

Quarantine for the Control of Communicable Diseases with a Look at the Iranian Legal System

(Type of Paper: Research Article)

Zahra Ameri^{1*}, Seyed Ahmad Habibnezhad²

Abstract

The use of quarantine to control communicable diseases has always been controversial because such strategy raises political, moral, economic and legal challenges and requires a precise balance between public interest and individual rights and discussion on the scope and foundations of government involvement in the field of public health. It is necessary to determine precise measurements in order to apply this method. The legal systems of the countries within the framework of the constitutions and the ordinary laws and regulations have provided the quarantine for the prevention of the communicable diseases. Although we do not have a specific law on quarantine in Iran, the principle 79 of the Constitution can be used to legitimize it. Also, given the emergence of emerging diseases, there is a need for a specific legal framework, including a comprehensive quarantine law which contains regulation about how to enforce it, how it will be implemented, the authorities in charge, the extent of the quarantine, guarantee of breach, and how to recover the effects thereof.

Keywords

Communicable Disease, Rights and Freedoms, Public Health, Quarantine, Emergency Situation.

-
1. Assistant Prof., Department of Law, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran. (Corresponding Author). Email: z.ameri@ub.ac.ir
 2. Assistant Prof., Department of Public Law, Faculty of Law, University of Tehran, College of Farabi, Qom, Iran. Email: a.habibnezhad@ut.ac.ir
- Received: March 21, 2020 - Accepted: July 12, 2020



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits others to download this work, share it with others and Adapt the material for any purpose.

اعمال قرنطینه برای کنترل بیماری‌های واگیردار با نگاهی به نظام حقوقی ایران

(نوع مقاله: علمی - پژوهشی)

زهرامری^{۱*}، سید احمد حبیب‌نژاد^۲

چکیده

استفاده از قرنطینه برای کنترل بیماری‌های همه‌گیر همیشه بحث‌برانگیز بوده است، زیرا چنین راهکاری چالش‌های سیاسی، اخلاقی، اقتصادی و حقوقی را مطرح می‌کند و مستلزم توازن دقیق بین منافع عمومی و حقوق فردی و بحث در خصوص گستره و مبانی دخالت دولت در حوزه بهداشت عمومی است. تعیین سنج‌های دقیق به منظور کاربست این روش ضروری است. نظام‌های حقوقی کشورها در چارچوب قوانین اساسی و قوانین و مقررات عادی زمینه اعمال قرنطینه برای مقابله با شیوع بیماری‌های واگیردار را فراهم ساخته است. در ایران هرچند قانونی خاص برای موضوع قرنطینه نداریم، ولی می‌توان از اصل ۷۹ قانون اساسی برای مشروعیت‌سازی آن استفاده کرد. همچنین با توجه به ظهور بیماری‌های نوپدید وضع قانونی معین در این زمینه لازم می‌نماید؛ قانونی جامع که متضمن موارد اعمال قرنطینه، نحوه اجرای آن، مقامات مسئول، حدود و ثغور، ضمانت نقض و نحوه جبران آثار حاصل از آن باشد.

کلیدواژگان

بیماری واگیردار، حقوق و آزادی‌ها، سلامت عمومی، قرنطینه، وضعیت اضطراری.

۱. استادیار، گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول).
Email: z.ameri@ub.ac.ir

۲. استادیار، گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق، دانشگاه تهران، پردیس فارابی، قم، ایران.
Email: a.habibnezhad@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۲۲

مقدمه

امروزه خطر ابتلا به بیماری‌های واگیردار کشنده یا مسری در سراسر جهان در حال افزایش است. بیماری‌های واگیردار، عفونت‌ها یا بیماری‌های ایجادشده از طریق عوامل میکروبیولوژیکی شامل باکتری‌ها (یا سموم باکتریایی)، ویروس‌ها، قارچ‌ها، انگل‌ها یا پریمون‌ها هستند که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شوند. انتقال مستقیم برای مثال از طریق قطرات قابل تنفس یا مقاربت جنسی و گسترش غیرمستقیم برای مثال از طریق آلودگی، غذا یا آب یا با مداخله یک حشره یا عامل دیگر صورت می‌گیرد (Monaghan, 2002: 1). برای کاهش خطر این تهدیدات جدید و خطرناک برای سلامت عمومی، مقامات بهداشتی کشورها در مواردی از اقدامات اجباری چون قرنطینه به‌عنوان راهکاری برای محدود کردن شیوع بیماری‌های واگیر استفاده می‌کنند. همچنان‌که در زمان نگارش این مقاله شیوع گسترده ویروس کرونا سبب شده است برخی کشورها برای کنترل و مهار ویروس به قرنطینه متوسل شوند.

قرنطینه عبارت است از محدود کردن اجباری تردد افراد به‌منظور جلوگیری از فراگیر شدن بیماری یا عامل خطرناک. قرنطینه به‌طور معمول در مورد انسان انجام می‌گیرد، ولی در پاره‌ای موارد برخی جانوران نیز قرنطینه می‌شوند (Manuell & Cukor, 2011: 418).

از لحاظ تاریخی عمل قرنطینه به دوران باستان می‌رسد. قرنطینه جذام در عهد عتیق ذکر شده است. در بخشی از این کتاب دستورالعمل‌هایی برای محدود کردن یا احتمالاً محبوس کردن آنهایی که تصور می‌شد در معرض خطرند، ذکر شده است. بقراط و دیگر پزشکان یونانی در قرن چهارم قبل از میلاد نیز روش قرنطینه را برای کنترل بیماری‌های همه‌گیر توصیه می‌کردند (Rothstein, 2015: 229). در قرون وسطی، قرنطینه بین قرن دوازدهم و چهاردهم در ونیز آغاز شد. وقتی در قرن چهاردهم طاعون سیاه سراسر اروپا را فرا گرفته بود، شهر ونیز قانونی وضع کرد که براساس آن خدمه و مسافران هیچ کشتی‌ای حق خروج و قدم گذاشتن به شهر را نداشتند، مگر آنکه کشتی به مدت ۴۰ روز لنگر انداخته بود. برای این منظور مقامات ونیز مرکز نگهداری در جزیره‌ای در ساحل این شهر ساختند که افراد آلوده را به آنجا می‌فرستادند تا این دوره انتظار را در آنجا سپری کنند؛ این بیماران پس از سپری کردن این مدت یا شفا می‌یافتند یا جان خود را از دست می‌دادند. این دوره انزوا به کوآرنتینو^۱ معروف شد که در زبان ایتالیایی به معنای عدد ۴۰ است (Sehdev, 2002: 1072).

