

تدوین قانون وضعیت اضطراری سلامت عمومی (ضرورت‌سنجی، ضوابط و معیارها)

مصطفی منصوریان*
زینب عساکره**

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۲۵ تاریخ تألیف: ۱۴۰۲/۲/۱۶

DOI: 10.22034/ilaw.2023.706937

چکیده

«حق بر بهداشت و سلامتی» یکی از حق‌های بنیادین شهروندی و از ارکان اساسی در نظام بین‌المللی حقوق بشر محسوب می‌شود که از جمله عوامل تهدیدکننده آن، شیوع بیماری‌های واگیردار است که می‌تواند منجر به ایجاد وضعیت اضطراری سلامت عمومی گردد؛ وضعیتی که باعث بروز خطر سلامت عمومی برای مردم می‌شود و نیازمند اتخاذ تدابیر ویژه برای مدیریت و مهار آن است. نظر به همه‌گیری ویروس کرونا به عنوان مهم‌ترین مصداق بیماری‌های همه‌گیر، این تحقیق با استفاده از روش کتابخانه‌ای و با رویکرد توصیفی — تحلیلی به دنبال پاسخ به این پرسش بوده که ضرورت، ضوابط و معیارهای تدوین قانون وضعیت اضطراری سلامت عمومی چیست؟ یافته‌ها بیان‌گر آن است که اولاً؛ هرچند نظم حقوقی کنونی ایران ظرفیت‌هایی را برای تحقق بخشیدن به موارد مزبور در نظر گرفته اما با توجه به اقتضات خاص وضعیت اضطراری سلامت عمومی، تصویب قانونی جامع و مستقل در این حوزه ضرورت دارد. ثانیاً؛ مواردی همچون «پیش‌بینی ستاد مرکزی تصمیم‌گیری»، «اطلاع‌رسانی، شفافیت و پاسخ‌گویی در مقابله با بیماری‌های همه‌گیر»، «شناسایی مسئولیت برای دولت و شهروندان»، «وضع محدودیت‌های ضروری ناظر بر سلامت عمومی» و «جرم‌انگاری رفتارهای تهدیدکننده سلامت شهروندان» به عنوان مهم‌ترین ضوابط و معیارهای ناظر بر قانون وضعیت اضطراری سلامت عمومی قابل شناسایی هستند.

واژگان کلیدی: حق بر بهداشت، وضعیت اضطراری، سلامت عمومی، بیماری‌های واگیر، قانون مدیریت بحران کشور، کووید ۱۹.

* استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم قضایی (mansourian ujsas.ac.ir).

** دانش‌آموخته کارشناسی ارشد حقوق عمومی دانشگاه قم/ نویسنده مسئول (zeynabasakereh68@gmail.com).

مقدمه

ورود ناگهانی ویروس کرونا به جامعه بشری علاوه بر درگیر ساختن جسم و جان میلیون‌ها انسان، منجر به بروز خلل در مناسبات سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، امنیتی و فرهنگی کشورهای جهان گردید. امروزه مسئله پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌های واگیردار یا همه‌گیر به عنوان یکی از مؤلفه‌های حق بر بهداشت است - که از جمله حق‌های بنیادین شهروندی (حییی‌مجنده، ۱۳۸۶، ص ۷) و به عنوان قاعده‌ای از حقوق بین‌الملل عرفی و لازم‌الاجرا برای کلیه کشورها محسوب می‌گردد - در اسناد لازم‌الاجرای بین‌المللی مورد شناسایی قرار گرفته و به این مهم به‌طور ویژه پرداخته شده است. به عنوان نمونه می‌توان به جزء (ج) بند (۲) ماده (۱۲) میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۶ دسامبر ۱۹۶۶ مجمع عمومی سازمان ملل متحد اشاره کرد که در آن، به اقداماتی که دولت‌های عضو میثاق باید برای دستیابی به تحقق کامل این حق اتخاذ کنند، پرداخته شده است. همچنین ماده (۵۵) منشور سازمان ملل متحد به مسئله سلامت و بهداشت عمومی توجه ویژه داشته و طبق بند (ب) این ماده، دولت‌ها متعهد به ترویج راه‌حلی برای مشکلات مربوط به سلامت شده‌اند (یوسف‌باقری و دیگران، ۱۳۹۷، ص ۱۸۱).

نظر به اهمیت موضوع، هر یک از کشورها متناسب با نظام حقوقی و سطح رفاهی و اقتصادی خود، اقدام به قاعده‌گذاری در راستای اجرای صحیح قواعد حقوق بشری در حوزه حق بر سلامتی کرده‌اند. در نظم حقوقی کنونی ایران نیز اسناد لازم‌الاجرای وجود دارد که ناظر بر شناسایی و تضمین حق بر بهداشت و سلامت هستند که از جمله آنها می‌توان به «سند چشم‌انداز بیست ساله» ابلاغی ۱۳۸۲ مقام رهبری و «سیاست‌های کلی سلامت» ابلاغی ۱۳۹۳ مقام رهبری اشاره کرد. در سند اخیر، مسئله سلامت و بهداشت و ابعاد گوناگون آن مورد تصریح قرار گرفته و بر تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم با اولویت پیشگیری بر درمان تأکید شده است. با این وجود، نظم حقوقی کنونی خصوصاً در مورد مقابله با بیماری‌های واگیردار با فقدان قواعد لازم‌الاجرای حقوقی یا عدم کارایی قواعد موجود مواجه است؛ چنانکه نمونه بارز این امر را می‌توان در خصوص شیوع ویروس کرونا عنوان کرد که پس از بروز و ظهور این ویروس در کشور، به دلیل فقدان قانون جامع و مانع در خصوص بیماری‌های واگیردار و عدم پیش‌بینی سازوکارهای اختصاصی به منظور مقابله با آن در قانون مدیریت بحران کشور مصوب ۱۳۹۸/۰۵/۰۷ مجلس شورای اسلامی، شورای عالی امنیت ملی با تشکیل «ستاد ملی پیشگیری و مقابله با کرونا» به موجب

مصوبه شماره ۷۳۶ مورخ ۱۳۹۸/۱۲/۰۳، نسبت به مدیریت عالی بحران و اعمال اقداماتی نظیر وضع محدودیت در حقوق و آزادی‌ها اقدام نمود. لذا پژوهش حاضر در پی آن است که ضرورت، ضوابط و معیارهای تدوین قانون مربوط به وضعیت اضطراری سلامت عمومی را با رویکردی توصیفی — تحلیلی تبیین و ارزیابی کند. گفتنی است آنچه در آثار موجود در ارتباط با موضوع این پژوهش وجود دارد صرفاً کلیاتی از مبانی و الگوهای مدیریت وضعیت اضطراری سلامت عمومی است (ر.ک: راسخ، ۱۴۰۰، ص ۵۷—۸۰/ غمامی، ۱۳۹۹، ص ۱۶۶—۲۰۱) و به الزامات نهادی، ماهوی و شکلی این موضوع نپرداخته‌اند و از همین روی موضوع این پژوهش بدیع قلمداد می‌شود.

در این راستا، ابتدا به صورت اجمالی مفهوم وضعیت اضطراری سلامت عمومی و مؤلفه‌های مربوط به آن بررسی می‌شود (۱). سپس، ضوابط و معیارهای ناظر بر قانون وضعیت اضطراری سلامت عمومی اشاره خواهند شد (۲). در نهایت نیز با توجه به ملاکات گفته‌شده، ظرفیت‌ها و کاستی‌های نظام حقوقی ایران در مواجهه با بحران‌های ناظر بر سلامت عمومی ارزیابی می‌شود تا بدین‌ترتیب، لزوم یا عدم لزوم تدوین قانونی خاص در این حوزه مشخص شود (۳).

۱. تأملی بر مفهوم وضعیت اضطراری سلامت عمومی

«سلامتی» رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی است و نه تنها نبود بیماری یا ناتوانی، بلکه برخورداری از بالاترین استاندارد قابل حصول بهداشت و یکی از حقوق اساسی هر انسانی بدون تمایز از حیث نژاد، مذهب، عقاید سیاسی، شرایط اقتصادی یا اجتماعی است (See: Constitution of the World Health Organization, 1946, p.1) حق بر سلامتی و بهداشت به عنوان عاملی مهم در رفاه و کرامت انسانی (عبدی و کتابی‌رودی، ۱۳۹۳، ص ۱۰۲) از جمله مؤلفه‌های الگوی رفاه اجتماعی به‌شمار می‌آید که به موجب آن، فرد احساس می‌کند از سلامت، امنیت و سرزندگی بالایی برخوردار است (هزارجریبی و صفری‌شالی، ۱۳۹۱، ص ۹). در اندیشه حقوق عمومی، حفظ بهداشت عمومی و تأمین سلامت عمومی شهروندان به مثابه حقی بشری از جمله تکالیف غیرقابل انکار دولت‌ها در مقابل شهروندان به‌شمار می‌آید (اصغرینیا، ۱۳۹۵، ص ۳۷). ازاین‌رو، «سلامت و بهداشت» یکی از اساسی‌ترین اجزاء رفاه فرد و جامعه و بنیادی‌ترین عنوانی است که حیات انسان به آن استوار شده است (فرخ‌وندی و پارسی، ۱۳۹۲، ص ۷۸).

«وضعیت اضطراری» نیز معرف یک وضعیت استثنایی در نتیجه یک خطر عمومی است که

اجازه‌ی کاربرد اختیارات مدیریت بحران را به دولت‌ها می‌دهد (مجبی و کرمی، ۱۳۹۵، ص ۶۸-۶۹) اضطراب عمومی باید بالفعل یا قریب الوقوع باشد؛ آثار آن تمام ملت را در بگیرد؛ استمرار حیات سازمان دهی شده اجتماع را تهدید کند؛ بحران یا خطر استثنایی باشد به نحوی که اقدامات یا محدودیت‌های عادی مجاز برای حفظ ایمنی عمومی، بهداشت و نظم عمدتاً ناکافی باشد» (عبداللهی، ۱۳۸۸، ص ۱۳۷).

