی وجود نداشته باشد، نمی‌توان از دولت‌ها چنین درخواستی نمود، دولت‌ها در اعمال حاکمیت خود آزاد هستند و نمی‌توان الزامی را بر آن‌ها به‌وجود آورد، مگر آن‌که به‌صورت قانونی وجود داشته باشد و اخلاق نمی‌تواند موجب تکلیف برای دولت‌ها گردد، لذا باید در جستجوی قوانین بین‌المللی الزام‌آور برای کشورها بود. قوانینی که به‌صورت صریح به الزام دولت‌ها اشاره نموده باشند.

از مجموعہ قوانینی کہ می‌توان به وجود الزامات حقوقی برای دولت‌ها پی برد و اولین آن و شاید اصلی‌ترین الزام، اعلامیہ جهانیہ حقوق بشر مصوب ۱۹۴۸ می‌باشد. در بند اول مادہ ۲۵ این اعلامیہ، حق سلامت و رسیدگی پزشکی برای تمام مردم به رسمیت شناخته شدہ است، ولی در این اعلامیہ به وظیفہ دولت‌ها در ارائه این خدمات به مردم اشارہ نشدہ است و تنہا بیان گردیدہ است کہ این حق افراد آحاد جامعہ انسانی می‌باشد کہ دارای دسترسی به خدمات پزشکی و درمانی باشند. از مفہوم مخالف مادہ ذکر شدہ چنین استنباط می‌گردد کہ: دولت‌ها حق جلوگیری از دسترسی مردم به خدمات پزشکی را ندارند و در صورت ممانعت از دسترسی بہ خدمات پزشکی، یکی از حقوق اولیه بشر را نقض نمودہ‌اند و تکلیفی بہ ارائه خدمات پزشکی ندارند.

از دیگر قوانین بین‌المللی کہ می‌توان از مفاد آن الزام قانونی دولت‌ها در امور پزشکی و دارویی استخراج نمود، میثاق بین‌المللی حقوق اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مصوب ۱۹۶۶ هست. براساس مادہ ۱۲ میثاق: «معالجہ و پیشگیری از بیماری‌های ہمہ‌گیر بومی، حرفہ‌ای و سایر بیماری‌ها بر عہدہ دولت‌هاست. دولت‌ها همچنین باید شرایط لازم را برای تأمین مراجع پزشکی و کمک‌های درمانی را برای عموم در صورت ابتلا بہ بیماری فراهم آورند»، لذا مستنبط از مفاد میثاق، دولت‌ها ملزم بہ ارائه خدمات پزشکی جهت معالجہ افراد مبتلا بہ بیماری‌های مسری و نیز جلوگیری از انتشار آن می‌باشند (آل کجیاف و همکاران، ۱۴۰۳: ۷۴-۷۵).

تعهد بہ همکاری بین‌المللی برای تسہیل و هموار ساختن مسیر تحقق کامل حقوق مندرج در میثاق بین‌المللی حقوق اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مصوب ۱۹۶۶، در برخی از موارد خاص میثاق (از قبیل مواد ۱۱، ۱۵، ۲۲ و ۲۳) مورد تأکید قرار گرفته است (UN, 1977: 21). کمیته شورای اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد در نظر تفسیری عام مربوط بہ حق آموزش ابتدایی رایگان، بہ تبیین بیشتر تعهد بین‌المللی دولت‌ها بہ همکاری و یاری در تحقق حقوق میثاق پرداختہ و از جملہ گفته است: «در جایی کہ دولت عضو آشکارا فاقد منابع مالی و یا تخصص لازم برای ترسیم و اتخاذ برنامه‌ای تفصیلی است، جامعہ بین‌المللی تعہدی روشن بہ مساعدت دارد» (حبیبی مجندہ، ۱۳۷۲: ۴۵). بہ طور خلاصہ، تعهد کلی دولت‌های عضو میثاق براساس بند ۱ مادہ ۲، مطابق نظر تفسیری عام، «اتخاذ اقداماتی فوری، سنجیدہ، ملموس و هدف‌دار در جهت تحقق حقوق» پیش‌بینی شدہ در میثاق است (سنگوپتا، ۱۳۸۳: ۱۸۱) کہ حق برسلاستی یکی از این حقوق است.