بنابراین از قرن چهاردهم، قرنطینه سنگ بنای راهبردی هماهنگ برای کنترل بیماری از طریق جداسازی است. اما نخستین قانونی که برای قرنطینه وضع شد، در سال ۱۶۴۷ در خلیج ماساچوست آمریکا به تصویب رسید که به موجب آن کشتی‌های هند غربی به‌دلیل تهدید

1. quarantinario

طاعون قرنطینه می‌شدند (Rothstein, 2015: 230). باور مکنون در این قانون که با ممنوعیت ورود یک منبع خارجی می‌توان از ابتلا به این بیماری جلوگیری کرد، حاکم بر الگوی پیشگیری از بیماری‌های مسری است که در قرون آینده بر قوانین قرنطینه کشورها حاکم شد. بررسی نظام‌های حقوقی کشورها نشان می‌دهد که اغلب در کشورهای مختلف قرنطینه ممکن است داوطلبانه یا از نظر قانونی اجباری باشد. به‌طور معمول، قرنطینه داوطلبانه توسط یک مقام رسمی بهداشت عمومی توصیه می‌شود که به موجب اعلامیه، دستورالعمل یا درخواست از گروه خاصی از افراد (برای مثال افراد در یک گروه پرخطر، یک منطقه جغرافیایی خاص یا افرادی که در معرض بیماری احتمالی‌اند) می‌خواهد برای مدت مشخصی در خانه یا در مناطق مشخص باقی بمانند. در عوض، یک قرنطینه اجباری با قوانین و مقررات سختگیرانه‌تری در اختیار مقامات بهداشت عمومی و سایر مقامات دولتی قرار دارد. این نوع قرنطینه از لحاظ رویه‌ها و شواهد مورد استفاده برای تصمیم‌گیری، کاربرد خاص آن و مدت زمان آن صریح‌تر است و حتی در برخی کشورها قابلیت طرح دعوا علیه آن نیز پذیرفته شده است (Gostin *et al.*, 2004: 83-84). پژوهش حاضر بر آن است تا با بررسی وضعیت حقوقی کشورها در مقررات‌گذاری مبارزه با شیوع بیماری‌های واگیردار از طریق قرنطینه، مبانی و چارچوب اعمال آن را تبیین و مشخص کند نظام حقوقی ایران در این خصوص چه مسیری را پیموده است؟

مبانی قرنطینه

مبانی قرنطینه به مبانی دخالت دولت برمی‌گردد. اگر بپذیریم که دولت حق مداخله در جایی را دارد که منافع عمومی به سبب منفعت فردی در حال زایل شدن است، مبانی قرنطینه توجیه می‌شود. از نظر فلسفی، حق بر سلامتی و حق بر زندگی زیربنای اختیارات قانونی برای کنترل بیماری‌های واگیر به نفع مردم است. اعمال این اختیارات متضمن اجبار و محدودیت آزادی افراد است. بدون حفاظت از سلامتی، ایمنی و امنیت، مردم نمی‌توانند از بسیاری از آزادی‌های فردی و اقتصادی که به آنها داده شده است، بهره‌مند شوند (Gostin, 2003: 6).

آیزیا برلین در مورد آزادی معتقد است تمایزی میان آزادی منفی، که در آن فرد حق بهره‌مندی بدون دخالت دولت دارد و آزادی مثبت که در آن دولت با تحمیل مقرراتی به ضرورت، برخی آزادی‌ها را در پرتو آزادی بیشتر برای همگان محدود می‌کند، وجود دارد. هر دو نوع آزادی برای یک جامعه عادلانه لازم است. از این تعبیر وی می‌توان نتیجه گرفت که اگرچه قانون منافع افراد را در استقلال، حریم خصوصی، آزادی و دارایی محافظت می‌کند، در عین حال دولت باید اقدام برای منافع عمومی را به نهادها و مقامات صالح از جمله سازمان‌های بهداشت عمومی در مسائل مربوط به سلامت واگذار کند، به شرط اینکه این سازمان‌ها برای جلوگیری از تهدید جدی سلامتی، عادلانه و منطقی عمل کنند. اما از آنجا که

این مداخلات متضمن تعرض به حقوق فردی است و هزینه‌های اقتصادی را در بردارد، باید موجه باشند (Gostin, 2000: 3118). از نظر دورکین از جمله دلایل محدودیت حقوق جایی است که اعمال آن حق، جامعه را در معرض خطر واقعی قرار می‌دهد که البته اولاً این خطر باید متوجه امر جدی و معین و مشخص مربوط به احوال شهروندان باشد و ثانیاً دولت باید ثابت کند که اگر حق (از نوع دوم) نقض نشود، ضرری فاحش بر جان و مال دیگران وارد می‌شود (موحد، ۱۳۸۱: ۲۸۴). بنابراین لزوم حفظ منافع عمومی مبنای اختیار دولت در محدود کردن آزادی افراد با صدور حکم قرنطینه است. اما جدا از بحث بر سر مشروعیت مبانی^۱ تحدید یا تعلیق حقوق و آزادی‌ها، بحث در خصوص شرایط و ضوابط تحدید و تعلیق آنها^۲ مسئله دیگری است که باید مورد توجه قرار گیرد و در مباحث بعدی بدان پرداخته خواهد شد.

چارچوب قانونی قرنطینه

سیاست‌های کنترل بیماری‌های واگیردار در کشورها براساس اصول بهداشت عمومی تعیین و با حقوق بهداشت عمومی اداره می‌شود. حقوق بهداشت عمومی ممکن است به‌عنوان قوانین (برای مثال، قانون اساسی، عادی، مقررات دولتی و رویه قضایی و سیاسی) یا فرایندهای قانونی در هر سطح از دولت (برای مثال، فدرال، ایالتی و محلی) تعریف شود که در درجه اول برای اطمینان از شرایط سلامتی مردم است. درحالی‌که این قوانین به دولت اجازه می‌دهند که سلامت عمومی را محافظت و ارتقا بخشد، همچنین از طریق محدودیت‌های ساختاری و مبتنی بر حقوق، قدرت دولت را محدود می‌کنند (Hodge, 2006: 442).

با درنظر گرفتن هرم قوانین و براساس سلسله‌مراتب موجود میان منابع حقوق سلامت عمومی، چارچوب قانونی کشورها در مقابله با شیوع بیماری‌های واگیردار از طریق قرنطینه را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم کرد. در برخی کشورها بر اهمیت این موضوع با درج مقررات مربوط در قانون اساسی به‌عنوان قانون بنیادین هر کشور تأکید شده است. در برخی کشورها نیز قوانین و مقررات عادی اغلب در چارچوب قوانین مصوب پارلمان یا دستورالعمل‌های اجرایی صادره از مقامات اجرایی در مسیر اتخاذ رویکردهای قانونی گام نهاده‌اند.

۱. قانون اساسی

در قانون اساسی بسیاری از کشورها به تکلیف دولت بر حفاظت از سلامت افراد تأکید شده است.

۱. برای مطالعه بیشتر ر.ک: حبیب‌نژاد، ۱۳۹۱.

۲. برای مطالعه بیشتر ر.ک: حبیب‌نژاد، ۱۳۹۵.

حق بر سلامت دربرگیرنده شرایطی است که دولت‌ها برای تأمین امکان زندگی سالم، متعهد به فراهم کردن آن‌اند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۳: ۱۸۵). این حق می‌تواند دربردارنده تنوعی از موضوعات و مسائل مربوط به حوزه سلامت عمومی باشد و سازوکارهای تضمین این حق نیز شامل هر آنچه بتواند به این مفاهیم کمک کند و موجب تحقق اموری همچون مراقبت بهداشتی و پزشکی و حفاظت از سلامت افراد در بالاترین سطح ممکن شود، خواهد بود. از جمله این سازوکارها می‌توان به ایجاد قرنطینه به‌منظور مقابله با شیوع بیماری‌های واگیردار اشاره کرد.

