

مبانی و نظام حقوق سلامت عمومی در وضعیت اضطراری

محمد راسخ*

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۷/۰۳

چکیده

سلامت عمومی بی‌گمان یکی از مصادیق منافع عمومی است که فقدانش لطمات سنگینی را بر کيان حیات جمعی آدمیان وارد خواهد آورد. اهمیت این امر در وضعیت اضطراری بسیار جدی‌تر می‌شود. مهم آنکه، اگر نظام اولویت‌بندی منابع کمیاب برای این وضعیت ایجاد نشود، جان‌های بی‌شمار از دست می‌رود و ابعاد گوناگون حیات جمعی به سرعت متلاشی خواهد شد. پرسش بنیادین به مبانی طراحی نظام اولویت‌بندی و ارائه خدمات پزشکی و بهداشتی در شرایط اضطراری و نظام متناسب با آنها باز می‌گردد. ترجمه و تبدیل آن مبانی و این نظام به احکام و رویه‌های قانونی هسته سخت «حقوق سلامت عمومی» را تشکیل خواهد داد. در این تحقیق، پس از اشاره به پیش‌فرض‌های بحث حاضر، مبانی و نظام یادشده را، به ترتیب، به میان خواهیم آورد. بی‌گمان، از نظام حقوقی سلامت عمومی انتظار می‌رود توازنی درونی در این ساختار ایجاد کند و نیز آن را با دیگر ستون‌های حیات مدنی آدمی همساز کند.

کلیدواژه‌گان:

حقوق سلامت عمومی، مبانی، نظام، وضعیت اضطراری.

* استاد دانشکده حقوق؛ و مرکز تحقیقات ریز فناوری زیستی، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی ابن سینا، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

مقدمه

سلامت عمومی یکی از مصادیق منافع و مصالح عمومی است^۱ که فراهم نبودنش اصل حیات جمعی را به خطر می‌اندازد. به بیانی ساده، سلامت عمومی به معنای تأمین تندرستی حداقلی همگان و حفظ آنان در برابر خطرات بهداشتی است.^۲ به دیگر سخن، مفهوم و نهاد سلامت عمومی به پیشگیری از بیماری و مرگ زودرس از طریق کوشش جمعی سازمان‌یافته اطلاق می‌شود.^۳ اگر این حداقل در جامعه فراهم نباشد و از گسترش بیماری‌های مسری جلوگیری نشود، دیری نخواهد پایید که آدمیان دیگر نمی‌توانند گرد هم زندگی کنند؛ جامعه متلاشی خواهد شد. بر پا ماندن حیات جمعی انسان‌ها البته به عناصری دیگر نیز وابسته است^۴ و به سلامت عمومی منحصر نمی‌شود، اما بحث این پژوهش در قلمرو این موضوع خاص است. همچنین، گفتنی است که تأمین و حفظ همه مصادیق منافع عمومی از جمله اقتضائات عدالت است.^۵

سلامت عمومی هم در وضعیت عادی جامعه مطمح نظر است و هم در وضعیت اضطراری. وضعیت اضطراری به علل و اسباب گوناگون طبیعی (مانند زلزله و بیماری) و غیرطبیعی (مثل جنگ و انقلاب) به وجود می‌آید. یکی از مصادیق وضعیت اضطراری طبیعی شیوع همه‌گیر بیماری مسری (اپیدمی^۶ یا پاندمی^۷) است. اهمیت سلامت عمومی در چنین وضعیت‌هایی به

1. Giubilini, A., Savulescu, J. and Wilkinson, D. "Queue questions: Ethics of COVID-19 vaccine prioritization", *Bioethics* Vol. 35, 2021, p 7. ; Chia, T. O. and Oyeniran. I. "Human Health Versus Human Rights: An Emerging Ethical Dilemma Arising From Coronavirus Disease Pandemic" *Ethics Medicine and Public Health*. 14, 2020, p 3; Emanuel, E. And Wertheimer, A. "Who Should Get Influenza Vaccine When Not All Can?" *Science*, 2006, p 854.