نظر تفسیری عام شماره ۱۴ کمیته میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، قطعی‌ترین تفسیر حق بر سلامت را ارائه کردہ است، ہرچند کہ از نظر حقوقی الزام‌آور نیست (Committee on Economic- Social and Cultural Rights, 2000: 11). در این نظر تفسیری، حقوق و آزادی‌هایی کہ «اجزای جدایی‌ناپذیر حقوق سلامت» هستند، مثل غذا، مسکن، زندگی، آموزش، محرمانہ بودن و دسترسی بہ اطلاعات، خدمات سلامت عمومی و شرایط سلامت، مشخص و اعلام شدہ است. بر این اساس، دولت‌ها با توجہ بہ اعلامیہ جهانیہ حقوق بشر کہ ہمہ حقوق بشر را جهانی، بہ ہم پیوستہ و دارای وابستگی درونی می‌دانند، باید حق بر سلامت را رعایت، از آن حمایت و آن را اعمال کنند. این بدان معنی است کہ دولت‌ها با تشخیص این حقوق و با عدم تبعیض در ارائه خدمات سلامت باید بہ آن احترام گذارند.

حق بر سلامت، دولت‌ها را ملزم بہ رعایت «حداقل تعہدات اصلی» شامل مراقبت اولیه سلامت می‌کند. بہ بیان دیگر دولت‌های عضو در کمترین حالت دارای حداقل تعہدات بنیادین در جهت تضمین برخورداری از حداقل مطرح پایہ‌ای ہریک از حقوق مندرج در میثاق می‌باشند. این حداقل تعہدات بنیادین، خدشہ‌ناپذیر می‌باشد، یعنی موکول و مشروط بہ هیچ استثنایی نیست. این حداقل تعہدات اصلی، شامل امکانات سلامت، کالاها و خدمات، غذای سالم و مغذی، پناہگاہ عمومی، مسکن، بہسازی، آب سالم و قابل شرب، داروهای اساسی و توزیع منصفانہ امکانات سلامت می‌باشد. بنابراین باید گفت کہ میثاق، چہارچوبی ایجاد کردہ و دولت وفق آن چہار تعہد دارد: ۱- احترام و رعایت حقوق خاص؛ ۲- حمایت از حقوق خاص؛ ۳- تضمین حقوق خاص؛ ۴- پیشبرد و ارتقای حقوق خاص.

حق بر سلامت، طیف گستردہ‌ای از اقدامات عاجل و ضروری در پیشگیری، درمان و مراقبت‌های پس از درمان را شامل می‌شود. این اقدامات شامل سہ گروہ عمدہ است: ۱- اقدامات و مراقبت‌های پیشگیرانہ؛ ۲- اقدامات و مراقبت‌های درمانی؛ ۳- اقدامات و

مراقبت‌های حین و پس از نقاهت. واضح است که هر کدام از موارد فوق، خود شامل طیف بسیار گسترده‌ای از اقدامات سلامت - درمانی خواهد شد. اقداماتی همچون پژوهش‌های علمی تا واکسیناسیون، از درمان‌های ضروری فوریتی - اورژانسی گرفته تا عمل‌های سنگین همچون پیوند اعضا و البته اقدامات مراقبتی پس از نقاهت نیز از مراقبت‌های کوتاه‌مدت تا اقدامات طولانی‌مدت مشمول اقدامات سلامت - درمانی و مراقبتی هستند (عباسی، ۱۳۹۶: ۱۲۷).

از دیگر اسناد مربوط به تعهدات دولت‌ها در خصوص تعهدات دولت‌ها در حفاظت از شهروندان در قبال بیماری‌های واگیردار، قطعنامه‌های شورای امنیت سازمان ملل است. اولین اقدامات شورای امنیت در زمینه بهداشت جهانی به قطعنامه ۱۳۰۸ در سال ۲۰۰۰ و قطعنامه ۱۹۸۳ در سال ۲۰۱۱ در مورد ویروس «اچ‌آی‌وی» بازمی‌گردد که در آنجا شورا اعلام داشت که در صورت عدم کنترل، بیماری ایدز می‌تواند به خطری بالقوه برای صلح و امنیت بین‌المللی بدل گردد.