اما در کنار این مقرره کلی، در قانون اساسی برخی کشورها به تصریح به موضوع قرنطینه اشاره شده است. در استرالیا قانون اساسی تصریح می‌کند که دولت فدرال اختیار قانون‌گذاری در خصوص قرنطینه را دارد.^۱ براساس شرط تجاری قانون اساسی ایالات متحده، وزیر بهداشت دولت فدرال اختیار دارد که افراد در معرض بیماری‌های واگیردار را از ورود به کشور یا مسافرت بین ایالت‌ها بازدارد. اختیار انجام این کار به‌صورت روزانه به مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها واگذار شده است. دهمین اصلحیه قانون اساسی نیز، به ایالت‌ها به موجب توان رفاه‌گستری^۲ قدرت اجرای قرنطینه در چارچوب مرزهای خود اعطا می‌کند (Chen, 2008: 87). در کانادا براساس اصل ۹۱ قانون اساسی، حیطة اختیارات مطلق 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.^۳

فارغ از استفاده از ظرفیت کلی قانون اساسی در تضمین حق سلامت افراد و اشاره صریح برخی قوانین اساسی به موضوع قرنطینه، برخی دیگر از اصول مندرج در قوانین اساسی به‌ویژه اصل اعلام وضعیت اضطراری نیز می‌تواند مستمسک اتخاذ تدابیر لازم از جمله قرنطینه برای مقابله با شیوع بیماری‌های واگیردار قرار گیرد. وضعیت اضطراری معرف وضعیت استثنایی در نتیجه خطر عمومی است که اجازه کاربرد اختیارات مدیریت بحران را به دولت‌ها می‌دهد (محبی و کرمی، ۱۳۹۵: ۶۹). از جمله در کنیا با رعایت محدودیت‌های خاص، رئیس‌جمهور می‌تواند وضعیت اضطراری را 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 خطرناک و بحران ملی واقعی صادر کند. این مقررات ممکن است در زمینه‌های مختلف باشد، از جمله محدودیت حرکت افراد و قرنطینه اجباری (Tangwa et al., 2019: 146).

1. Australia Constitution, art 51, available at: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/133706>

2. Police power

3. the Canadian constitution, section 91(11), available at: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/const/>

در نیجریه طبق قانون اساسی رئیس‌جمهور مجاز است به‌طور یکجانبه یا به درخواست فرماندار ایالتی وضعیت اضطراری را در موارد خاص اعلام کند، از جمله زمانی که در فدراسیون یا هر بخشی از آن اتفاق یا خطر قریب‌الوقوع یا وقوع هر گونه فاجعه انسانی یا طبیعی وجود دارد که 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 (Shuaib *et al.*, 2014: 868). شایان ذکر است در برخی کشورها اعلام وضعیت اضطراری نه به‌عنوان اصلی از قانون اساسی، بلکه به‌منزله قانون خاص که اغلب مصوب قوه قانون‌گذاری است، پذیرفته شده است که در ذیل قوانین عادی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۲.۱. قوانین و مقررات عادی

در بسیاری از کشورها سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و مدیریت بحران سلامت با وضع قوانین و مقررات عادی و دستورالعمل‌های اجرایی که منعکس‌کننده اصول کلی قانون اساسی در مورد حمایت از مردم و سلامت یک فرد است، به پیش‌بینی تدابیری چون قرنطینه پرداخته‌اند. نظام قانون‌گذاری عادی کشورها در خصوص موضوع قرنطینه به چهار شکل عمل کرده است. در تعدادی از کشورها شیوع همه‌گیری‌ها ممکن است وضعیت اضطراری محسوب شود و قوانین وضع‌شده درباره شرایط اضطراری، در این موارد نیز اعمال می‌شود. برخی کشورها با بهره‌گیری از قوانین جامع سلامت که دربردارنده موضوعات متعدد مربوط به بهداشت است، بخشی از مفاد قوانین مذکور را به موضوع بیماری‌های همه‌گیر و نحوه مقابله با آن اختصاص داده‌اند. برخی کشورها قواعدی در خصوص خود بیماری‌های واگیردار و روش‌های متنوع مقابله با آن از جمله قرنطینه وضع کرده‌اند و دسته چهارم از کشورها نیز به‌طور 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.

۲.۲. قانون وضعیت‌های اضطراری

برخی حکومت‌ها 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 را صادر کرده‌اند. بنابراین شمول این قوانین نه منحصرأ مربوط به موضوعات تهدیدکننده سلامت عمومی، بلکه هر موضوع تهدیدکننده جامعه است.

در 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 اقدامات اضطراری در موارد اضطراری طبیعی، تکنولوژیکی یا اکولوژیکی شود. از جمله همه‌گیری‌ها 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 املاک یا مختل شدن در فعالیت‌های حیاتی جمعیت منجر شود. رئیس‌جمهور می‌تواند به مدت ۳۰ روز برای کل کشور یا به مدت ۶۰ 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 (Roffey, 2016: 93).

۳.۲. قوانین جامع سلامت عمومی

برخی کشورها قوانینی تحت عنوان قانون سلامت عمومی دارند که در چارچوب آن قوانین ناظر بر موضوعات مختلف مربوط به سلامت، به موضوع بیماری‌های واگیردار و قرنطینه نیز پرداخته‌اند. در انگلستان براساس 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 بگیرد. این قانون نمونه‌هایی از اختیاراتی را که وزیر کشور با مقررات‌گذاری می‌تواند اعمال کند، ارائه می‌دهد. شرایط و محدودیت‌های خاص ممکن است مستلزم معاینات پزشکی، انتقال به بیمارستان یا بستری در بیمارستان یا اماکن دیگر یا انزوا یا قرنطینه باشد (Newman, 2012: 823).

قانون بهداشت عمومی مکزیکی مقرر می‌کند که برخی بیماری‌های واگیردار ذکر شده در این قانون و همچنین بیماری‌هایی که توسط شورای سلامت ملی مکزیکی به‌عنوان 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 (Waterman et al., 2009: 207).

۴.۲. قوانین مقابله با بیماری‌های واگیردار

برخی نظام‌ها قوانین مقابله با بیماری‌های واگیردار را دارند که نسبت به قوانین جامع سلامت خاص و نسبت به قانون ویژه قرنطینه، عام تلقی می‌شوند. در هند قانون بیماری‌های واگیردار، دولت‌های ایالتی و دولت مرکزی را قادر می‌سازد 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، می تواند تمام اقدامات از جمله قرنطینه را اتخاذ کند تا از شیوع بیماری جلوگیری به عمل آورد (Patro et al., 2013: 109).

در کره جنوبی قانون پیشگیری از بیماری های عفونی به دولت اختیار قانونی می دهد تا هنگام ورود بیماری عفونی به مرحله بیماری همه گیر بلافاصله و به طور جدی به مؤسسات پزشکی دستور دهد تا اقدامات قرنطینه را دنبال کنند. براساس قانون، اقدامات قرنطینه می تواند به پنج نوع قرنطینه شخصی و دو نوع قرنطینه اموال طبقه بندی شود (Kim, 2016: 1).

۲.۵. قانون خاص قرنطینه

قوانین ویژه قرنطینه خاص ترین قانون در حوزه مقررات مربوط به کنترل شیوع بیماری ها محسوب می شود. این قوانین منحصراً به موضوع قرنطینه، روش اجرا، مقامات مسئول آن و ضمانت اجرای نقض آن می پردازند. در کانادا هدف قانون قرنطینه^۱، محافظت از سلامت عمومی با اتخاذ تدابیر جامع برای جلوگیری از معرفی و شیوع بیماری های مسری است. این قانون یک اساسنامه کنترل مرزی است که در نقاط ورودی و خروجی اعمال می شود. به موجب این قانون به وزیر بهداشت اجازه داده می شود که ایستگاه های 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 (Page, 2007: 535).