براین اساس، وضعیت اضطراب سلامت عمومی به رخداد یا تهدید قریب الوقوع ناشی از یک بیماری یا وضعیت سلامتی که دربردارنده احتمال بالای تلفات انسانی قابل توجه، صدمات یا ناتوانی‌های طولانی مدت یا دائم باشد تعبیر می‌شود (WHO. 'Framework for a Public Health Emergency Operations Centre', Geneva, 2015, p 7 این شرایط به معنای هر موقعیت یا حالتی است که مستلزم مساعدت دولت جهت حفظ اموال، بهداشت و سلامت عمومی یا کاهش و دفع خطر یک فاجعه می‌باشد (See: The Disaster Relief and Emergency Assistance Act (Stafford Act), 1988; Available at: <https://b2n.ir/289506>).

براساس مقررات بهداشتی بین‌المللی نیز چنین وضعیتی به معنی یک رویداد غیر معمول بهداشتی است که طبق این مقررات، ویژگی‌های زیر به آن اطلاق شده است: الف) از طریق گسترش بین‌المللی بیماری، باعث بروز خطر سلامت عمومی برای سایر کشورها شود. ب) بالقوه نیازمند یک پاسخ هماهنگ بین‌المللی است (مقررات بهداشتی بین‌المللی، ۲۰۰۵، ص ۲۵).

دولت و نهادهای حکومتی موظفند اقدامات لازم را در راستای مقابله با شیوع و گسترده‌ی بیماری‌های واگیر و پیشگیری از ایجاد وضعیت اضطراری سلامت عمومی اتخاذ کنند و بر این اساس، تعهدات دولت‌ها در قبال ارتقای حق بر سلامت و بهداشت نظیر هر حق بشری دیگر دارای سه بُعد است (عباسی و دیگران، ۱۳۹۳، ص ۱۸۵). نخست، به موجب تعهد به «رعایت و احترام»، دولت‌ها ملزم اند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم از مداخله در بهره‌مندی از حق بر سلامتی و بهداشت اجتناب کنند. دوم، تعهد به «حمایت»، دولت‌ها را ملزم می‌کند که از بهره‌مندی از حق بر سلامتی در برابر مداخلات و مزاحمت‌های طرفین ثالث حمایت کنند؛ و سوم، تعهد به «اجرا یا ایفا»، دربردارنده طیف وسیعی از اقدامات قانونی، قضایی و مالی و نظایر اینها جهت اجرا و پیشبرد حق بر بهداشت و سلامتی است (جاوید و نیاورانی، ۱۳۹۳، ص ۵۴).

دولت جمهوری اسلامی ایران نیز افزون بر تعهدات ناشی از قواعد حقوق بین‌الملل، در عرصه

حقوق داخلی، خود را متعهد به تضمین و رعایت این حق بشری کرده است. در این راستا می‌توان به بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی اشاره کرد که دولت را مکلف به برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه بهداشت از طریق پی ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه کرده است. اصل ۲۹، برخورداری از حق‌های رفاهی همچون خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی را به عنوان حق همگانی بیان داشته و اصل ۴۳، با قلمداد کردن بهداشت به عنوان یکی از نیازهای اساسی، اقتصاد جمهوری اسلامی را براساس این ضابطه در کنار دیگر ضوابط استوار کرده است.

۲. مؤلفه‌های تدوین قانون وضعیت اضطراری سلامت عمومی

تدوین قانون وضعیت اضطرار سلامت عمومی و گذر از بحران و بازگشت به شرایط عادی نیازمند عنایت منسجم به مجموعه مؤلفه‌ها و انجام سلسله اقداماتی در حوزه‌های مختلفی است که برخی از آنها ماهیت حقوقی و برخی دیگر نیز ماهیت مدیریتی و مالی دارند. گفتنی است مطالعه تطبیقی موضوع نیز بیان‌گر آن است که به عنوان مثال، در ایالات متحده آمریکا الگویی برای تدوین و تصویب قانون مربوط به این حوزه در ایالات ارائه شده است تا در نتیجه، مواجهه و مقابله کارای ایالات با پیامدهای ناشی از بحران‌های حوزه بهداشت و سلامت را بیش از پیش در دسترس سازد (Model State Emergency Health Powers Act, 2001).

«شفافیت و پاسخ‌گویی در مقابله با بیماری‌های همه‌گیر»، «شناسایی مسئولیت برای دولت و شهروندان»، «وضع محدودیت‌های ضروری ناظر بر تضمین سلامت عمومی»، «تضمین برخورداری عادلانه شهروندان از حمایت‌ها و خدمات درمانی - بهداشتی»، «جرم‌انگاری رفتارهای تهدیدکننده سلامت شهروندان» و «پیش‌بینی ستاد مرکزی تصمیم‌گیری و اختصاص ردیف بودجه مشخص» در زمره مهمترین الزامات حقوقی، مدیریتی و مالی در این راستا قلمداد می‌شوند که در ادامه به اختصار اشاره می‌شوند:

۲-۱. اطلاع‌رسانی، شفافیت و پاسخ‌گویی در مقابله با بیماری‌های همه‌گیر

تحقق حقوق شهروندی در گروهی اعمال حکمرانی خوب است؛ چراکه حکمرانی به رابطه میان شهروندان و حکومت‌کنندگان می‌پردازد. حکمرانی خوب در واقع طریقی است که در آن، خط مشی‌گذاران تصمیماتی را اتخاذ می‌کنند که براساس آن تصمیمات، امکان تحقق حقوق شهروندی

فراهم می‌شود (ابراهیم‌پور و الیک، ۱۳۹۵، ص ۴). حکمرانی خوب دارای شاخصه و خصوصیتی است که «شفافیت و پاسخ‌گویی» از جمله آنهاست. پاسخ‌گویی بدین معناست که تصمیم‌گیران بخش دولتی، خصوصی و مدنی باید نسبت به مسائل عمومی همانند منافع سازمانی و سهامداران خود پاسخ‌گو باشند. شفافیت نیز به معنای آزاد گذاشتن جریان اطلاعات و قابل دسترس بودن آن برای همه کسانی است که در ارتباط با تصمیمات هستند (شریف‌زاده و قلی‌پور، ۱۳۸۲، ص ۱۰۰-۱۰۱). از جمله حقوق اولیه شهروندان در خصوص بیماری‌های واگیر این است که افکار عمومی با صراحت و شفافیت از این موضوع اطلاع پیدا کنند. اطلاع‌رسانی باید به‌موقع باشد و از طریق دولت و وزارت بهداشت صورت بگیرد. این مسئله صرفاً معطوف به اطلاع‌رسانی اولیه نیست بلکه عامه مردم حق دارند مستمراً و به صورت شفاف در جریان اقدامات دولت در خصوص نحوه مقابله با بیماری‌های واگیر و مسائل مختلف مربوط به آن قرار بگیرند. حق شهروندان بر دسترسی به اطلاعات در خصوص بهداشت و سلامت عمومی نوعی پاسخ‌گویی از سوی دولت را اقتضا می‌کند؛ بنابراین، در صورت سهل‌انگاری دولت در اطلاع‌رسانی به‌موقع و مستمر مردم و یا عدم اطلاع از اقدامات دولت، خصوصاً در زمینه توزیع اقلام بهداشتی و تسهیلات مربوطه و مواردی از این قبیل، قوه قضاییه می‌تواند در راستای حمایت از حقوق فردی و اجتماعی دولت را ملزم به پاسخ‌گویی کند.

۲-۲. شناسایی مسئولیت برای دولت و شهروندان

در حال حاضر با توجه به شیوع بیماری کرونا و همه‌گیر شدن آن در سطح بین‌المللی و داخلی مبنی بر برخورداری از سلامت و بهداشت و رسیدگی‌های پزشکی، ضروری است در صورت عدم التزام دولت به ایفای تکالیف و تعهدات قانونی خود، پیگیری‌های لازم از طرق مقتضی مندرج در قوانین مربوطه انجام گیرد. به‌طور کلی، الگوی مسئولیت در حکمرانی بهداشتی - درمانی بیماری‌ها و آفت‌های واگیر که از جمله امور حاکمیتی هستند (ر.ک: ماده ۸ قانون مدیریت خدمات کشوری) شامل زیرنظام‌هایی است که برگرفته از احکام قانونی (اصول قانون اساسی و قوانین عادی) و استنتاجات عقلی می‌باشد. این مسئولیت‌ها عمدتاً مشتمل بر «مسئولیت کیفری» و «مسئولیت مدنی» است (سایت رسمی دفتر هیئت دولت، تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۰۱/۲۰؛ <https://cabinetoffice.ir>) که در ذیل هر یک از آنها بررسی می‌شوند.

۲-۲-۱. مسئولیت کیفری

مسئولیت کیفری از حیث جنبه عینی و واقعی عبارت است از «التزام شخص نسبت به تحمل آثار جزایی و تبعات قانونی ناشی از رفتار مجرمانه خود» (میرسعیدی، ۱۳۹۰، ص ۲۱/ میلانی و عبدالکریمی، ۱۳۹۴، ص ۷۳) رکن اصلی تحقق مسئولیت، صحت و انتساب است که احراز آن در کلیه جرائم اعم از عمدی و غیرعمدی و همراه با قصور یا تقصیر، لازم و ضروری است و بیماری‌های واگیردار نیز از این امر مستثنی نیستند (فروغی و دیگران، ۱۳۹۴، ص ۱۲۷) بنابراین، تحقق مسئولیت جزایی منوط به این است که شرایط و اوصاف مقرر وجود داشته باشد و با فقدان آن مسئولیت کیفری منتفی خواهد بود (مهرا و نوروزی، ۱۳۹۶، ص ۹۳).