2. See, for instance, Schmitt, N.M. and Schmitt, J. "Definition of Public Health", in Kirch W. (ed.), *Encyclopedia of Public Health*, Dordrecht: Springer, 2008.

3. Beauchamp. D.E. "Public Health: Philosophy" in G.P. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd ed. USA: Macmillan, 2004, p 2210.

۴. در این خصوص، برای نمونه، نک: راسخ، محمد، مهناز بیات کمیتکی، **مفهوم مصلحت عمومی**، فصلنامه تحقیقات حقوقی، زمستان ۱۳۹۰، شماره ۵۶، صص ۹۳-۱۱۹.

۵. چنان‌که تأمین و حفظ ادعاهای فردی نیز از دیگر اقتضائات عدالت است. برای نمونه، نک: راسخ، محمد، **نظریه حق**، در حق و مصلحت: مقالاتی در فلسفه حق و فلسفه ارزش، جلد ۲، تهران: نشر نی، ۱۳۹۲، صص ۲۹۹-۳۱۶.

6. Epidemic

7. Pandemic

مراتب بالاتر و جدی‌تر می‌شود. دلیل آن است که حکومت حتی در وضعیت عادی نیز با کمبود منابع برای تأمین خدمات پزشکی و بهداشتی روبه‌روست و ناگزیر باید یک نظام اولویت‌بندی در تخصیص منابع موجود طراحی و تمهید کند، چه رسد به وضعیت همه‌گیری بیماری. کمیابی منابع در وضعیت اضطراری بیش از پیش رخ می‌نماید^۱ و چنانچه نظام اولویت‌بندی و کاربست مناسب منابع و امکانات برای چنین وضعیت خاصی ایجاد نشود، جان‌های بی‌شمار از دست می‌رود و جامعه با سرعتی بسیار بالا از هم گسیخته خواهد شد.

پرسش آن است که اولویت‌بندی و ارائه خدمات پزشکی و بهداشتی در شرایط اضطراری بر چه مبانی استوارشدنی است و چه نظام کلان و درخوری را در این ارتباط می‌توان طراحی کرد. ترجمه مبانی و نظام سلامت عمومی به احکام قانونی به نوبه خود هسته سخت «حقوق سلامت عمومی»^۲ را تشکیل خواهد داد. در این نوشتار، پس از ذکر پیش‌فرض‌ها، مبانی و نظام یادشده را به ترتیب و به اجمال به میان خواهیم آورد. چنین می‌نماید که نقطه اوج کارکرد چنین نظامی، در واقع، حفظ دستاورد حیات مدنی بشر باشد. این امر ورای کشاکش حق فرد و منفعت جمع قرار می‌گیرد و در واقع شالوده آنها را بنا می‌نهد.

۱. پیش‌فرض‌ها

نوشتار حاضر بر چند پیش‌فرض بنا شده است که بدون آنها بحث از نظام حقوقی سلامت عمومی بی‌معنا خواهد بود. به دیگر سخن، در صورتی که این پیش‌فرض‌ها فراهم نباشند، اساساً یا نظام سلامت عمومی، و به تبع نظام حقوقی مربوط، شکل نمی‌گیرد یا در صورت شکل‌گیری ناقص و ناکارآمد می‌شود. تبیین و توجیه تفصیلی این پیش‌فرض‌ها خارج از حدود این نوشتار قرار می‌گیرند.

یکم، منابع و امکانات موجود در هر جامعه محدود است و نظام سلامت عمومی (خواه در وضعیت عادی یا در وضعیت اضطراری) یکی از اقتضات عدالت در اداره حیات جمعی است که با استفاده از این منابع برپا می‌شود و در قالب قوانین و مقررات شکل می‌گیرد. از این رو، نظام یادشده همواره یک نظام تصمیم‌گیری اولویت‌مدار است که ناچار باید با مطرح کردن

1. OECD, Strengthening health systems during a pandemic: The role of development finance, OECD (June 2020), available at: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134620-xueji119ph&title=Strengthening-health-systems-during-a-20pandemic-The-role-of-development-finance (last visited on 02/12/2020). p. 16.