در نیجریه قانون قرنطینه برای مقررات گذاری، اعمال قرنطینه و مقررات دیگر برای جلوگیری از ورود و گسترش بیماری های خطرناک در نیجریه و انتقال از نیجریه وضع شده است. این قانون به رئیس جمهور اجازه می دهد در سطح ملی اقدام به صدور دستور قرنطینه کند.^۲

مجازات نقض قرنطینه

نقش مناسب اعمال مجازات در تلاش گسترده برای جلوگیری از انتقال بیماری های واگیردار اغلب بحث برانگیز است. قوانین بهداشت عمومی اغلب مجازات هایی را به دلیل رعایت نکردن دستورالعمل های بهداشت عمومی صادره از سوی مقامات، یا برای انجام رفتارهایی که سلامت عمومی را در معرض خطر قرار می دهد، بیان می کند (Gostin et al., 2017: 159).

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 خاطیان در قانون قرنطینه کانادا پیش بینی شده است.^۳

1. Quarantine Act, S.C. 2005, c. 20, <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/Q-1.1/FullText.html>.

2. Quarantine Act of 1926, available at: <http://lawsofnigeria.placng.org/laws/Q2.pdf>

3. Quarantine Act, available at: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/q-1.1/page-6.html#h-419690>

در آمریکا 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 با حبس برای بیش از یک سال یا هر دو روبه‌رو می‌شود.

در سنگاپور وقتی یک دستورالعمل قانونی قرنطینه براساس قانون بیماری‌های عفونی صادر شد، هر کسی که برای اولین بار به قرنطینه بی‌اعتنایی کند، ممکن است تا ده هزار دلار جریمه شود یا تا شش ماه به زندان محکوم شود و در صورت نقض دوباره محکوم به هر دو مجازات گردد (Ooi et al., 2005: 256).

چنانکه ملاحظه می‌شود، پیش‌بینی جریمه و نیز مجازات حبس شکل غالب تعیین مجازات در برخورد با ناقضان قواعد قرنطینه است؛ با این امید که این قوانین اثر بازدارنده ایجاد کند و موجب کاهش گسترش بیماری شود.

اصول حاکم بر وضع قرنطینه

شیوه‌ای که در آن قدرت قرنطینه با عملکردهای مذهبی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی، منافع، ارزش‌ها و پیش‌داوری‌ها درهم‌تنیده شده است، اقتدار قرنطینه را به موضوع مهم مدیریتی تبدیل می‌کند. بررسی قوانین کشورها نشان می‌دهد در اغلب این قوانین بر وجود چهار اصل کلی در تصمیم به اعمال مقررات قرنطینه تأکید می‌شود: 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 براساس روش‌های علمی پذیرفته شده و تا حدی اثبات شده‌اند (همتی و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۶). باید این نکته اثبات شود که قرنطینه ضروری و احتمالاً در کنترل بیماری همه‌گیر مؤثر است. در استرالیا بند ۳۴ قانون امنیت زیستی اصول کلی را در مورد تصمیم‌گیرندگان به قرنطینه در خصوص بیماری‌های مسری 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 (Gray, 2015: 791). تناسب به این معناست که با توجه به نوع و گستره تهدید، پاسخ بهداشت عمومی مناسب است. بدین معنا 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 (Gostin & Berkman, 2007: 148). 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 افرادی که باید

قرنطینه شوند، معیارهای ورود به یا خروج از قرنطینه و مکان‌های مناسب برای قرنطینه هم مشمول عنوان تناسب‌اند (Berger et al., 2010: 316-317).

مقررات بهداشتی بین‌المللی مصوب سازمان بهداشت جهانی هدف از وضع این مقررات را پیشگیری، کنترل، محافظت و فراهم کردن پاسخ بهداشت عمومی به انتشار بین‌المللی بیماری‌ها به‌نحوی که متناسب و محدود به خطر بهداشت عمومی شده و از تداخل بی‌مورد در مسافرت‌ها و تجارت بین‌المللی پرهیز شود، می‌داند (همتی و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۷).

در انگلستان به موجب قانون بهداشت و درمان و مراقبت‌های بهداشتی و به‌منظور رعایت اصول حقوق بشر هر گونه محدودیتی که طبق مقررات این قانون اعمال شده است، باید متناسب با هدفی باشد که در تلاش است تا به آن برسد (Newman, 2012: 821).

ارائه خدمات حمایتی شاخص دیگر در تصمیم به اقدام دولت برای قرنطینه است. انجام قرنطینه به پشتیبانی لجستیکی و خدمات حمایتی زیادی نیاز دارد؛ اگرچه میزان پشتیبانی به اندازه و دامنه قرنطینه و همچنین منابع موجود در شروع قرنطینه بستگی دارد. در این برنامه حمایتی باید رعایت موارد متعددی مورد توجه قرار گیرد. برای مثال لازم است در قرنطینه، غذا، دارو و سایر وسایل و خدمات باید به افرادی ارائه شود که قادر به ترک محل نیستند. همچنین باید وضعیت ویژه افرادی با مشکلات خاص مورد توجه قرار گیرد؛ از جمله جمعیت آسیب‌پذیری که ممکن است با قرنطینه تحت تأثیر قرار گیرند، افراد دارای معلولیت، افراد سالخورده، زنان باردار، کودکان، زندانیان، افرادی که از نظر اقتصادی ناتوان‌اند، مبتلایان به بیماری روانی یا عقب‌ماندگی ذهنی و افراد دارای فرهنگ‌های مختلف و حتی دارندگان رژیم‌های غذایی مختلف (Hoffman, 2009: 1494).

دولت فدرال کانادا در زمان شیوع سارس با هدف جبران درآمد از دست‌رفته افراد در قرنطینه، آیین‌نامه‌های بیمه اشتغال خود را اصلاح کرد تا دریافت مزایا برای افراد آسان‌تر شود. این اقدام به بیکاران و افراد دارای انقطاع شغلی به‌دلیل قرنطینه امکان دریافت مزایای بیمه اشتغال را با حذف مدت معمول دو هفته انتظار برای مزایا و حذف تأییدیه پزشکی فراهم می‌کند (Rothstein & Talbot, 2007: 53). ایالت انتاریو در همین کشور نیز، برای محافظت از امنیت شغلی افراد قرنطینه‌شده، قانون استراتژی کمک و بازبایی را تصویب کرد و با ارائه خدمات مرخصی اضطراری، از شغل افرادی که در قرنطینه قرار داشتند، حمایت کرد (Ries, 2005: 541).

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 واگیردار، نیاز به اقدامات اجباری و دستورالعمل‌های 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 اطلاع‌رسانی‌های بهنگام و صحیح در پذیرش قوانین نقش عمده دارد (Smith et al., 2012: 350-351).

تأکید بر رعایت این موارد در اصول سیراکوزا^۱ هم آمده است. این اصول تصریح می‌کند که هر گونه محدودیت در مورد حقوق بشر باید مطابق قانون و در راستای دستیابی به هدف قانونی منافع عمومی انجام گیرد. علاوه بر این، چنین محدودیت‌هایی باید کاملاً ضروری باشد و برای رسیدن به همان هدف، هیچ وسیله دیگری که کمتر محدودیت‌زا باشد، در دسترس نباشد. سرانجام هر گونه محدودیت باید مبتنی بر شواهد علمی باشد و به صورت خودسرانه، غیرمنطقی یا تبعیض‌آمیز اعمال نشود. به دلایل عملی و هم از نظر اخلاقی، حفظ اعتماد مردم به تلاش‌های صورت گرفته برای پاسخ به همه‌گیری اهمیت زیادی دارد، این امر تنها در صورتی ممکن است که سیاست‌گذاران و مجریان به روشی صادقانه با استفاده از اصول رویه‌ای منصفانه عمل کنند و براساس اطلاعات جدید و مرتبط به‌طور مداوم به بازبینی سیاست‌هایشان بپردازند. تمام اقدامات و محدودیت‌ها باید به‌روشنی توضیح داده شده و تمام اقدامات پیوسته بازنگری و بررسی شود (WHO, 2016: 9-10).