۲-۲-۲. مسئولیت مدنی

مسئولیت مدنی، مسئولیتی است که در برابر ایجاد خسارت به وجود می‌آید و به وجود آورنده خسارت را ناگزیر از جبران خسارت می‌نماید؛ بنابراین هر جا که شخص در برابر دیگری مسئول جبران خسارتی باشد، در آنجا مسئولیت مدنی وجود دارد. (برای مطالعه بیشتر، ر.ک: رستمی و بهادری جهرمی، ۱۳۸۸، ص ۶۲) این نوع از مسئولیت، نتیجه منطقی حاکمیت قانون است و عدالت حکم می‌کند که هیچ قانون شکنی و زیانی چه مادی و چه معنوی بدون جبران باقی نماند (طباطبایی مؤتمنی، ۱۳۸۷، ص ۶۲). مسئولیت مدنی مبتنی بر یک سلسله مبانی در حقوق موضوعه است که عبارتند از: نظریه تقصیر، نظریه تضمین حق و نظریه خطر (نجارزاده آهنی و محمدی، ۱۳۹۴، ص ۱۲-۱۶). همچنین برای تحقق این مسئولیت ارکانی همچون «وجود ضرر» (به عنوان مهم‌ترین رکن مسئولیت مدنی)، «زیان‌بار بودن فعل یا ترک فعل» و «احراز رابطه سببیت» تعریف و تعیین شده است (کاظمی و دیگران، ۱۳۹۳، صص ۱۵۶-۱۶۳ و ۱۶۸) نظر به اینکه بیماری‌های واگیردار یکی از عوامل تهدیدکننده سلامت انسان‌ها به شمار می‌آیند و با توجه به کم و کیف سرعت انتشار آنها ممکن است موجبات مرگ و میر تعداد زیادی از افراد را فراهم آورند، جبران خسارات جسمانی ناشی از انتقال بیماری به دیگران ضروری می‌نماید.

در مورد مسئولیت مدنی دولت در قبال بیماری‌های واگیردار، باید مسئله را در دو فرض عمده مورد بررسی قرار داد: فرض نخست مربوط به آن دسته از بیماری‌های واگیرداری می‌شود که احتمال شایع شدن آن بیماری غیرقابل پیش‌بینی باشد. البته اصطلاح غیرقابل پیش‌بینی مفهوم بسیار مضیقی

دارد و تنها منحصر در مواردی است که بیماری سابقه نداشته و اتفاق محض غیر تکراری باشد. بدیهی است که بیماری‌های همچون طاعون، آنفولانزا یا دیگر بیماری‌های واگیردار، با یک‌بار وقوع در تاریخ معاصر در سال‌های بعد 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؛ چراکه هدف از مسئول‌دانستن 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، اما این 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 موارد دیگر است. به‌طور کلی، معیار پیش‌بینی‌پذیری حادثه یا غیرقابل پیش‌بینی بودن آن، معیاری جهانی است؛ 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. فرض دوم آن است که بیماری واگیردار قابل پیش‌بینی باشد. در این مورد، اگر ماده ۱۱ قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹ کمیسیون مشترک دادگستری مجلسین 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 متناسب 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، روبه‌رو 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 متناسب به ایشان است، مراجعه نماید» (السان، ۱۳۹۹، ص ۲۳۷-۲۳۹).

۲-۳. وضع محدودیت‌های ضروری ناظر بر تضمین سلامت عمومی

لزوم حفظ سلامت شهروندان از گزند آسیب‌های ناشی از گسترش بیماری‌های همه‌گیر مقتضی آن است که دولت در راستای مهار و کنترل این قبیل بیماری‌ها بتواند محدودیت‌هایی را در حقوق و آزادی‌های افراد برقرار کند. بر این اساس، در ذیل، ابتدا به قلمرو صلاحیت دولت در وضع

محدودیت‌های ضروری پرداخته می‌شود. سپس، آیین و تشریفات اعمال اصل ۷۹ قانون اساسی بررسی و پس از آن، حقوق قابل تعلیق و غیرقابل تعلیق بیان می‌گردند.

۲-۳-۱. قلمرو صلاحیت دولت در وضع محدودیت‌های ضروری

اعمال محدودیت‌ها توسط دولت، مستلزم وجود قانون و رعایت چارچوب قانونی است. لذا دولت نمی‌تواند به صورت خودسرانه محدودیت‌های ضروری را برقرار کند؛ چراکه ممکن است نقض حقوق و آزادی‌های شهروندان را به همراه داشته باشد. وظیفه برقراری محدودیت‌های ضروری در اصل، در اختیار دولت است و اعمال آن باید از مجرای مناسبات تقنینی، اجرایی گردد. در این راستا، با وجود آنکه قانون اساسی مصادیق محدودیت‌های ضروری را برنشمرد اما دولت می‌تواند محدودیت‌های ضروری بهداشتی را پیش‌بینی و برقرار کند، از جمله «قرنطینه»، «اعمال محدودیت در رفت‌وآمد» و «تحدید آزای اجتماعات افراد». نکته مهم آنکه دولت در برقراری محدودیت‌ها دارای صلاحیت مطلق نیست و نمی‌تواند نسبت به کلیه آزادی‌ها، محدودیت‌های ضروری برقرار نماید. در این راستا، اشاره به ذیل اصل ۹ قانون اساسی موجه به نظر می‌رسد. مطابق ذیل اصل اخیر، «هیچ مقامی حق ندارد به نام حفظ استقلال و تمامیت ارضی کشور آزادی‌های مشروع را، هر چند با وضع قوانین و مقررات، سلب کند». از عموم صلاحیت مجلس در اصل ۷۱ و نیز اصل ۷۹ قانون اساسی این طور برمی‌آید که آزادی‌های مشروع را می‌توان با قوانین و مقررات صرفاً «محدود» کرد. بنابراین در صورت حادث شدن پدیده‌های منتهی به وضعیت اضطراری از جمله سلامت عمومی، می‌توان برای قوای مقننه و مجریه، صلاحیت اعمال وضع محدودیت‌های ضروری را در نظر گرفت. وضع این محدودیت‌ها مشروط به این است که اولاً در چهارچوب اصل ۷۹ قانون اساسی بگیرند و ثانیاً ذیل اصل ۹ را نقض نکنند.

در خصوص اصل ۷۹ گفتمنی است مقنن اساسی با توجه به پیشینه منفی حکومت نظامی در زمان رژیم پهلوی، صراحتاً حکومت نظامی را ممنوع اعلام نموده است و از طرف دیگر وفق اصل ۷۹، وضع «محدودیت‌هایی را در شرایط «اضطراری» امکان‌پذیر می‌داند. با توجه به اینکه استفاده از امکانات نظامی و وضع محدودیت‌هایی شبیه محدودیت‌های رفت و آمد یا ممنوعیت تجمع در وضعیت‌های اضطراری از عمده‌ترین روش‌هایی است که در این شرایط استفاده می‌شود، عدم تعریف دقیق شرایط اضطراری و محدودیت‌های قابل اعمال ابهاماتی را در خصوص نحوه اعمال

اصل ۷۹ قانون اساسی ایجاد می‌نماید.

با وجود آنکه اصل ۷۹ قانون اساسی به دولت اختیار برقراری محدودیت‌های ضروری موقت را با تصویب مجلس شورای اسلامی داده است، اما مصادیق و مولفه‌های اضطرار عمومی و قلمرو اختیارات دولت در این اصل مشخص نشده است. در مجلس بررسی نهایی قانون اساسی برخی از اعضای مجلس مزبور به هنگام بررسی این اصل بر این باور بودند که تعبیر «شرایط اضطراری و نظیر آن» ابهام دارد و امکان سوء استفاده دولت‌ها از آن وجود دارد:

«حجتی کرمانی — عرض بنده این است که چون این محدودیت‌های ضروری خیلی روشن نیست، ممکن است [به] همان حکومت‌های نظامی برسد؛ بنابراین باید طوری نوشته شود که روشن باشد و به صورت حکومت نظامی درنیاید» (اداره کل امور فرهنگی و روابط عمومی مجلس شورای اسلامی، ۱۳۶۴، ج ۲، ص ۸۸۱-۸۸۲).