2. Public health law

پرسش‌هایی مانند «کدام بیماری؟»، «کدام بیماران؟» و «به چه شیوه‌ای؟» این نظام را طراحی و اعمال کند.

دوم، حکومت باید دغدغه عدالت داشته باشد تا برای تأمین و حفظ سلامت عمومی بکوشد. با آنکه در بدترین حالت برخی حکومت‌ها فقط شعار عدالت‌خواهی می‌دهند، در عموم موارد آنها در واقع در پی برآوردن برخی از اقتضائات عدالت (از جمله، برقراری نظام سلامت عمومی) هستند، والا تداوم حکومت و بقای حیات جمعی به خطر می‌افتد. کوشش یادشده برای اجرای آن اقتضائات البته، در همه حال، به شکل «تدریجی» و «مدرج» صورت می‌گیرد، بنابراین، به‌جد باید از نگاه مطلق‌انگار در این زمینه‌ها پرهیز کرد. مهم وجود قصد صادقانه برای استیفای عدالت در حوزه‌های مربوط و کوشش مستمر متناسب در این ارتباط است.

سوم، برنامه تأمین و حفظ سلامت عمومی باید با کمک عالمان و عاقلان کشور طراحی و اجرا شود. به‌دیگر سخن، نظام مناسب و کارآمد سلامت عمومی بدون مساهمت متخصصان شاخه‌های مختلف معرفت بشری - مانند علوم پزشکی، علوم مهندسی، اقتصاد، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، علوم سیاسی، حقوق، فلسفه و روابط بین‌الملل - قابل طراحی و اجرای کارآمد نیست. به همین دلیل است که برای نمونه، در کشورهای نسبتاً موفق در برخورد با مشکل شیوع ویروس کرونا، یکی از اجزای برنامه جامع «ارتباط با مؤسسات دانشگاهی» بوده است.^۱

چهارم، لازم است مردم به دغدغه حکومت و توانایی به‌روز آن در این زمینه باور داشته باشند. نبود این باور اجرای نظام حقوقی سلامت عمومی را امری ناممکن خواهد کرد. با آنکه این باور برای اعلان و اجرای هر یک از تصمیمات و اقدامات حکومتی لازم است، فقدان چنین چیزی در زمینه سلامت عمومی در وضعیت اضطراری نقطه آغازین از هم گسیختگی حیات جمعی آدمیان خواهد بود؛ چرا که حتی اگر واقعیات و الزامات مندرج در پیش‌فرض‌های پیشین هم فراهم باشند، اکثریت اعضای جامعه به دستورات مبتنی بر نظام سلامت عمل نمی‌کنند.^۲ به‌جرات می‌توان گفت که مسئولیت اجتماعی که یکی از محورهای اصلی برنامه‌های مقابله با وضعیت اضطراری

1. Chua, A.Q. et al. "Health system resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from Singapore" *BMJ Global Health*. 5, 2020, p 2.

۲. مقاله زیر، ضمن مطرح کردن ضرورت وجود چنین اعتمادی، مطالعه‌ای میدانی در این خصوص انجام داده است: غیاثوند، احمد، سازوکار اعتماد مردم به عملکرد دولت در شرایط شیوع کرونا، فصلنامه دولت پژوهی، تابستان ۹۹، شماره ۲۲، صص ۱۴-۳۱.

را تشکیل می‌دهد،^۱ عمدتاً برآمده از باور و اعتماد یادشده است. در مباحث بعدی، در بخش «نظام»، به ضرورت گفتگو و مباحثه عمومی در فرایند شکل‌گیری سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در وضعیت‌های اضطراری اشاره می‌شود که به نوبه خود نقشی بنیادین در این ارتباط ایفا می‌کند. پرسش اینک آن است که بر اساس پیش‌فرض‌های یادشده کدام اصول و متغیرها را می‌توان برای برقراری نظام سلامت عمومی، و به تبع نظام حقوقی مربوط، پیش نهاد.