در نتیجه پذیرش این شاخص‌ها، مدل الگوی قوانین متضمن قرنطینه باید دو اصل را در ارتباط با سلامت عمومی و آزادی افراد منعکس کند؛ نخست اینکه این قوانین باید با دادن این اختیار به نهادهای مسئول که استانداردهای بهداشتی و ایمنی را تعیین کنند، به آنها اختیار کافی برای مقررات‌گذاری افراد و مشاغل بدهد تا بدین طریق اساسی‌ترین بخش زندگی مردم یعنی سلامتی و رفاه آنها تأمین شود؛ دوم اینکه در دموکراسی، قانون برای دستیابی به منفعت آزادی باید اعمال قدرت نظارتی را محدود کند، بنابراین باید محدودیت‌های اساسی و مشخص را بر اختیارات نهادهای مربوط برای اطمینان از تصمیم‌گیری عینی و عادلانه آنها مشخص سازد (Monaghan, 2002: 39).

مصادیقی از اجرای قرنطینه اجباری در کشورها

تاکنون در جهان، کشورهای زیادی از قرنطینه به‌عنوان راهکاری برای غلبه بر شیوع بیماری‌های همه‌گیر استفاده کرده‌اند. در پاییز و زمستان ۱۹۱۸، در پاسخ به بیماری همه‌گیر آنفلوانزا (که به آن آنفلوانزای اسپانیایی گفته می‌شد)، از اقداماتی چون قبور دسته‌جمعی برای کشته‌شدگان، تعلیق یا تعطیلی مکان‌های اجتماع عمومی (برای مثال کلیساها، مدارس و مغازه‌ها). ممنوعیت اجتماعات عمومی (برای مثال تدفین و جلسات) و قرنطینه موارد مشکوک به آنفلوانزا یا جداسازی افراد بیمار استفاده شد (Schoch-Spana, 2000: 1409). هنگامی که آنفلوانزای خونی در مکزیک، ایالات متحده و کانادا در سال ۲۰۰۹ گسترش یافت، فرودگاه‌های بین‌المللی در ژاپن اقدامات قرنطینه خود را تقویت کردند. افسران قرنطینه وارد هواپیماهایی شدند که از این سه کشور وارد می‌شدند،

پرسشنامه‌های وضعیت سلامت را توزیع و دمای بدن را بررسی می‌کردند. در آنجا که مسافر علائم عفونت آنفلوآنزای خونی را نشان می‌داد، از کیت تست عفونت فوری برای شخص استفاده شد و افراد مشکوک در قرنطینه قرار می‌گرفتند. هنگام شیوع ابولا در اکتبر ۲۰۱۴، وزیر مهاجرت استرالیا در پارلمان اعلام کرد که مقامات مهاجرت استرالیا رسیدگی به درخواست ویزا از شهروندان کشورهای تحت تأثیر ابولا را متوقف کرده‌اند. افراد این کشورها که قبلاً ویزای مهاجرت دائمی دریافت کرده بودند، موظفانند قبل از ترک غرب آفریقا بیست و یک روز قرنطینه شوند. در مارس ۲۰۰۳، با افزایش موارد سارس در منطقه تورنتو، مقامات بهداشت عمومی ایالت انتاریو دستور قرنطینه افراد به منظور جلوگیری از انتقال سارس را صادر کردند. سرانجام حدود ۳۰ هزار نفر در تورنتو قرنطینه شدند (National Advisory Committee on SARS and Public Health, 2003: 26). همین تعداد در پکن قرنطینه شدند. پکن که بیش از ۴۷ درصد از موارد سارس در این کشور را در اختیار داشت، از اختیارات استانی خود برای تعیین مناطق خاصی به عنوان مناطق قرنطینه برای سارس استفاده کرد. براساس آمار دفتر نظارت بر پیشگیری و کنترل سارس از شهر پکن، تا ژوئن ۲۰۰۳، ۱۷۳،۳۰ نفر در ۱۸ ناحیه (شهرستان) جدا و قرنطینه شدند. در میان آنها، ۱۳۱،۱۲ نفر به صورت جمعی و ۱۸۰۴۲ نفر جداگانه قرنطینه شدند (Institute of Medicine US, 2004: 118).

در آخرین نوع از این اقدامات و در مقابله با شیوع بیماری کووید ۱۹ که اولین بار در اواخر دسامبر در شهر ووهان چین گزارش شد، قرنطینه از راهبردهای مؤثر عنوان می‌شود. اولین اقدام این کشور قرنطینه کامل شهرهایی بود که ویروس در آنها پخش شده بود؛ به طوری که سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد چین تنها با قرنطینه بسیار سفت و سخت بر بحران غلبه کرده و شاخص سلامت خود را بار دیگر مثبت کرد.^۱ رئیس‌جمهوری فرانسه با اعلام آغاز قرنطینه به مدت دست‌کم دو هفته از ۱۶ مارس ۲۰۲۰، اظهار داشت هر گونه حضور در فضای عمومی در سراسر فرانسه جز برای موارد ضروری ممنوع است و جریمه خواهد داشت.^۲ شهروندان تنها در مواردی خاص اجازه می‌یابند از منازل خود خارج شوند، از جمله به منظور رفتن به محل کار، در صورتی که دورکاری از منزل ممکن نباشد، در صورت مراجعه به پزشک یا به منظور خریدهای ضروری.^۳ همچنین در پی شیوع بیماری کرونا در هند، نخست‌وزیر این کشور، دستور قرنطینه سراسری ۲۱ روزه در این کشور را با جمعیت یک میلیارد و سیصد میلیون نفری صادر کرد.^۴

۱. معنی قرنطینه شدن شهرها چیست؟ قابل دسترسی در خبرگزاری دانشگاه آزاد اسلامی (آنا) به آدرس: <https://ana.ir/fa/news/43/477948>

۲. اتحادیه اروپا برای مقابله با کرونا مرزهایش را می‌بندد، قابل دسترسی در سایت روزنامه اطلاعات به آدرس: <https://www.ettelaat.com/mobile/?p=156132&device=phone>

۳. اعلام وضعیت جنگی در فرانسه؛ مکرون دستور قرنطینه داد. قابل دسترسی در سایت روزنامه همشهری به آدرس: <https://www.hamshahrionline.ir/news>

۴. به دستور نخست‌وزیر هند، سرتاسر هند قرنطینه اعلام شد؛ قابل دسترسی در سایت خبرگزاری جمهوری

اسپانیا، ایتالیا و استرالیا از دیگر کشورهایی هستند که به‌منظور مقابله با شیوع بیماری کرونا مقررات قرنطینه و منع رفت‌وآمد را وضع کرده‌اند.^۱