از این رو، پیشنهاد دادند که مصادیق «شرایط اضطراری» و «محدودیت‌های ضروری» مشخص شوند. در این راستا، دکتر آیت به عنوان یکی از اعضای مجلس فوق‌الذکر، مصادیق وضعیت اضطراری را «شورش» و «قیام علیه حکومت قانونی» و مصادیق محدودیت‌های ضروری را شامل «محدودیت تجمع و تردد» عنوان می‌کنند:

«دکتر آیت — ... به این صورت که اول می‌توانیم موارد اضطراری را پیش‌بینی کنیم که شورش و قیام علیه حکومت قانونی [را] ذکر کنیم؛ بعد هم محدودیت‌ها را می‌توانیم پیش‌بینی کنیم که از جهت تجمع و تردد باشد و دیگر مطبوعات توقیف نشوند و سایر آزادی‌ها هم سلب نشود» (همان).
با وجود این نگرانی‌ها و اختلافات، آنچه در انتهای اصل مبنی بر صلاحیت دولت در مجوز گرفتن از مجلس در صورت ابقای ضرورت دائمی نخواهد بود؛ چراکه شرایط استثنایی پس از تعلیق و تزلزل حکومت قانون بایستی لغو شود و وضعیت به حالت سابق بازگردد تا وضعیت اضطراری به حالت نامعلومی ادامه نیابد. چون در این صورت، ابزاری در اختیار برخی از مقامات قرار می‌گیرد تا در مواقع غیر لزوم، آزادی‌ها و حقوق شهروندان را تحدید نمایند (مشهدی و دیگران، ۱۳۹۹، ص ۵۲). به‌طور کلی، می‌توان گفت که در نظم حقوقی جمهوری اسلامی ایران، وضعیت اضطرار عمومی به رسمیت شناخته شده اما در مقام عمل، متولی اصلی اعلام و برقراری وضعیت اضطرار عمومی مشخص نیست و به نظر می‌رسد که دولت (قوه مجریه)، مجلس شورای اسلامی، شورای عالی امنیت ملی، مجمع تشخیص مصلحت نظام و مقام رهبری مستقیم یا غیرمستقیم

دارای اختیار محسوب می‌شوند (شاملو و یوسفی، ۱۳۹۵، ص ۱۲۰-۱۲۱).

۲-۳-۲. آیین و تشریفات اعمال اصل ۷۹ قانون اساسی

در قوانین داخلی، برخی از فرآیندهای برقراری وضعی اضطراری مورد توجه قانونگذار قرار گرفته است. آیین‌نامه داخلی مجلس شورای اسلامی مصوب ۱۳۷۹/۰۱/۲۰ مجلس شورای اسلامی با اصلاحات و الحاقات بعدی ترتیبات اجرای مفاد اصل ۷۹ را پرداخته است. مبتنی بر ماده ۲۱۰ آیین‌نامه، دولت موظف است پیش از اعمال محدودیت، متن کامل و دقیق محدودیت‌های ضروری با دلایل توجیهی لازم همراه با لایحه قانونی برای بررسی تقدیم مجلس کند. چنانچه دولت بدون کسب مجوز به اعمال محدودیت مبادرت ورزد، رئیس مجلس موظف است تقدیم لایحه محدودیت را از رئیس جمهور مطالبه کند. در این باره، حق سؤال یا استیضاح رئیس جمهور و وزیران برای نمایندگان محفوظ خواهد بود. به موجب ماده ۲۱۱ نیز رسیدگی به لایحه محدودیت‌های ضروری یک شوری است و در صورت تصویب مجلس، مدت اعمال آن به هر حال نمی‌تواند بیش از سی روز باشد. در صورتی که پس از انقضای این مدت، ضرورت همچنان باقی باشد، دولت موظف است بار دیگر از مجلس کسب مجوز کند.

مترتب بر مطالب فوق، می‌توان عناوینی را به عنوان محورهای اصلی اعلام و برقراری وضعیت اضطراری در جمهوری اسلامی ایران و با اقتباس از قوانین وضعیت‌های اضطراری کشورهای دیگر تعیین کرد که به شرح موارد زیر است:

تشکیل جلسه اضطراری توسط دولت به منظور اتخاذ تصمیم و اعلام وضعیت اضطراری؛
انعکاس تصمیم دولت به مجلس مبنی بر ایجاد وضعیت اضطراری و لزوم تصویب مجلس؛
تعیین محورهای اساسی برقراری وضعیت اضطراری توسط دولت؛
تعیین بازه زمانی آغاز و خاتمه وضعیت اضطراری توسط دولت و لزوم اعلام آغاز و پایان آن توسط دولت؛

لزوم تعیین امکان برقراری مجدد (تمدید) وضعیت اضطراری به تعداد مقتضی؛

تعیین دامنه شمول وضعیت اضطراری توسط دولت؛

اعلان و اطلاع‌رسانی شفاف دولت به مردم از طریق رسانه‌های جمعی (رادیو و تلویزیون) و با دیگر رسانه‌ها (ایجاد و تقویت سیستم‌های اطلاع‌رسانی)؛

پیش‌بینی امکان اتخاذ اختیارات ویژه توسط دولت و تعیین حدود و ثغور آن در قانون مصوب مجلس؛

پیش‌بینی اقدامات و محدودیت‌های مقتضی به هنگام وقوع وضعیت اضطراری؛
پیش‌بینی ستاد مرکزی تصمیم‌گیری با کارویژه‌های مشخص؛
تعیین نهاد مسئول و پاسخ‌گوی شهروندان در وضعیت اضطراری.

۲-۳-۳. حقوق قابل تعلیق و غیر قابل تعلیق

اسناد بین‌المللی در رابطه با تعلیق یا تحدید حقوق و آزادی‌های شهروندان قواعدی را پیش‌بینی کرده‌اند. مهم‌ترین این اسناد ماده ۴ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی است. ایران به عنوان یکی از اعضای میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی مکلف است برقراری وضعیت اضطراری و اتخاذ تدابیر لازم را در چارچوب مفاد مندرج در ماده ۴ این سند به عمل آورد. نکته مهم آنکه، برخی از حقوق و آزادی‌ها تحت هیچ شرایطی قابل تحدید یا تعلیق نیستند. به عنوان مثال، فرض حیات به عنوان بنیادی‌ترین ارزش انسانی، این پیامد حقوق بشری را به دنبال خواهد داشت که هیچ‌کدام از حق‌ها و یا ارزش‌های پایه انسانی دیگر نمی‌توانند بر ارزش حیات تقدم یابند (قاری سیدفاطمی، ۱۳۸۸، ص ۳۷). بنابراین، حق حیات حتی در شرایط اضطراری قابل تعلیق نیست. کرامت انسانی، ممنوعیت شکنجه و حق دادخواهی نیز در زمره این دسته جای می‌گیرند که در هیچ شرایطی قابل سلب و تعلیق نیستند.

۲-۳-۴. تضمین برخورداری عادلانه شهروندان از حمایت‌ها و خدمات درمانی - بهداشتی

حق هر فرد انسانی در برخورداری از امکانات بهداشتی و درمانی برای رسیدن به حدّ اعتدالی سلامت و اقتضای برابری افراد در کرامت و ارزش‌های انسانی، هریک از انسان‌ها را محق به برخورداری برابر از امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی می‌کند؛ بنابراین دولت به هنگام مواجهه با بیماری‌های همه‌گیر نمی‌تواند و نباید تهیه و توزیع خدمات بهداشتی را در مکان‌های خاص متوقف و دیگر عموم شهروندان را در دسترسی و بهره‌مندی از این حق محروم کند. در واقع، در تهیه و توزیع خدمات بهداشتی مسئله «عدالت» بسیار مهم است. عدالت در اخلاق پزشکی،

مبتنی است بر برابر شناختن انسان‌های جامعه در برخی از حقوق خاص. عدالت در رابطه با سلامت صرفاً به معنای تخصیص منابع درمانی به بیماران نیست، بلکه تأمین شرایط برای تمامی مردمی است که آنها را تا حد امکان بر مدار سلامت و دور از بیماری نگاه دارد. در نتیجه، هرکس محق در برخورداری از حقی باشد باید آن را به نحو مطلوب و بدون توجه به موقعیت جغرافیایی، فرهنگی و اقتصادی در اختیار وی قرار داد و ارائه خدمات باید بر پایه نیازهای سلامتی و بدون توجه به نژاد، مذهب، جنس و توانایی پرداخت افراد صورت بگیرد (عباسی و دیگران، ۱۳۸۸، ص ۲۲).

امروزه مسئله «دسترسی» به عنوان یکی از موضوعات مهم در برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی درمانی مورد طرح است. از جمله مسائل مهم در خصوص برقراری عدالت در سلامت، تأمین مناسب و یکسان دسترسی فضایی خدمات درمان عمومی برای اقشار مختلف جامعه است. به تعبیر دیگر، دسترسی مطلوب به خدمات بهداشتی و درمانی برای همه مناطق و نواحی، یعنی فراهم کردن خدمات درست در زمان و مکان درست. از این رو، جلوه حقیقی و راستین عدالت اجتماعی می‌تواند از طریق ارائه صحیح و به موقع خدمات بهداشتی و درمانی تجلی یابد (رشادت و دیگران، ۱۳۹۵، ص ۱۰). در این راستا، می‌توان به دسترسی به داروهای اساسی، به عنوان حقی در چارچوب کلی حق بر سلامت و حق بر حیات اشاره کرد و در کنار آن از حق‌های دیگر که مقوم سلامت هستند نام برد. از جمله حق بر منع تبعیض در دسترسی به امکانات، تسهیلات و خدمات بهداشتی، حق دسترسی به غذا، مسکن و سرپناه مناسب، آب آشامیدنی سالم و توزیع عادلانه کلیه امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی برای همه. نتیجه آنکه، دسترسی به دارو و دیگر امکانات و خدمات بهداشتی حداقلی را می‌توان به عنوان یکی از استحقاقات بنیادین حقوق بشری به شمار آورد (نیاورانی و جاوید، ۱۳۹۵، ص ۳۳). به بیان دیگر، اساساً عدالت اجتماعی زمانی حاصل می‌شود که مراقبت‌های بهداشتی و درمانی براساس نیاز افراد نیازمند به آن توزیع شود. در صورتی که امروزه وجود بخش خصوصی در سیستم بهداشتی و درمانی باعث شده کسانی که از رفاه بیشتری برخوردارند و توانایی پرداخت مالی بالاتری دارند از خدمات بهداشتی و درمانی بهره‌مند شوند. نواحی محروم و دورافتاده در کشور همواره وضعیت بدتری از لحاظ بهداشتی و درمانی نسبت به نواحی دیگر دارند و کاهش دسترسی کافی به خدمات اولیه بهداشتی و درمانی باعث وخیم شدن وضعیت سلامتی افراد می‌شود (کریمی و دیگران، ۱۳۸۸، ص ۹۳-۱۰۰). بنابراین طراحی و اجرای درست سازوکارهایی برای کاهش اثرات این بحران‌ها، مانند ارائه فرصت‌های برابر برای

اشتغال، آموزش، خدمات بهداشتی یا به وجود آوردن یک شبکه حمایتی، همچون بیمه یا تأمین اجتماعی و مواردی از این قبیل ضروری می‌نماید (اسلامی و آجلی لاهیجی، ۱۳۹۵، ص ۲۲۳-۲۳۳). و دولت مکلف است در ارائه خدمات بهداشتی به نحوی عمل کند که مناطق محروم نیز به این امکانات دسترسی کافی پیدا کنند تا عدالت اجتماعی در زمینه بهداشت و سلامت محقق گردد.