دومین اقدام شورای امنیت پاسخ به بحران بیماری ابولا در کشورهای گینه، لیبیا و سیرالئون بود که در قطعنامه ۲۱۷۷ سال ۲۰۱۴، شیوع ویروس ابولا را مطابق با ماده ۳۹ منشور سازمان ملل متحد نه تنها تهدیدی علیه صلح و امنیت بین‌المللی، بلکه عامل تضعیف‌کننده ثبات کشورهای متأثر از بیماری دانست و بروز ناآرامی‌های مدنی، تنش‌های اجتماعی و وخیم‌تر شدن فضای سیاسی و امنیتی کشورهای مذکور را از پیامدهای آن بیماری برشمرد.

در ادامه، در ۱ جولای ۲۰۲۰ قطعنامه ۲۵۳۲ به تصویب رسید، درحالی‌که این قطعنامه بر خطرات ناشی از بیماری همه‌گیر جهانی نسبت به حفظ صلح و امنیت بین‌المللی تأکید می‌نمود، اما منجر به اتخاذ اقدامات فوق‌العاده براساس فصل هفتم منشور سازمان ملل نشد. با این حال تقاضا برای اعلان آتش‌بس عمومی مورد تأیید قرار گرفت و از دولت‌ها خواسته شد تا به مدت ۹۰ روز آتش‌بس و وقفه‌ای بشردوستانه در مخاصمات مسلحانه اعمال نمایند.

دومین قطعنامه شورای امنیت در مقابله با کرونا، قطعنامه ۲۵۶۵ است که با یادآوری قطعنامه ۲۵۳۲ (۲۰۲۰) شورا به موضوع مبارزه با کووید-۱۹ پرداخته و تأکید دارد که این مهم به همکاری، همبستگی بیشتر ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی وابسته است و نیازمند یک اقدام بین‌المللی هماهنگ، فراگیر، جامع و جهانی می‌باشد. همچنین مخاصمات مسلحانه می‌توانند همه‌گیری بیماری را تشدید و در نقطه مقابل نیز بیماری می‌تواند تأثیرات سوء انسانی در مخاصمات و نابرابری در دسترسی به واکسن را بیشتر نماید. یکی از ابعاد مهم قطعنامه توجه به حقوق بشردوستانه، به‌ویژه تعهدات دولت‌ها ذیل کنوانسیون‌های چهارگانه ژنو ۱۹۴۹ و پروتکل‌های الحاقی ۱۹۷۷ و تعهدات ذیل مقررات بین‌المللی بهداشت (۲۰۰۵)، برای اطمینان از احترام و حفاظت از همه پرسنل پزشکی و پرسنل بشردوستانه پزشکی، وسایل حمل و نقل و تجهیزات آن‌ها، همچنین بیمارستان‌ها و سایر تجهیزات پزشکی هست، چراکه در مخاصمات مسلحانه، تخریب زیرساخت‌های پزشکی، عواقب مخربی برای دستگاه‌های بهداشتی و حمایت از جمعیت غیرنظامی در مقابل بحران‌های بالقوه بهداشتی دربر داشته، به‌طوری‌که اغلب، ارائه مراقبت‌های پزشکی غیرممکن و شیوع بیماری در مناطق درگیر و اطراف آن افزایش می‌یابد. در این قطعنامه از دبیر کل درخواست شده تا در مورد اجرای آن، به‌ویژه ارزیابی کامل از موانع دسترسی به واکسن، از جمله برنامه‌های واکسیناسیون، در کشورهای درگیر مخاصمات مسلحانه و موارد اضطراری بشردوستانه، به‌طور مکرر گزارش‌دهی کند و در صورت لزوم، پیشنهادهای خود را به شورا ارائه دهد. حمایت خاص از قشر آسیب‌پذیر از جنبه‌های مهم قطعنامه ۲۵۳۲ است. در بند ۹ اجرایی قطعنامه بر حمایت از افراد مسن، پناهندگان، آوارگان داخلی، افراد بدون تابعیت، مهاجران، معلولین، افراد با‌زادداشت‌شده و همچنین افرادی که در مناطق تحت کنترل هر گروه مسلح غیردولتی زندگی می‌کنند، در مقابله با کرونا و بیماری‌های واگیردار، حاکی از شناسایی آسیب‌پذیرترین افراد و نشان از لزوم حمایت ویژه از آنان است.