مقررات گذاری قرنطینه در ایران

در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در خصوص قرنطینه اصل خاصی وجود ندارد، ولی می‌توان به اصولی مرتبط با این حوزه اشاره کرد. بند ۲ اصل ۳ قانون اساسی بر تعهد دولت در رفع محرومیت بهداشتی تأکید دارد^۲ و در اصل ۲ نیز بر استفاده از تجارب پیشرفته بشری تصریح شده است که می‌تواند شامل تدابیر قرنطینه‌ای یا جداسازی اجتماعی کشورها در مقابل بیماری‌های واگیردار شود. در اصل ۴۳ قانون اساسی تأمین نیازهای اساسی از جمله در زمینه بهداشت از مبانی اقتصاد کشور معرفی شده است. غیر از این سه اصل از قانون اساسی که به‌طور عام به بهداشت و سلامت نظر داشته‌اند، می‌توان به اصل ۴۰ قانون اساسی اشاره کرد که رابطه وثیقی با قرنطینه به‌عنوان محدودکننده حقوقی مانند آزادی رفت‌وآمد یا حق بر آزادی سکونت دارد. براساس این اصل «هیچ‌کس نمی‌تواند اعمال حق خویش را وسیلهٔ اضرار به غیر یا تجاوز به منافع عمومی قرار دهد». بی‌شک جلوگیری از شیوع بیماری‌های واگیردار از مصادیق منافع عمومی و بی‌توجهی به قرنطینه در این موارد مصداق بارز ضرر به دیگران و تجاوز به منفعت عمومی است. شایان ذکر است که ذیل اصل ۹ قانون اساسی نمی‌تواند در وضعیت قرنطینه و شرایط اضطراری مورد استناد قرار گیرد، چون ذیل اصل ۹ ناظر بر سلب آزادی است و نه تعلیق حقوق و آزادی، از این‌رو درحالی‌که سلب آزادی ممنوع است، تعلیق آزادی منعی ندارد. همچنین اصل ۳۳ می‌تواند در خصوص قرنطینه هم به کار آید. «هیچ‌کس را نمی‌توان از محل اقامت خود تبعید کرد یا از اقامت در محل مورد علاقه‌اش ممنوع یا به اقامت در محلی مجبور ساخت، مگر در مواردی که قانون مقرر می‌دارد. به موجب این اصل برای امکان اجرای قرنطینه اجباری اشخاص مبتلا به قانون خاصی در این زمینه نیاز است. نیز اگر حق بر بهداشت و سلامت عمومی را از مصادیق حق عامه و حقوق اجتماعی بدانیم، می‌توان برای قوه قضاییه تکالیفی را براساس اصل ۱۵۶ قانون اساسی مقرر کرد. اما شاید مهم‌ترین اصل در قانون اساسی برای موضوع قرنطینه اصل ۷۹ قانون اساسی است. این اصل از دو قسمت تشکیل شده است؛ بخشی که حکومت نظامی را ممنوع می‌کند و موضوع بحث ما نیست و بخشی

اسلامی ایران (ایرنا). به آدرس: <https://www.irna.ir/news/83726478>

۱. جریمه شکستن قرنطینه و ویروس کرونا در کشورهای مختلف چقدر است؟ قابل دسترسی در پایگاه خبری روزنامه آفتاب به آدرس: <https://aftabnews.ir/fa/news/>

۲. برای مطالعه بیشتر ر.ک: حبیب‌نژاد و سعید، ۱۳۹۶.

که در شرایط اضطراری اختیار تعلیق برخی حقوق و آزادی‌ها را با پیشنهاد دولت و تصویب مجلس می‌دهد. این قسمت اخیر در پیش‌نویس قانون اساسی وجود نداشت و بعداً اضافه شد که البته مباحث مختلفی حول این اصل در مشروح مذاکرات قانون اساسی دیده می‌شود، از جمله کشار بودن و منعطف بودن اصطلاح شرایط اضطراری (مشروح مذاکرات قانون اساسی، ۱۳۶۹: ۸۸۳). البته از مشروح مذاکرات نمی‌توان تصریحی بر تعلیق حقوق و آزادی‌ها در حوزه بهداشت عمومی گرفت و مباحث بیشتر در خصوص موضوعات امنیتی و نظامی و شورش و ... است، ولی با توجه به تمثیلی بودن قسمت دوم اصل ۷۹ می‌توان به یقین سازوکار این اصل را در خصوص وضعیتی که شیوع بیماری واگیرداری مانند کرونا ایجاد می‌کند، صادق دانست، زیرا ملاک اعمال این اصل جایی است که خطری بالفعل یا قریب‌الوقوع حیات یک جامعه را به‌طور واقعی تهدید کند که اگر این شرایط و اوصاف در نوعی بیماری واگیردار هم صادق باشد، می‌توان اعمال اصل ۷۹ را توجیه‌پذیر دانست. هرچند در اعمال اصل ۷۹ باید تمام ضوابط و شرایط تعلیق از جمله اصل حاکمیت قانون، اصل تناسب، اصل ضرورت و ... رعایت گردد.^۱

شایان توجه اینکه غیر از دو ماده ۱۷۷ و ۱۷۸ در قانون آیین‌نامه داخلی مجلس (بحث پنجم - نحوه بررسی موارد خاص و مهم از باب دوم - وظایف و اختیارات مجلس شورای اسلامی) که به‌گونه‌ای مختصر و شکلی مقرر شده‌اند، قانونی مستقل برای اعمال و اجرای قسمت دوم اصل ۷۹ قانون اساسی وجود ندارد، درحالی‌که چنین قوانینی برای اجرای برخی دیگر از اصول قانون اساسی (مانند قانون نحوه اجرای اصول ۸۵ و ۱۳۸ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در خصوص مسئولیت‌های رئیس مجلس شورای اسلامی) وجود دارد.

از قانون اساسی که بگذریم، قدیمی‌ترین قانون عادی در حوزه بیماری‌های واگیردار قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های واگیردار مصوب ۱۳۲۰ است که تکالیفی الزامی را برای سیستم بهداشتی و فرد بیمار، مشخص و ضمانت اجرای کیفری نیز تعیین کرده است. برای مثال ماده ۷ این قانون صراحت دارد که بهداری موظف است اشخاصی را که به‌علت 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 صورتی‌که 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 واگیردار می‌شوند، به هشت روز تا دو ماه حبس تأدیبی و ۵۱ تا ۵۰۰ ریال یا به یکی

۱. برای مطالعه بیشتر ر.ک: قربان‌نیا، ۱۳۸۶.

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 ذی صلاح در اجرا واقع شود؛ البته به‌نظر می‌رسد با توجه به مطرح شدن امراض جدید از زمان تصویب این قانون تاکنون، قانون مزبور باید به روزرسانی شود و تمهیدات لازم برای مدیریت قانونی حوزه بهداشت در ساختار اجتماع مدنظر قرار گیرد، اما با توجه به وجود عنوان کلی بیماری‌های واگیردار در این قانون، قانون یادشده در شرایط فعلی قابلیت اجرا دارد و شامل هر گونه مورد جدید نیز می‌شود.^۱

در قانون سازمان وزارت بهداشت مصوب ۱۳۲۴ نیز مبارزه با بیماری‌های واگیردار مانند سل بر عهده اداره مراقبت و جلوگیری از بیماری‌های واگیردار قرار گرفت و در ماده ۱۸ این قانون برای این اداره وظایفی مشخص شد^۲، البته برای اداره تبلیغات و انتشارات و تعلیم بهداشتی نیز مقرر شد تا همواره اهالی را از اصول بهداشت عمومی و شخصی و طرز جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های واگیردار مطلع سازد.

جداسازی و معالجه اجباری افراد در قانون مایه‌کوبی عمومی و اجباری مصوب ۱۳۲۲ نیز مطرح شده است. به موجب این قانون، وزارت بهداشت مجاز است در مواقع شیوع بیماری‌های واگیردار و همه‌گیر 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^۳ و مصوبه هشتادمین جلسه شورای عالی اداری^۴ و لایحه قانونی اختیارات استانداران کشوری جمهوری اسلامی ایران اختیاراتی را به استانداران به‌منظور 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 به‌منظور مراقبت در امور بهداشتی را استنباط کرد.