در همین ارتباط نیز باید توجه داشت که مداخله نهادهای قضایی حاکمیتی در همین چارچوب امری ضروری قلمداد می‌شود. چنانکه به عنوان مثال، عدم نظارت دولت بر نحوه توزیع اقلام مزبور توسط توزیع‌کنندگان، مداخله و مقابله قوه قضاییه و اتخاذ اقدامات ضروری را ایجاب می‌کند؛ چرا که نتیجه احتکار اقلام بهداشتی مانع ارائه خدمات عمومی توسط دولت می‌شود و تضییع حقوق عامه را در پی خواهد داشت؛ بنابراین مقتضی است قوه قضاییه مبتنی بر قوانین و مقررات مربوطه، نسبت به اقدامات دولت با حساسیتی مضاعف به نظارت بر نحوه توزیع این اقلام توسط دولت و عوامل زیرمجموعه آن مبادرت ورزد تا ضمن پیشگیری از سوء استفاده برخی توزیع‌کنندگان و فروشندگان لوازم و محصولات بهداشتی و احتکار اقلام مزبور و ارائه خدمات عمومی به نحو مطلوب از حقوق شهروندان صیانت کند.^۱

۲.۵. جرم‌انگاری رفتارهای تهدیدکننده سلامت شهروندان

تأمین و تضمین سلامت و بهداشت به عنوان یکی از حقوق‌های اساسی بشر از مهم‌ترین وظایف دولت‌ها است. مهم‌ترین سازوکار تضمین این حقوق، استفاده از ابزار کیفری یا جرم‌انگاری رفتارهای تهدیدکننده این حقوق و مجازات ناقضان حقوق افراد است (شاملو و یوسفی، ۱۳۹۴، ص ۲۹۳). جرم‌انگاری، فرآیندی است که به موجب آن قانون‌گذار با در نظر گرفتن هنجارها و ارزش‌های اساسی جامعه و با تکیه بر مبانی نظری مورد قبول خود، فعل یا ترک فعلی را ممنوع و

۱. در این راستا می‌توان به صلاحیت قوه در پیشگیری و برخورد با محتکران اقلام بهداشتی اشاره کرد (ر.ک: بخشنامه رئیس قوه قضاییه مصوب ۱۳۹۹/۰۱/۰۷ خطاب به مراجع قضایی سراسر کشور). «دادستان» نماینده جامعه در امر پیشگیری از وقوع جرم است و صلاحیت مداخله و اقدامات پیش‌دستانه را داراست (طحان نظیف و طهماسبی، ۱۳۹۷، ص ۱۰۰). «سازمان بازرسی کل کشور» صلاحیت اعلام موارد تخلف و نارسایی‌ها و سوء جریانات اداری و مالی به مقامات ذی‌ربط را در اختیار دارد (بند ج ماده ۲ قانون تشکیل سازمان بازرسی کل کشور). «سازمان تعزیرات حکومتی» نیز به عنوان یک مرجع اختصاصی رسیدگی به تخلفات اقتصادی، صنفی و بهداشتی به منظور «نظارت و کنترل دولت بر فعالیت‌های اقتصادی و لزوم اجرای مقررات قیمت‌گذاری و ضوابط توزیع» (ماده ۱ قانون تعزیرات حکومتی) وجود دارد.

برای آن ضمانت اجرای کیفری وضع می‌کند (نجفی‌توانا و مصطفی‌زاده، ۱۳۹۲، ص ۱۵۱). از آنجا که یکی از مبانی مهم و مورد پذیرش کشورها تضمین سلامت شهروندان است، لازمه و اقتضای این امر، مداخله دولت را در تأمین و تضمین آن ایجاب می‌کند.

در حال حاضر می‌توان مواردی را در زمره مصادیق اعمال مجرمانه و به عنوان افعال تهدید کننده‌ی سلامت شهروندان پیش‌بینی و مقامات قضایی را مکلف به پیگرد افراد کرد؛ بنابراین، در صورتی که فردی دیگران را با ویروس کرونا مورد تهدید و آزار قرار دهد، باید با مجازات‌های شدید کیفری مواجه شود. این تهدید می‌تواند از طریق سرفه عمدی و یا انجام افعالی باشد که منجر به انتقال ویروس از فرد مبتلا به دیگران صورت بگیرد و یا ارتکاب افعالی با هدف ارعاب مردم باشد. همچنین در صورت نقض قوانین مربوط به تردد (قرنطینه)، در زمانی که دولت محدودیت‌هایی را در آزادی تردد شهروندان ضروری بداند اما افرادی با زیرپا گذاشتن و نقض آن محدودیت‌ها، موجب انتشار ویروس و ابتلای سایرین شوند، لازم است مقررات کیفری درخصوص آنان اجرا گردد. ۶۷

مضاف بر آن، مواردی از قبیل عدم استفاده از ماسک در سرویس‌های حمل و نقل عمومی و اداره‌ها و به طور کلی در مکان‌های پرتردد همچون بازار که امکان تجمع شهروندان در این مکان‌ها زیاد است، انتشار هرگونه مطلب در فضای مجازی مبنی بر عدم لزوم استفاده از ماسک و تشویق مردم به عدم رعایت ضوابط و پروتکل‌های بهداشتی مرتبط با مقابله با شیوع ویروس کرونا و نظایر اینها را می‌توان به عنوان دیگر مصادیقی دانست که به طور مشخص درخصوص بیماری کرونا نیازمند جرم‌انگاری هستند.

۲-۶. پیش‌بینی ستاد مرکزی تصمیم‌گیری و اختصاص ردیف بودجه مشخص

یکی از مهم‌ترین موضوعات درخصوص کنترل اضطرار مربوط به حوزه سلامت که البته ماهیتی مدیریتی و غیرحقوقی دارد، تعیین نهاد و فرماندهی عالی، متمرکز و واحد به منظور تمشیت امور و کنترل و مهار این بیماری‌ها است. اهمیت این مسئله در برخورد سریع، دقیق، همه‌جانبه و تخصصی با موضوع پیش‌آمده است. این نهاد در صورت برخورداری از جایگاه عالی می‌تواند به صورت متمرکز تدابیر و تصمیم‌های لازم را اخذ کند و با بسیج نیروها و امکانات نسبت به مقابله و کنترل بحران اقدام نماید. البته به این نکته نیز باید توجه داشت که لازمه بهره‌مندی عینی افراد از

حق‌های رفاهی در زمینه بهداشت و سلامت این است که در بدو امر، ردیف مشخصی در بودجه کل کشور بدین منظور اختصاص داده شود تا اقدامات لازم بر حسب این ردیف انجام بگیرد؛ بنابراین، مقتضی است قوانین عادی در اسناد لازم‌الاجرای مربوطه مبتنی بر سیاست‌ها و برنامه‌های رفاهی خود، ردیف بودجه‌ای را بدین منظور اختصاص دهند تا در زمان مقتضی اقدامات لازم از این مجرا و مبتنی بر این ردیف صورت پذیرد.

۳. مواجهه با بحران‌های ناظر بر سلامت عمومی؛ ظرفیت‌ها و کاستی‌ها

معیارهای لازم برای تصویب قانون جامع وضعیت اضطراری سلامت عمومی در قسمت قبل ترسیم و تبیین شد. بدیهی است نظر به در معرض حوادث و مخاطره قرار داشتن جوامع بشری و عدم مصونیت کلیه جوامع از گزند حوادثی همچون شیوع بیماری‌های همه‌گیر، ضروری است به منظور سامان‌دهی و مدیریت کشور به هنگام وقوع این قبیل بحران‌ها مقررات ناظر بر معیارهای مزبور را در یک قانون مسنجم و جامع پیش‌بینی شود. مبنای وضع چنین قانونی را می‌توان ناشی از لزوم توجه به این مؤلفه‌های اساسی دانست: «مهار هرچه سریع‌تر بحران»، «از دست رفتن کمترین جان»، «استفاده کارآمد و بهینه از منابع»، «توازن در ارائه خدمات به بیماران مضطر و حساس ناشی از غیربیماری واگیر و ایجاد توازن در نظام سلامت عمومی و دیگر نظام‌های حیات جمعی نظیر نظام معیشت و اشتغال و کار» (راسخ، ۱۴۰۰، ص ۶۱-۷۰). به بیان دیگر، حفظ جان و سلامتی از چنان اهمیتی برخوردار است که تدبیر ویژه برای رفع بحران‌های مرتبط با آن امری بدیهی و توجیه‌پذیر قلمداد می‌شود. چنانکه جدای از مقوله حفظ جان، سلامتی رابطه تنگاتنگی با دیگر حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی و حتی سیاسی دارد و لذا به منظور آنکه حوزه‌های دیگر نیز مصون از تعرض باشند، ضروری است در این خصوص تمهیدات لازم اندیشیده شوند.