همچنین در خصوص تعهدات دولت‌ها در حفاظت از شهروندان در قبال بیماری‌های واگیردار، می‌توان به مقررات بهداشتی بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت اشاره کرد.

مقررات بهداشت عمومی که پایه و اساس توصیه‌نامه‌های صادره از سوی مدیرکل سازمان جهانی بهداشت در خصوص ابولا بود، تنها مقرر بین‌المللی است که مشخصاً با هدف پیشگیری و کنترل گسترش جهانی بیماری تدوین شده است (Lawrence,)

49: 2014). مقررات فوق‌الذکر در ۲۰۰۵ تصویب و در ژوئن ۲۰۰۷ (خرداد ۱۳۸۶) اجرائی شد و حاوی یک بازنگری کامل در سندہای پیشین تدوین‌شده از سوی مجمع سلامت جهانی طبق مادہ ۲۱ اساسنامہ سازمان جهانی بہداشت از سال ۱۹۵۱ تاکنون بود (Fidler, 2005: 347-349). در مادہ ۳ اجرائی مقررات مندرج در مقررات بہداشتی بین‌المللی سازمان جهانی بہداشت، حفظ آزادی‌های اساسی بشر و در راستای اساسنامہ سازمان ملل متحد محافظت از ہمہ مردم از بیماری‌های واگیردار را برعہدہ کشورهای عضو قرار دادہ است، لذا کشورهای درگیر با بیماری‌های واگیردار نمی‌توانند بہ ہر روشی برای مقابلہ بیماری‌های واگیردار متوسل شوند و باید از مقررات سازمان بہداشت جهانی تبعیت نمایند (سازمان بہداشت جهانی، ۱۳۹۶-۱۳۹۵: ۶۱). در مجموع از اسناد جهانی می‌توان چنین نتیجہ گرفت کہ دولت‌ہا نہ‌تنہا نمی‌توانند مانع دسترسی مردم بہ خدمات پزشکی شوند، بلکہ موظف بہ ارائہ خدمات پزشکی بہ مردم در صورت بہ‌وجود آمدن بیماری مسری و نیز جلوگیری از انتشار آن می‌باشند. همچنین یکی از وظایف دولت‌ہا جلوگیری از بہ‌وجود آمدن بیماری‌های مسری می‌باشد.