براساس برخی قواعد جدیدالتأسیس چون اساسنامه سازمان پدافند غیرعامل کشور ستاد کل نیروهای مسلح و قانون مدیریت بحران کشور نیز می‌توان استنباطی کلی برای امکان اتخاذ

۱. بررسی مسئولیت قانونی بیماران مبتلا به کرونا؛ از قتل عمد تا پرداخت دیه! مصاحبه خبرگزاری ایرنا با پیام

درفشان، وکیل دادگستری قابل دسترس در: <https://www.irna.ir/news>

۲. ر.ک: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/93880>

۳. ماده ۸: «استانداران در امور ذیل مسئولیت مخصوص دارند:

۳. تشویق افراد به تشکیل شرکت‌ها و مؤسسات به‌وسیله مردم برای ایجاد کارهای عام‌المنفعه و مراقبت در امور بهداشتی و بهبود وضع اجتماع.»

۴. بند ۲۵ ماده ۲: «اتخاذ تدابیر و اعمال هماهنگی لازم به‌منظور پیشگیری، کنترل و مهار بحران‌های ناشی از حوادث و بلایای طبیعی از قبیل سیل، زلزله.»

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 غیرعامل کشور ستاد کل نیروهای مسلح، سازمان پدافند غیرعامل هدایت و راهبری مقابله با تهدیدات نوین (سایبری، زیستی، پرتوی، شیمیایی و اقتصادی) را بر عهده دارد و اگر برخی بیماری‌های واگیردار از مصادیق حملات بیولوژیکی باشد، در چنین چارچوبی قابل بررسی است. همچنین با توجه به تعریف مخاطره^۱ و بحران^۲ در ماده ۳ قانون مدیریت بحران کشور، وضعیت ناشی از شیوع بیماری‌های واگیردار می‌تواند عنوان مخاطره و بحران را به همراه داشته باشد و به منظور مقابله با آن تدابیر قانونی اتخاذ شود.

در خصوص ضمانت اجرای نقض قرنطینه اگرچه همچون 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 هر گونه 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 زیانبار) را مجری دانست.

نتیجه آنکه اگرچه در ایران هیچ قانونی به‌طور ویژه به موضوع قرنطینه در موارد شیوع بیماری‌های واگیردار اشاره نکرده است، شاید بتوان از مجموع قوانین ذکر شده امکان قرنطینه را استنباط کرد؛ به‌ویژه می‌توان از بند ۲ اصل ۷۹ قانون اساسی برای مشروعیت‌سازی این اقدام استفاده کرد. اما از آنجا که قانونی ویژه برای چگونگی اعمال بند ۲ اصل ۷۹ وجود ندارد، کمیت و کیفیت تصمیم‌گیری در خصوص چگونگی قرنطینه در مواجهه با موضوعاتی مانند بیماری‌های واگیرداری مثل ویروس کرونا سخت می‌نماید.

شایسته است که دولت و مجلس با تعامل با یکدیگر و با استفاده از تجارب کشورهای پیشرو، اقدام به تقنینی شایسته در حوزه قرنطینه و اجرایی کردن بند ۲ اصل ۷۹ قانون اساسی کنند یا اینکه به‌طور مستقل به وضع قانونی خاص در این حوزه دست یازند.

۱. مخاطره: پدیده طبیعی یا کنش انسانی (به‌جز موارد نظامی - امنیتی و اجتماعی) که در صورت وقوع در محیط یا جامعه آسیب‌پذیر می‌تواند به بحران و حادثه خسارت‌بار تبدیل شود.

۲. بحران: ازهم‌گسیختگی جدی عملکرد یک جامعه که ناشی از وقوع مخاطره است و به خسارات و آثار منفی گسترده انسانی، اقتصادی یا زیست‌محیطی منجر می‌شود، به‌طوری که مواجهه با آن فراتر از توانایی جامعه متأثر و دستگاه‌های مسئول موضوع ماده (۲) این قانون باشد.

نتیجه‌گیری

نظام حقوقی کشورها در مواجهه با موضوع مقابله با بیماری‌های واگیردار از طریق قرنطینه هم از قوانین اساسی و هم از قوانین و مقررات عادی بهره برده‌اند. در این ساختار، البته ایراداتی بر نحوه قاعده‌گذاری این کشورها نیز مطرح است. برای مثال در مواردی که در قالب قواعد کلی سلامت یا قوانین اضطراری موضوع قرنطینه مطرح شده است، ممکن است جزئیات اجرایی کردن این روش به‌طور دقیق مشخص نشده باشد یا در آنجا که امکان اعمال این اختیار بین مقامات مختلف در سطوح ملی و محلی دسته‌بندی شده است، اجرای آن به‌ظاهر دشوار می‌نماید. اما 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. در ایران اگرچه برای صدور دستور قرنطینه می‌توان از برخی مقررات چون قانون طرز جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار و به‌ویژه از بخش دوم اصل ۷۹ قانون اساسی استفاده کرد، به هر حال قانونی ویژه برای اعمال و اجرایی کردن بخش دوم اصل ۷۹ قانون اساسی و مصادیق شرایط اضطراری مانند چگونگی اعمال قرنطینه به‌منظور مقابله با بیماری‌های واگیردار وجود ندارد و این کار را برای کمیت و کیفیت تصمیم‌گیری در خصوص چگونگی قرنطینه سخت می‌نماید. تعیین نحوه اجرای بند ۲ اصل ۷۹ قانون اساسی یا تلاش برای وضع قانونی خاص در زمینه قرنطینه به‌منظور مواجهه با شیوع بیماری‌های واگیردار و جزئی‌نگری در مفاد آن قانون به معنای تعیین شرایط دقیق قرنطینه، مقامات مسئول آن، حدود و ثغور آن، ضمانت نقض آن و نحوه جبران آثار حاصل از آن ضروری است.

منابع

۱. فارسی

الف) کتاب‌ها

۱. اداره کل امور فرهنگی و روابط عمومی مجلس شورای اسلامی (۱۳۶۹)، صورت مشروح مذاکرات مجلس بررسی نهایی قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ج ۱، تهران.
۲. موحد، محمدعلی (۱۳۸۱)، در هوای حق و عدالت، تهران: کارنامه.
۳. همتی، پیمان؛ اکبری، حسین؛ مهبودی، محمدباقر؛ رضایی، فرشید؛ دادرس، محمدنصر (۱۳۹۶)، مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵، تهران: تندیس.

ب) مقالات

۴. عباسی، محمود؛ رضایی، راحله؛ دهقانی، غزاله (۱۳۹۳)، «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران»، *فصلنامه حقوق پزشکی*، سال هشتم، ش ۳۰، ص ۱۸۳-۱۹۹.
۵. محبی، داود؛ کرمی، حامد (۱۳۹۵)، «ماهیت شناسی الگوهای پاسخ به وضعیت‌های اضطراری با تأکید بر قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران»، *فصلنامه آفاق/امنیت*، سال هشتم، ش ۳۲، ص ۶۷-۹۸.