۳-۱. ظرفیت‌های نظام حقوقی ایران در مواجهه با بحران‌های تهدیدکننده سلامت عمومی

یکی از طرق مواجهه با بحران در نظم حقوقی کنونی ایران، به‌کارگیری ظرفیت اصل ۱۷۶ قانون اساسی است. روشی که در موضوع مقابله با کرونا به‌کار گرفته شد و شورای عالی امنیت ملی به

موجب مصوبه شماره ۷۳۶ مورخ ۱۳۹۸/۱۲/۰۳، مدیریت بحران و تصمیم‌گیری در این حوزه را به «ستاد ملی پیشگیری و مقابله با کرونا» واگذار کرد.^۱ آنچه در این خصوص قابل ذکر است، سیالیت و انعطاف تدابیر اتخاذی چه در حوزه تشکیلات و سازوکارها و چه در حوزه سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری‌ها است. چه آنکه، به دلیل فراقوه‌ای بودن این ظرفیت، در عمل، مانع و محدودیتی برای ستاد مزبور جز آنچه خود در نظر می‌گیرد، وجود ندارد و لذا با بسط ید لازم می‌تواند نسبت به رفع بحران اقدام کند.

طریق دیگر در مواجهه با بحران‌های اضطراری استفاده از ظرفیت قانون مدیریت بحران مصوب ۱۳۹۸/۵/۷ است. این قانون به طور مشخص با هدف ارتقای توانمندی جامعه در امور پیش‌بینی و پیشگیری، کاهش خطر و آسیب‌پذیری، پاسخ مؤثر در برابر مخاطرات طبیعی، حوادث و بحران‌ها، تأمین ایمنی، تقویت تاب‌آوری با ایجاد مدیریت یکپارچه در امر سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی و انسجام در زمینه‌های اجرائی و پژوهشی، اطلاع‌رسانی متمرکز، ساماندهی و بازسازی مناطق آسیب‌دیده و نظارت دقیق بر فعالیت دستگاه‌های ذی‌ربط در حوزه حوادث و سوانح و کمک به توسعه پایدار برای مدیریت بحران کشور وضع شده است.

قانون مدیریت بحران مهمترین بستر قانونی مواجهه با بحران‌ها، حوادث و بلاهای طبیعی است. این قانون صرفاً مخاطرات نظامی — امنیتی و اجتماعی را پوشش نداده (بند الف ماده ۳) و لذا مدیریت عالی بحران‌های ناشی از تهدید سلامت و بهداشت عمومی را می‌توان مشمول این قانون دانست. در این قانون، «شورای عالی مدیریت بحران» مشتمل بر مسئولان اجرایی عالی‌رتبه، در رأس وجود دارد که سیاست‌گذاری اجرایی و تصویب سند راهبرد ملی مدیریت بحران و برنامه ملی کاهش خطر، برنامه آمادگی و برنامه بازسازی و بازتوانی را در اختیار دارد (مواد ۶ و ۷). مسئولیت مدیریت یکپارچه بحران نیز با «سازمان مدیریت بحران» است که رئیس آن از میان کسانی که تحصیلات دانشگاهی مرتبط و حداقل هفت سال سابقه کار تخصصی در زمینه مدیریت بحران دارند، برای یک دوره پنج‌ساله به پیشنهاد وزیر کشور و تصویب هیئت وزیران با حکم رئیس جمهور منصوب می‌شود (ماده ۸)؛ بنابراین، قانون مدیریت بحران به فرماندهی عالی و منسجم بحران توجه داشته است. قانون مدیریت بحران کشور به لزوم اختصاص ردیف‌های بودجه‌ای جداگانه نیز توجه

۱. تحلیل و ارزیابی اصل ورود شورای عالی امنیت ملی به این مقوله و تصمیم‌گیری در ارتباط با موضوعات پیرامون آن نظیر وضع محدودیت‌های ضروری از این مجال خارج است و نیازمند بحث مستقل دیگری است.

داشته است. در این راستا، سازمان برنامه و بودجه کشور وفق ماده ۱۹ مکلف به در اختیار قراردادن اعتبارات لازم به سازمان‌ها و دستگاه‌های مختلف با تأیید سازمان مدیریت بحران کشور شده است. همچنین سازمان موظف شده در پایان هر سال نحوه هزینه کرد این بودجه‌ها را به رئیس جمهور و مجلس ارائه دهد. بر این اساس، نقش نظارتی سازمان مدیریت بحران پُررنگ‌تر از قبل شده است. علاوه بر آن مطابق ماده ۱۷، مقرر شده است که ۳۰ درصد از اعتبارات مندرج در بند (م) ماده ۲۸ قانون الحاق (۲) در ابتدای هر سال از طریق سازمان برنامه و بودجه در اختیار سازمان مدیریت بحران کشور قرار گرفته تا صرف اقدامات مقابله‌ای شود و اگر حادثه‌ای رخ ندهد این بودجه در پایان سال به خزانه باز خواهد گشت. این قانون به همکاری، کمک و وظایف دستگاه‌های دولتی، غیردولتی، تعاونی‌ها و مؤسسات و نهادهای عمومی غیردولتی در مواجهه با بحران نیز توجه داشته است و به طور مستقل به احصای وظایف هریک از نهادهای مسئول پرداخته است. ماده ۱۴ قانون نیز به لزوم تهیه برنامه‌های آموزشی برای ارتقای سطح آگاهی مردم در برابر بحران و اطلاع‌رسانی آگاهانه به مردم در خصوص مخاطرات و بحران‌ها توسط سازمان صداوسیما توجه داشته است.

۲-۳. خلأها و نواقص ظرفیت‌های موجود در مقابله با بحران‌های تهدیدکننده سلامت عمومی

دو طریق یادشده یعنی استفاده از ظرفیت قانون مدیریت بحران یا به‌کارگیری ظرفیت اصل ۱۷۶، راهبردهای مناسبی برای حل بحران‌های ناظر بر سلامت عمومی قلمداد نمی‌شوند. نخست آنکه اعمال اصل ۱۷۶ برای حل بحران اگرچه راهگشا است اما فاقد الزامات حقوقی مورد نظر از جمله پیش‌بینی‌پذیری اقدامات و تصمیمات، نظارت‌پذیری، شفافیت و حاکمیت قانون است. درواقع، هرچند در این فرض به صورت کلی ورود شورا وفق اصل ۱۷۶ توجیه می‌شود، اما اقتضای قانون‌مداری بیش از این بوده و لازم است تشریفات، کیفیت تصمیم‌گیری‌ها، محدودیت‌های تصمیم‌گیری، نحوه نظارت بر اقدامات و تصمیمات و مانند اینها همگی مشخص باشد تا هم مأموران تصمیم‌گیر و هم شهروندان نسبت به حقوق و تکالیف خود مطلع باشند. از همه مهم‌تر، وضع محدودیت‌های ضروری در حقوق و آزادی‌های شهروندان نباید به سادگی امکان‌پذیر باشد و طی تشریفات در این خصوص ضروری است. بنابراین، اصل ۱۷۶ قانون اساسی اموری را تجویز می‌کند که از قبل فاقد تدبیر هستند و این مسئله با اقتضائات یک دولت حقوقی قانونمدار همخوانی

ندارد.

دیگر آنکه، قانون مدیریت بحران اگرچه الزاماتی را پیش‌بینی کرده و تدابیری را تمهید کرده است اما این قانون نیز با اقتضانات مربوط به وضعیت بحرانی و اضطراری مربوط به سلامت عمومی هماهنگی و همخوانی ندارد. مدیریت عالی بحران به موجب این قانون بر عهده سازمان مدیریت بحران کشور وابسته به وزارت کشور است و رئیس آن نیز الزاماً متخصص در حوزه پزشکی نیست. به نظر می‌رسد سازمان مدیریت بحران نیز بر همین اساس، مأموریت‌های خود را منحصر در حوادث و بلاهای طبیعی دانسته و اساساً بحران‌های تهدیدکننده سلامت عمومی را ذیل صلاحیت خود قلمداد نکرده است. در همین راستا نیز یکی از موجباتی که منجر به تشکیل ستاد ویژه‌ای برای مقابله با بحران کرونا وفق اصل ۱۷۶ شد، لزوم پیش‌بینی ترکیبی ویژه و تخصصی در این ارتباط بود.

۷۱

جدای از مسئله یادشده، قانون مدیریت بحران به الزامات مختص به بحران‌های سلامت عمومی توجهی ندارد. شناسایی مسئولیت برای دولت و شهروندان، تهیه و توزیع عادلانه خدمات بهداشتی و تجهیز بیمارستان‌ها و جرم‌انگاری رفتارهای تهدیدکننده سلامت شهروندان از جمله مواردی هستند که در این قانون مغفول مانده‌اند. همچنین، این قانون اساساً به وضع هیچ محدودیتی اشاره ندارد و حال آنکه محدودیت‌های قابل پیش‌بینی نظیر قرنطینه، ممنوعیت تردد بین استانی یا شهری، الزام به واکسن، استفاده از ماسک و نظائر اینها برای حل بحران و شرایط و تشریفات هریک لازم است به طور مشخص مقرر شود. نحوه نظارت بر اقدامات و تصمیمات نیز در این قانون محملی ندارد.