نتیجہ‌گیری

یکی از عواملی کہ در زندگی بشر بہ‌عنوان تہدید جهانی شناختہ می‌شود، بروز و ظہور بیماری‌های ہمہ‌گیر بہ‌عنوان عامل تہدیدکنندہ حق بر سلامتی و حق بر حیات انسان‌ہا و توسعہ جوامع است. حق بر سلامتی با مفہوم امنیت بہداشتی کہ یکی از مؤلفہ‌های امنیت انسانی و تسعہ جهانی است، ارتباط نزدیکی دارد. بیماری‌های ہمہ‌گیر بہ آسانی می‌تواند حاکمیت داخلی یک دولت را تحت تأثیر خود قرار دہد، چراکہ شہروندان آن دولت را قربانی می‌کند و بہ اقتصاد آن آسیب وارد می‌سازد، در نتیجہ تمام بیماری‌های نوین، کشندہ و مسری کہ قابل انتقال در سطح بین‌المللی هستند، می‌توانند تہدیدی جدی برای حق بر سلامت و امنیت بہداشتی بہ‌شمار آیند. از منظر موازین فقہی همچون قاعدہ وجوب دفع ضرر محتمل و قاعدہ لاضرر و ہم بہ‌لحاظ این کہ در نظام اسلامی دولت مکلف بہ فراہم آوردن بستر کمال یافتن انسان است، در مقابلہ با بیماری‌های ہمہ‌گیر مسؤؤل شناختہ می‌شود. همچنین دولت در قبال حق بر سلامت مردم بہ‌موجب بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی، اصل بیست‌ونہم قانون اساسی، سند چشم‌انداز بیست‌سالہ، فصل ہفتم قانون برنامه چہارم توسعہ اقتصادی، اجتماعی و فرہنگی جمهوری اسلامی ایران و قانون برنامه پنجم توسعہ براساس اسناد حقوق داخلی ایران نسبت بہ تأمین حق بر سلامت و مقابلہ با بیماری‌های ہمہ‌گیر پذیرفتہ شدہ است. موازین بین‌المللی حقوق بشر بین‌المللی کہ در اسنادی همچون اعلامیہ جهانی حقوق بشر، میثاق بین‌المللی حقوق اجتماعی، اقتصادی و فرہنگی کہ اسناد نسل اول حقوق بشری را تشکیل می‌دہند، بیشتر بہ اصل دسترسی بہ حداقل امکانات درمانی و بہداشتی بہ‌عنوان تعہد دولت‌ہا در این خصوص ناظر بودہ کہ در آن‌ہا اتخاذ اقداماتی فوری، سنجیدہ، ملموس و ہدف‌دار درجہت تحقق حقوق بشری همچون حق بر سلامت و ویژگی اصلی تعہدات دولت‌ہا بود، بہ‌علاوہ دولت‌ہا باید با رعایت اصل عدم تبعیض این امکانات را در اختیار افراد قرار دہند. حق بر سلامت، دولت‌ہا را ملزم بہ رعایت «حداقل تعہدات اصلی» شامل مراقبت اولیه سلامت می‌کند. بہ بیان دیگر دولت‌ہای عضو در کمترین حالت دارای حداقل تعہدات بنیادین درجہت تضمین برخورداری از حداقل مطرح پایہ‌ای ہریک از حقوق مندرج در میثاق می‌باشند کہ در ہیچ حالی مشروط نشدہ و طیف گستردہ‌ای از اقدامات عاجل و ضروری در پیشگیری، درمان و مراقبت‌های پس از درمان را شامل می‌شود. بہ‌طور خاص، شناسایی تہدید عدم کنترل شیوع بیماری ایدز و ابولا در دو قطعنامہ شورای امنیت بہ‌عنوان خطری بالقوہ علیہ صلح و امنیت جهانی شناختہ شد. همچنین در مورد شیوع بیماری کووید-۱۹ نیز، شورا با صدور قطعنامہ ۲۵۶۵، ہمکاری، ہمبستگی بیشتر ملی، منطقہ‌ای و بین‌المللی را در مقابلہ با کرونا امری اساسی خواند و بر ہمین اساس با بیان این کہ در شرایط شیوع بیماری ہمہ‌گیر کووید-۱۹، بر مخصصات مسلحانہ بہ‌عنوان عامل تشدید شیوع بیماری، نابرابری در دسترسی بہ واکسن و آسیب‌پذیری بیشتر افراد مسن، پناہندگان، آوارگان داخلی، افراد بدون تابعیت، مہاجران، معلولین، افراد بازداشت‌شدہ و همچنین افرادی کہ در مناطق تحت کنترل ہر گروہ مسلح غیردولتی زندگی می‌کنند، تأکید شد، بہ‌علاوہ محافظت از ہمہ مردم از بیماری‌های واگیردار را برعہدہ کشورهای عضو سازمان بہداشت جهانی در اساسنامہ این سازمان بہ‌عنوان یک تعہد اصلی تبیین شدہ است. بنابراین دولت‌ہا در کنترل شیوع بیماری‌های

همه‌گیر و مقابله با آن‌ها، به‌عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده حق بر سلامت و حق بر حیات انسان از منظر موازین بین‌المللی مسؤولیت دارند.