۲. انگلیسی

A) Books

1. General Department of Cultural Affairs and Public Relations of the Islamic Consultative Assembly (1990). *Detailed minutes of the parliamentary deliberations on the final review of the Constitution of the Islamic Republic of Iran*, Volume I, Tehran (*In Persian*).
2. Gostin, L.; Cabrera, O.; Patterson, D; Magnusson, R and Nygren-Krug, H (2017), *Advancing the Right to Health: The Vital Role of Law*, Geneva. World Health Organization
3. Habibnezhad, Seyed Ahmad (2012), *Principles of Restriction of Public Rights and Freedoms in Islamic Discourse, Collection of Articles on Strategic Thoughts on Freedom*, Center for the Iranian-Islamic Model of Progress, Tehran (*In Persian*).
4. Hemmati, Peyman and Hossein Akbari, Mohammad Baqer Mahboudi, Farshid Rezaei, and Mohammad Nasr Dadras (2017), *International Health Regulations 2005*, Tehran, Tandis (*In Persian*).
5. Monaghan, S (2002), *The State of Communicable Disease Law*, London. The Nuffield Trust pub.
6. Movahed, Mohammad Ali (2002), *In the Air of Truth and Justice*, Tehran (*In Persian*).
7. National Advisory Committee on SARS and Public Health (2003), *Learning from SARS: Renewal of public health in Canada*, Ottawa. Health Canada publications.
8. Roffey, R (2016), *Russia's Emercom: Managing emergencies and political credibility*, Sweden. FOI Pub.

B) Articles

9. Berger, S & Moreno, J (2010), "Public Trust, Public Health, and Public Safety: A Progressive Response to Bioterrorism", *Harvard Law and Policy Review*, Vol. 4, pp. 295- 317.
10. Chen, R B. (2008), "Closing the Gaps in the U.S. and International Quarantine Systems: Legal Implications of the 2007 Tuberculosis Scare", *Houston Journal of International Law*, Vol. 31, No. 1, pp. 83-124.
11. Gostin, L (2000), "Public Health Law in a New Century, Part III: Public Health

- Regulation: A Systematic Evaluation", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 283, No. 23, pp. 3118-3122.
12. Gostin, L (2003), "The Model State Emergency Health Powers Act: Public Health and Civil Liberties in a Time of Terrorism", *Health Matrix: The Journal of Law-Medicine*, Vol. 3, issue 1, pp.3-32.
13. Gostin, L, Gravelly, S, Shakman, S, Markel, H and Cetron, M (2004), "Quarantine: Voluntary or Not?" *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, Vol. 32, issue 4, pp. 83-86.
14. Gostin, L & Berkman, B, (2007), "Pandemic Influenza: Ethics, Law and the Public's Health", *Administrative Law Review*, Vol. 59, No. 1, pp. 121-169.
15. Gray, A, (2015), "The Australian quarantine and biosecurity legislation: Constitutionality and critique", *Journal of Law and Medicine*, Vol. 22, No. 4, pp.788-810.
16. Hodge JG, (2006), "Law as a tool for improving the health of children and adolescents in schools", *Journal of School Health*, Vol. 76, No. 9, pp. 442-445
17. Hoffman, Sh (2009), "Preparing for Disaster: Protecting the Most Vulnerable in Emergencies", *UC Davis Law Review*, Vol. 42, pp.1491- 1547
18. Institute of Medicine US (2004), *Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak -- Workshop Summary*, Washington (DC). National Academies Press (US).
19. Kim, ch (2016), "Legal Issues in Quarantine and Isolation for Control of Emerging Infectious Diseases", *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, Vol. 49, No. 1, pp. 1-17.
20. Manuell, M-E & Cukor, J (2011), "Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine", *Disasters*, Vol. 5, Issue 2, pp. 417-442.
21. Singapore", *American Journal of Infection Control*, Vol. 33, Issue 5, pp. 252-257.
22. Page, EM (2006-2007), "Balancing Individual Rights and Public Health Safety during Quarantine: The U.S. and Canada", *Case Western Reserve Journal of International Law*, Vol. 38, Issue 3, pp.517-537.
23. Patro, B, Tripathy, J & Kashyap, R (2013), "Epidemic Diseases Act 1897, India: Whether Sufficient to Address the Current Challenges?", *Journal of Mahatma Gandhi Institute of Medical Science*, Vol. 18, Issue 2, pp 109- 111.
24. Ries, N (2005), "Quarantine and the Law: The 2003 SARS Experience in Canada (A New Disease Calls on Old Public Health Tools)", *Alberta Law Review*, Vol. 43, No. 2, pp. 529-547.
25. Rothstein, M (2015), "From SARS to Ebola: Legal and Ethical Considerations for Modern Quarantine", *Indiana Health Law Review*, Vol.12, No.1, pp. 227-280.
26. Rothstein, M & Talbott (2007), "Encouraging Compliance With Quarantine: A Proposal to Provide Job Security and Income Replacement", *American Journal of Public Health*, Vol. 97, No. S1, pp 49-56.
27. Schoch-Spana, M (2000), "Implications of Pandemic Influenza for Bioterrorism Response", *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 31, Issue 6, pp. 1409-1413.
28. Sehdev, PS (2002), "The origin of quarantine", *Clinical infectious diseases*, Vol.

- 35, No. 9, pp. 1071-1072.
29. Shuaib, F., Gunnala, R., Musa, E.O., Mahoney, F.J., Oguntimehin, O., Nguku, P.M., Nyanti, N., Knight, S.B., Gwarzo, N.S., Idigbe, O., Nasidi, A., Vertefeuille, J.F. (2014), "Ebola virus disease outbreak – Nigeria, July–September 2014", *Morbidity and mortality weekly report*, Vol. 63, No 39, pp. 867-872.
30. Smith, M., Bensimon, C., Perez, D., Sahni, S. & Upshur, R. (2012), "Restrictive Measures in an Influenza Pandemic: A Qualitative Study of Public Perspectives", *Canadian journal of public health*, Vol. 103, No. 5, pp. 348-352.
31. Tangwa, G., Abayomi, A., Ujewe, S., Munung, N. (2019), *Socio-Cultural Dimensions of Emerging Infectious Diseases in Africa: an Indigenous Response to Deadly Epidemics*, Switzerland. Springer Nature.
32. Waterman, S., Escobedo, M., Wilson, T., Edelson, P., Bethel, J., Fishbein, D. (2009), "A new paradigm for quarantine and public health activities at land borders: opportunities and challenges", *Public Health Reports*, Vol. 124, No. 2, pp. 203–211.
33. Abbasi, Mahmoud and Raheleh Rezaei and Ghazaleh Dehghani (2014), "The Concept and Position of the Right to Health in the Iranian Legal System", *Quarterly Journal of Medical Law*, Year 8, Issue 30, pp 183-199 (In Persian).
34. Ghorbannia, Nasser (2007), "Suspension of the implementation of human rights in emergency situations", *Quarterly Journal of Jurisprudence and Law*, No. 12, pp 37-62 (In Persian).
35. Habibnezhad, Seyed Ahmad (2016), "Conditions for Restricting Rights and Freedoms with Emphasis on Restriction in the Name of Public Order", *Quarterly Journal of Comparative Law (Mofid Letter)*, No. 105, pp 53-78 (In Persian).
36. Habibnezhad, Seyed Ahmad and Zahra Saeed (2017), "The necessity of transition from obligation means to obligation to achieve a certain result in the interpretation of government obligations in the third principle of the Constitution", *Islamic Law Quarterly*, Volume 14, Number 53, pp 59-84 (In Persian).
37. Mohebbi, Davood and Hamed Karami (2016), "The Nature of Emergency Response Patterns with Emphasis on the Constitution of the Islamic Republic of Iran", *Afagh-e-amniyat Quarterly*, Year 8, No. 32, pp 67-98 (In Persian).

C) WebSites

38. World Health Organization (2016), Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks, World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>