۳-۳. راهکار و پیشنهاد

شرایط، نوع وضعیت و اقتضانات هریک از مخاطرات در بحران‌های مختلف مقتضی آن است که با طبقه‌بندی و تفکیک آنها از یکدیگر نسبت به پیشگیری از وقوع آنها و یا کنترل و مهار آنها از مجرای قواعد و نهادهای از پیش تعیین شده اقدام کرد. در وضعیت کنونی، مواجهه با بیماری‌های واگیردار به مثابه یک بحران از طریق قانون مدیریت بحران مصوب ۱۳۹۸/۰۵/۰۷ امکان‌پذیر است؛ صرف‌نظر از اینکه می‌توان در رابطه با طرق دیگری همچون استفاده از ظرفیت اصل ۱۷۶ قانون اساسی و ورود شورای عالی امنیت ملی به چنین موضوعاتی نیز اظهار نظر کرد و نیز به

ظرفیت اصل ۷۹ توجه کرد. با این وجود، به‌رغم آنکه قانون مدیریت بحران کشور سعی داشته به طور جامع کلیه بحران‌ها را تحت پوشش قرار دهد اما به دلیل عدم شمول جامع این قانون نسبت به ضوابطی که در بخش دوم ناظر بر وضعیت اضطراری سلامت عمومی ذکر شده است و همچنین همخوان نبودن آن با اقتضائات وضعیت اضطرار سلامت عمومی، تصویب یک قانون مستقل که جامع ضوابط مزبور باشد ضروری به نظر می‌رسد.

در واقع، نخستین و مهم‌ترین گام یک نظام حقوقی در به‌رسمیت شناختن یک حق، طراحی آن در نظم حقوقی از مجرای وضع متناسب قواعد حقوقی است. مقدمه اجرای یک حق آن است که ابتدا حوزه تقنین اقدام به شناسایی آن از طریق وضع قاعده کند تا زمینه اجرا و پشتیبانی از آن در مراحل دیگر فراهم گردد؛ بنابراین، شناسایی حق بر بهداشت در نظم تقنینی را می‌توان به‌عنوان مؤثرترین و حساس‌ترین گام در ایفای این حق بشری دانست. مبتنی بر این رویکرد، قانون‌گذار عادی به عنوان اولین نهاد در ایفای عینی این تعهد لازم است با نگاهی جامع محور، مؤلفه‌های بنیادین حق بر سلامت و بهداشت را استخراج و متناسب با آن مؤلفه‌ها اقدام به وضع قانون کند. بر این اساس، لازم است «قانون جامع وضعیت اضطراری سلامت عمومی» تهیه و تنظیم گردد و کلیه ابعاد و اقداماتی را که در راستای تضمین این حق ضرورت دارد، پوشش داده شود. اهمیت تدوین و تصویب قانون جامع موضوع فوق از این حیث است که علاوه بر یکسان‌سازی قواعد مربوط به حوزه بهداشت، نظم حقوقی داخلی در اجرای قواعد لازم‌الاجرا دچار هرج و مرج هنجاری نگردد و حقوق بنیادین شهروندان در این زمینه دستخوش تحولات و اقدامات ناهمسوی مجریان قرار نگیرد. به دیگر سخن، وجود قانون جامع وضعیت اضطراری سلامت عمومی که مبین حق بر سلامتی و دربردارنده یک سلسله الزامات و بایسته‌های هنجاری است، از یک‌سو می‌تواند تضمین‌کننده حقوق بنیادین شهروندان در بهره‌مندی از حداقل سطح سلامتی باشد و از سوی دیگر، تکالیفی را در راستای تضمین و اجرای این حق متوجه حاکمیت کند.

نتیجه

شناسایی، تضمین و ارتقای حق بر سلامتی و بهداشت تکلیفی است که در اسناد داخلی و بین‌المللی برای دولت‌ها در نظر گرفته شده است. در این راستا، هر یک از کشورها به تناسب نظام حقوقی و سطح رفاهی و اقتصادی از طریق قاعده‌گذاری و اجرای مناسب قواعد حقوق بشری در

راستای ایفای این حق برآمده اند. با وجود به رسمیت شناخته شدن این حق برای شهروندان و تکلیف دولت‌ها در تضمین آن، عوامل مختلف و نوظهوری همچون بیماری‌های همه‌گیر که سلامت شهروندان را تهدید کرده و در معرض خطر قرار می‌دهند همواره به عنوان یک دغدغه برای کلیه دولت‌ها به شمار رفته و ممکن است منجر به ایجاد وضعیت اضطراری سلامت عمومی شود. از این رو، لازم است دولت‌ها از پیش تدابیر لازم را در راستای مقابله‌ی احتمالی با این بیماری‌ها اتخاذ کنند. وضعیت اضطراری سلامت عمومی، وضعیتی است که متعاقب یک رویداد غیر معمول بهداشتی به وجود می‌آید، باعث بروز خطر سلامت عمومی برای مردم می‌شود و مستلزم اتخاذ تدابیر ویژه برای مدیریت و مهار آن است. ایجاد وضعیت اضطراری سلامت عمومی که عموماً در بارزترین شکل خود از طریق سرایت و شیوع ویروس‌های همه‌گیر محقق می‌شود مستلزم مقابله جدی از جانب کشور درگیر بیماری است. در این راستا، دولت به اقتضای نوع وضعیت اضطراری ایجادشده باید مؤلفه، معیار و ضوابط ناظر بر آن شرایط را تعیین و به مقتضای آن، مقرره‌گذاری کند و اجرای آنها را در دستور کار خود قرار دهد. در نظام حقوقی ایران، نظام حاکم بر مدیریت بحران عمدتاً از طریق قانون مدیریت بحران قابل اجراست. البته محدوده کاربست این مدیریت صرفاً تا جایی است که نیازمند وضع محدودیت در حقوق و آزادی‌های شهروندان نباشد. در غیر این صورت، تصمیم‌گیری در خصوص آن از حیثه شمول این قانون خارج و بر اساس اصل ۷۹ قانون اساسی به دولت واگذار می‌گردد.

ضوابطی برای وضعیت اضطراری سلامت عمومی قابل طرح است که نظام حقوقی جمهوری اسلامی ایران تا حدّ زیادی سعی در پوشش کامل و تحقق آنها داشته است. این ضوابط که در قالب موارد ده‌گانه شناسایی و از حیث حقوقی مورد واکاوی قرار گرفتند به قرار ذیل هستند: «پیش‌بینی ستاد مرکزی تصمیم‌گیری»، «شفافیت و پاسخ‌گویی در مقابله با بیماری‌های همه‌گیر»، «شناسایی مسئولیت برای دولت و شهروندان»، «وضع محدودیت‌های ضروری ناظر بر سلامت عمومی»، «ارائه خدمات جامع درمانی از طریق تأمین اجتماعی و بیمه»، «تهیه و توزیع عادلانه خدمات بهداشتی و تجهیز بیمارستان‌ها»، «پیشگیری و مقابله با احتکار اقلام بهداشتی و نظارت بر نوسانات قیمت مواد غذایی»، «جرم‌انگاری رفتارهای تهدیدکننده سلامت شهروندان» و «اختصاص ردیف بودجه مشخص».

بر اساس نتایج به دست آمده از مهم‌ترین موارد فوق، عامه‌ی مردم حق دارند مستمراً و به صورت

شفاف در جریان اقدامات دولت در خصوص نحوه‌ی مقابله با بیماری‌های واگیر و مسائل مختلف مربوط به آن قرار بگیرند؛ بنابراین، در صورت سهل‌انگاری دولت در اطلاع‌رسانی به موقع و مستمر، قوه قضاییه می‌تواند در راستای حمایت از حقوق فردی و اجتماعی دولت را ملزم به پاسخ‌گویی کند. با توجه به تکالیف دولت در برابر بهره‌مندی شهروندان از حق بر سلامت و بهداشت و رسیدگی‌های پزشکی لازم است تکالیف مزبور قاعده‌گذاری شوند تا در صورت عدم التزام دولت به ایفای تکالیف و تعهدات قانونی خود، مسئولیت در ابعاد مختلف آن متوجه دولت گردد و پیگیری‌های لازم از طرق مقتضی مندرج در قوانین مربوطه انجام شود. بر این مبنا، برای دولت دو نوع مسئولیت مشتمل بر «مسئولیت کیفری»، «مسئولیت مدنی» شناسایی گردید.

بررسی یکایک ضوابط و معیارهای قانون وضعیت اضطراری سلامت عمومی به‌رغم آنکه بیان‌گر پوشش آنها در نظام حقوقی بوده است لیکن عدم وحدت و یکپارچگی آنها در قالب یک قانون واحد و وجود خلأهایی در قانون مدیریت بحران کشور از جمله عدم توجه به لزوم پیش‌بینی ترکیب تخصصی ستاد مرکزی تصمیم‌گیری منجر شده تا ضرورت تصویب قانون مستقل با عنوان قانون وضعیت اضطراری سلامت عمومی بیش از پیش احساس شود؛ بنابراین، اگرچه می‌توان مواجهه با بیماری‌های واگیردار به مثابه یک بحران را از مجرای ظرفیت قانون مدیریت بحران مصوب ۱۳۹۸/۰۵/۰۷ امکان‌پذیر دانست؛ (صرف‌نظر از اینکه می‌توان در رابطه با طرق دیگری همچون استفاده از ظرفیت اصل ۱۷۶ قانون اساسی و ورود شورای عالی امنیت ملی به چنین موضوعاتی نیز اظهار نظر کرد و نیز به ظرفیت اصل ۷۹ توجه کرد)، اما به دلیل عدم شمول جامع این قانون نسبت به الزامات ضوابط مورد انتظار و همچنین همخوان نبودن آن با اقتضانات وضعیت اضطرار سلامت عمومی و نیز عدم پیش‌بینی سازوکارهای اختصاصی مقابله با بحران‌های مربوط به سلامت عمومی همچون لزوم وجود ستاد مرکزی تصمیم‌گیری با ترکیب تخصصی لازم در راستای مقابله با این‌گونه بحران‌ها، تصویب یک قانون مستقل که جامع ضوابط مزبور باشد ضروری قلمداد می‌شود.