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی مربوط به انجام پژوهش رعایت شده است.

تعارض منافع: تدوین این مقاله، فاقد هرگونه تعارض منافی بوده است.

سهم نویسندگان: کلیه مراحل تهیه و نگارش مقاله توسط نویسندگان انجام یافته است.

تشکر و قدردانی: از همه کسانی که در بازخوانی و ویرایش اثر همیاری و راهنمایی داشتند، قدردانی و تشکر می‌گردد.

تأمین اعتبار پژوهش: این پژوهش بدون تأمین مالی انجام گرفته است.

منابع و مأخذ

الف. منابع فارسی و عربی

- قرآن کریم.

- نهج البلاغه.

- افتخاری، اصغر (۱۳۷۹). «امنیت در حال گذار تحول معنای امنیت در قرن بیست و یکم». *فصلنامه مطالعات راهبردی*، ۳(۱۰): ۲۷-۸.

- آل کجباف، حسین (۱۳۹۲). «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر». *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۷(۲۴): ۱۳۹-۱۷۰.

- آل کجباف، حسین؛ گرگیج، سارا و صالحی، حمیدرضا (۱۴۰۳). «تعهدات حقوق بشری دولت‌ها در حوزه بهداشت مبتنی بر نظریه حکمرانی خوب». *فصلنامه پژوهش‌های نوین حقوق اداری*، ۶(۱۹): ۶۳-۸۶.

- بجنوردی، محمدحسن (۱۴۱۹). *القواعد الفقهیه*. قم: مؤسسه انتشارات اسلامی.

- جاوید، احسان و نیاورانی، صابر (۱۳۹۳). «قلمرو حق بر سلامتی در نظام بین‌الملل حقوق بشر». *فصلنامه پژوهش حقوق عمومی*، ۱۵(۴۱): ۴۷-۷۰.

- حبیبی مجنده، محمد (۱۳۷۲). «تحریم اقتصادی یکجانبه و اصل حاکمیت دولت‌ها، جامعه بین‌المللی و حقوق بین‌الملل». *مجموعه مقالات هدایای به استاد دکتر محمدرضا ضیائی بیگلری*، تهران: انتشارات شهر دانش.

- خسروی، دکتر اردشیر؛ نجفی، دکتر فرید؛ رهبر، دکتر محمدرضا، مطلق، دکتر محمد اسماعیل و کبیر، محمد جواد (۱۳۸۸). *شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران*. تهران: معاونت سلامت مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت گروه فناوری و مدیریت اطلاعات و دبیرخانه تحقیقات کاربردی و کرمانشاه: مرکز تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی کرمانشاه.

- رحمانی، زهره (۱۳۹۳). «مسئولیت حقوقی دولت در بلایای طبیعی». *فصلنامه پژوهش‌های حقوقی*، ۱۳(۲۵): ۱۶۱-۲۱۷.

- سازمان بهداشت جهانی (۱۳۹۶-۱۳۹۵). *مقررات بهداشت بین‌المللی ۲۰۰۵*. مترجم دکتر محمدمهدی گویا، تهران: مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