منابع

۱. ابراهیم پور، حبیب و فهیمه الیکلی؛ بررسی نقش حکمرانی خوب در کارآمدی دولت‌ها؛ [بی جا]: کنفرانس بین‌المللی نخبگان مدیریت، ۱۳۹۵.
۲. اسلامی، رضا و مهشید آجلی لاهیجی؛ «چالش‌های توسعه اجتماعی در نظام بین‌المللی حقوق بشر؛ با تأکید بر حق آموزش، حق بر بهداشت و رفع فقر»، تحقیقات حقوقی؛ ش ۷۴، تابستان ۱۳۹۵، ص ۲۱۱-۲۴۴.
۳. اصغر نیا، مرتضی؛ «چالش‌ها و الزامات دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت»، فصلنامه حقوق پزشکی؛ ش ۳۷، تابستان ۱۳۹۵، ص ۳۵-۷۷.
۴. السان، مصطفی؛ «مسئولیت مدنی دولت در قبال بیماری‌های واگیردار (بررسی موردی: کووید ۱۹) — ویژه‌نامه حقوق و کرونا»، فصلنامه تحقیقات حقوقی؛ دوره ۲۳، مرداد ۱۳۹۹، ص ۲۱۵-۲۴۳.
۵. پژوهشکده شورای نگهبان؛ بررسی مفهوم مسئولیت مدنی؛ پژوهشکده شورای نگهبان: دفتر مطالعات نظام‌سازی اسلامی، شماره مسلسل: ۱۳۹۴۰۱۷۹.
۶. جاوید، احسان و صابر نیاورانی؛ «قلمرو حق سلامتی در نظام بین‌المللی بشر»، فصلنامه پژوهش حقوق عمومی؛ ش ۴۱، مهر ۱۳۹۳، ص ۴۷-۷۰.
۷. حبیبی مجنده، محمد؛ «حق بر سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، حقوق بشر؛ ش ۱، خرداد ۱۳۸۶، ص ۷-۳۸.
۸. راسخ، محمد؛ «مبانی و نظام حقوق سلامت عمومی در وضعیت اضطراری»، مجله تحقیقات حقوقی؛ ش ۹۵، پاییز ۱۴۰۰، ص ۵۷-۸۰.
۹. رستمی، ولی و علی بهادری جهرمی؛ «مسئولیت مدنی دولت»، پژوهش‌نامه حقوق اسلامی؛ ش ۲۹، بهار و تابستان ۱۳۸۸، ص ۶۵-۹۶.
۱۰. رشادت، سهیلا و دیگران؛ «بررسی نابرابری در دسترسی به امکانات درمانی بیمارستانی با استفاده از سیستم اطلاعات جغرافیایی در کلان شهر کرمانشاه»، فصلنامه بیمارستان؛ ش ۲، ۱۳۹۵، ص ۹-۲۲.
۱۱. شاملو، باقر و ابوالفضل یوسفی؛ «مخاطرات و تکالیف حقوقی دولت در مقیاس ملی و بین‌المللی»، دانش مخاطرات؛ ش ۳، مهر ۱۳۹۴، ص ۲۹۱-۳۰۵.

۱۲. شاملو، باقر و ابوالفضل یوسفی؛ «وضعیت اضطرار عمومی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، مجله حقوقی دادگستری؛ ش ۹۶، زمستان ۱۳۹۵، ص ۱۰۹-۱۲۸.
۱۳. شریف‌زاده، فتاح و رحمت‌الله قلی‌پور؛ «حکمرانی خوب و نقش دولت»، فرهنگ و مدیریت؛ ش ۴، دی ۱۳۸۲، ص ۹۳-۱۰۹.
۱۴. طباطبایی مؤتمنی، منوچهر؛ حقوق اداری؛ تهران: انتشارات سمت، ۱۳۸۷.
۱۵. طحان نظیف، هادی و محمدحسن طهماسبی؛ «نقش دادستان در صیانت از حقوق و آزادی‌های عمومی در حقوق کیفری ایران»، فصلنامه قضاوت؛ ش ۹۳، بهار ۱۳۹۷، ص ۹۳-۱۲۱.
۱۶. عباسی، محمود و دیگران؛ «عدالت در سلامت و جایگاه آن در اخلاق پزشکی»، فصلنامه اخلاق پزشکی؛ ش ۱۰، ۱۳۸۸، ص ۱۱-۳۳.
۱۷. عباسی، محمود و دیگران؛ «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران»، فصلنامه حقوق پزشکی؛ ش ۳۰، ۱۳۹۳، ص ۱۸۳-۱۹۹.
۱۸. عبداللهی، محسن؛ تروریسم حقوق بشر و حقوق بشردوستانه؛ تهران: نشر شهر دانش، ۱۳۸۸.
۱۹. غمامی، سیدمحمد مهدی؛ «مطالعه تحلیلی الگوهای مدیریت وضعیت‌های اضطراری محل بهداشت و سلامت عمومی؛ بررسی موردی بیماری کرونا (کووید ۱۹)»، تعالی حقوق؛ ش ۲، تابستان ۱۳۹۹، ص ۱۶۶-۲۰۱.
۲۰. فرخ‌وندی، امیر و فاطمه پارسی؛ بررسی مفهوم سلامت در رفاه اجتماعی؛ تهران: کنگره ملی روانشناسی اجتماعی ایران، ۱۳۹۲.
۲۱. فروغی، فضل‌الله و دیگران؛ «نحوه احراز مسئولیت کیفری در بیماری‌های واگیردار و جرایم قابل انتساب»، فصلنامه حقوق پزشکی؛ ش ۳۵، زمستان ۱۳۹۴، ص ۱۲۵-۱۵۶.
۲۲. قاری سیدفاطمی، سیدمحمد؛ حقوق بشر در جهان معاصر؛ ج ۲، تهران: شهر دانش، ۱۳۸۸.
۲۳. کاظمی، محسن و دیگران؛ «مسئولیت مدنی ایراد خسارت معنوی ناشی از بیماری‌های ایدز و هپاتیت در اثر انتقال خون آلوده، با نگاهی به پرونده هموفیلی‌ها»، فصلنامه حقوق پزشکی؛ ش ۳۰، پاییز ۱۳۹۳، ص ۱۴۷-۱۸۱.
۲۴. کریمی، ایرج و دیگران؛ «مطالعه تطبیقی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور توسعه‌یافته و ارائه الگوی مناسب برای ایران»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک؛ ش ۴، زمستان ۱۳۸۸، ص ۹۲-۱۰۴.
۲۵. محبی، داود و حامد کرمی؛ «ماهیت شناسی الگوهای پاسخ به وضعیت‌های اضطراری با تأکید بر قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران»، فصلنامه آفاق امنیت؛ ش ۳۲، پاییز ۱۳۹۵،

- ص ۹۸-۶۷.
۲۶. مشهدی، علی، علی دارایی و صدیقه قارلقی؛ «شرایط استثنایی و استثنای حاکمیت قانون (مورد پژوهشی رویکرد خبرگان قانون اساسی به وضعیت های اضطراری)»، فصلنامه علمی پژوهش های نوین حقوق اداری؛ ش ۴، پاییز ۱۳۹۹، ص ۳۹-۵۷.
۲۷. مهرا، نسرین و بهروز نوروزی؛ «سیاست گذاری ارکان مسئولیت کیفری در حقوق ایران و انگلستان با نگرشی بر نظرات امام خمینی * و دیگر فقها»، پژوهش نامه متین؛ ش ۸۴، آذر ۱۳۹۸، ص ۹۱-۱۲۹.
۲۸. میرسعیدی، منصور؛ مسئولیت کیفری، قلمرو و ارکان؛ ج ۱، تهران: نشر میزان، ۱۳۹۰.
۲۹. میلانی، علیرضا و مصطفی عبدالکریمی؛ «درآمدی بر مسئولیت کیفری بدون تقصیر»، فصلنامه مطالعات علوم اجتماعی؛ ش ۱، زمستان ۱۳۹۴، ص ۷۲-۸۸.
۳۰. نجفی توانا، علی و فهیم مصطفی زاده؛ «جرم انگاری در نظام کیفری جمهوری اسلامی ایران»، مطالعات فقه و حقوق اسلامی؛ ش ۸، بهار و تابستان ۱۳۹۲، ص ۱۴۹-۱۷۰.
۳۱. نیاورانی، صابر و احسان جاوید؛ «حق دسترسی به داروهای اساسی در چهارچوب موافقت نامه تریپس و چالش حمایت از حق بین المللی بشر بر سلامت»، مجله حقوقی بین المللی؛ ش ۵۴، بهار و تابستان ۱۳۹۵، ص ۲۹-۵۸.
۳۲. هزارجریبی، جعفر و رضا صفری شالی؛ آناتومی رفاه اجتماعی؛ تهران: انتشارات جامعه فرهنگ، ۱۳۹۱.
۳۳. یوسف باقری، حامد و دیگران؛ «حق بر سلامت و بهداشت عمومی از منظر حقوق بنیادین بشر با تأکید بر سند ۲۰۳۰ یونسکو»، فصلنامه حقوق پزشکی؛ ش ۴۶، پاییز ۱۳۹۷، ص ۱۷۷-۲۰۵.
34. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), (1966). adopted by the United Nations General Assembly.
35. International Health Conference, (1946). Constitution of the World Health Organization, , preamble.
36. Model State Emergency Health Powers Act, (2001). The Center for Law and the Public's Health at Georgetown and Johns Hopkins Universities.
37. The Disaster Relief and Emergency Assistance Act.
38. WHO. 'Framework for a Public Health Emergency Operations Centre', Geneva, 2015