- سنگویتا، آرجون (۱۳۸۳). «حق توسعه در نظریہ و عمل». مترجم دکتر منوچہر توسلی جہرمی، فصلنامہ حقوقی بین‌المللی، ۲۱(۳۰): ۱۷۹-۲۵۰.
- شجاع، جواد (۱۳۸۷). «تحقیق و توسعه فناوری نانو از نگاه حق بر سلامتی». فصلنامہ پژوهش‌های حقوقی، ۷(۱۴): ۷۱-۱۱۸.
- طوسی، محمد بن حسن (۱۴۱۶). تہذیب الاحکام. جلد سوم، چاپ چہارم، تہران: دار الکتب الإسلامیہ.
- عباسی، محمود (۱۳۹۶). مطالعہ تطبیقی بیوند اعضا. تہران: حقوقی.
- علامہ مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۴). بحار الانوار. جلد ہفتاد و سوم، قم: دارالاحیاء التراث.
- غریاق زندگی، داود (۱۳۸۷). «چشم‌انداز امنیت انسانی در خاورمیانہ سده بیست و یکم». ہفصلنامہ مطالعات راہبردی، ۱۱(۴۱): ۵۳۷-۶۰۰.
- فولادبند، مرادعلی (۱۳۹۲). بیماری‌های واگیر. شیراز: دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
- کر، پائولین (۱۳۸۷). «امنیت انسانی». مترجم سید جلال دہقانی فیروزآبادی، فصلنامہ مطالعات راہبردی، ۱۱(۴۱): ۶۰۱-۶۲۶.
- گرجی، علی‌اکبر (۱۳۸۳). «مبنا و مفہوم حقوق بنیادین». علی اکبر گرجی، در تکاپوی حقوق اساسی. تہران: جنگل جاودانہ، ۲۴-۴۹.
- محقق داماد، سیدمصطفی (۱۴۰۶). قواعد فقہ. چاپ اول، تہران: انتشارات مرکز علوم اسلامی.
- محمدی ری شہری، محمد (۱۴۱۶). میزان الحکمہ. جلد سوم، قم: دارالحدیث.
- میرمعزی، حسین (۱۳۷۸). نظام اقتصاد اسلامی مبانی، اهداف، اصول راہبردی و اخلاق. جلد دوم، چاپ دوم، تہران: پژوهشگاہ فرہنگ و اندیشہ اسلامی.
- نجفی، بہزاد (۱۳۹۲). سازمان جهانی بہداشت (WHO) و حقوق سلامت. تہران: میزان.
- ہاتان، نی و زارعی، محمدحسین (۱۳۷۸). «تبیین چارچوبی از حق انسانی برای توسعه پایدار و عادلانہ»، فصلنامہ مؤسسہ عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامہ‌ریزی، ۱۳(۲): ۵۷-۶۲.
- ہادی، محمد (۱۳۹۹). کرونا ویروس جدید. تہران: دانشگاه علوم پزشکی تہران.
- یوسفی، احمدعلی (۱۳۸۷). «اهداف اقتصادی حکومت اسلام». فصلنامہ حکومت اسلامی، ۵۰: ۳۱-۶۶.

ب. منابع انگلیسی

- Belanger, M (2011). *Global Health Law an introduction*. Cambridge: Cambridge Scientific Publishers.
- Beyleveld, D & Brownsword, R (1998). "eds- Human Dignity- Human Rights and Human Genetics". *The Modern Law Review*, 5(61): 661-666.
- Committee on Economic- Social and Cultural Rights (2000). "The Right to the Highest Attainable Standard of Health". *General Comment*, No.14, E/C.12/2000:14.
- Dominguez, E (2013). "The Right to Health". *Icelandic Human Rights Center*.

- Fidler, D. P (2005). "From international sanitary conventions to global health security: the new International Health Regulations". *Chinese Journal of International Law*, 4(2): 325-392.
- Hong, Z.W (2018). *General guidelines for the prevention of infection with the Covid-19 virus (new corona virus)*. Shanghai: Shanghai Science and Technology Publishing House.
- Keizo, T & Masamine, J (2008). "Global Health as a Human Security Challenge Background Paper for the Trilateral Commission Annual Meeting", *Task force on Challenges in Global Health and Japan's Contribution*. Toyako, G8 Summit: 165-175.
- Lawrence, O.G (2014). *Global Health Law*. Massachusetts: Harvard university press.
- Mach, A (2006). "Human Security Report 2005: War and Peace in the 21st Century". *Die Friedens-Warte*, 80(1/2): 177-191.
- Mahoney, P & Mahoney, K (1993). *Human Rights in the Twenty-First Century: A Global Challenge*. Netherland: Springer.
- OHCHR (2007). "The Right to Health". *Joint Fact Sheet WHO*, 323(56).
- Toebes, B (2015). "Human Rights and Public Health Towards a Balanced Relationship". *The International Journal Human Rights*, 2(19): 9-35.
- UN (1977). *Year Book of the International Law Commission*. New York: Report of the Commission to the General Assembly on the Work of its Twenty-Ninth Session.