۲. مبانی

قواعد و احکام نظام حقوقی سلامت عمومی در وضعیت اضطراری، با استفاده از بخشی از منابع کمیابی که در اختیار حکومت است، «منطقاً» باید بر اساس اصول و متغیرهایی تدوین شوند تا امکان نزدیک شدن بهینه به هدف از چنین تدوینی را فراهم آورند. این اصول و متغیرها به مثابه بنیاد و مبنا برای هر گونه تصمیم‌گیری کلان و نظام‌سازی در حوزه یادشده عمل می‌کنند و از این رو، آنها را «مبانی» می‌نامیم. به این ترتیب، حداقل پنج مبنا را می‌توان برای تأسیس نظام پیش‌گفته در نظر گرفت: «مه‌ار هر چه سریع‌تر»، «از دست رفتن کمترین تعداد جان»، «استفاده کارآمد و بهینه»، «توازن درونی» و «توازن بیرونی». پیش از هر چیز، باید افزود که این فهرست را «باز» می‌انگاریم، لذا، در مسیر تطور و تحول فکری، می‌توان اصول و متغیرهای (مبانی) دیگری را بدان افزود یا در خصوص حذف برخی از آنها گفتگوی انتقادی کرد.^۲

۲.۱. مه‌ار هر چه سریع‌تر

وضعیت اضطراری در بافت بحث حاضر به معنای شیوع همه‌گیر بیماری مسری است. بنابراین، نخستین هدف و وظیفه حکومت، در جایگاه قدرت بی‌بدیل موجود در جامعه، باید مه‌ار کردن این بیماری باشد. در غیر این صورت، کیان حیات جمعی به خطر می‌افتد و بسا که در زمانی بسیار کوتاه دیگر نشانی از حیات مدنی انسانی در جامعه سیاسی (کشور) باقی نماند. به

1. See, for instance, Chua, A.Q. *et al.*, Op. Cit., p. 2.

۲. کوشش‌هایی برای پیشنهاد اصول و مبانی در لابلای نوشته‌های مربوط می‌توان یافت. برای نمونه، نویسنده مقاله زیر چهار ارزش بنیادین «افزایش کارآمدی منابع کمیاب»، «برخورد برابر با افراد»، «در نظر گرفتن ارزش آلی» و «اولویت‌بخشی به بیماران بسیار وخیم» را معرفی می‌کند:

Emanuel. E.J. *et al.* "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19" *The New England Journal of Medicine*. 382(21), 2020, p 2051.

دیگر سخن، باید گفت تعلل در مهار هر چه سریع‌تر بیماری مسری همه‌گیر به معنای تسلیم شدن به حمله فراگیر به حیات جمعی انسان‌هاست. می‌گوییم «حیات جمعی» و نامی از فرد و افراد نمی‌بریم؛ بدان سبب که با آنکه در چنین وضعیت‌هایی همه اعضای جامعه از میان نمی‌روند، افرادی که زنده می‌مانند، در وضعیتی اسفبار، شبیه به وضعیت پیشامدنی یا همان وضعیت طبیعی^۱ قرار خواهند گرفت و قادر به رفع نیازهای خود نخواهند بود؛ وضعیتی با کیفیت زندگی فوق‌العاده پایین که اساساً معلوم نیست حتی امکان بقای طبیعی در آن فراهم باشد. در این زمینه، می‌توان به مواردی در تاریخ نه چندان دور جامعه ایران ارجاع داد. برای نمونه، بیماری همه‌گیر وبا و طاعون در عصر قاجار به «فقر» و «شورش» در سطحی گسترده و نیز «ادعاهای مهدویت» (بحران‌های مادی و معنوی) انجامید.^۲ از این رو، چنان که به‌درستی گفته می‌شود، در مقابله با هر حادثه جدی باید «ارتباط»، «همکاری» و «نوآوری» گسترده، بر اساس ساختارها و امکانات موجود، در کار باشند تا بتوان امید داشت که پاسخی درخور و کارآمد به آن حادثه شکل بگیرد.^۳

تجربه برخی کشورها در مقابله با مشکل شیوع همه‌گیر ویروس کرونا مؤید پیروی از اصل یا مبنای واکنش سریع و مهار هر چه سریع بیماری بوده است. برای نمونه، در سنگاپور، از جمله کشورهای نسبتاً موفق در مهار این بیماری، رویکرد «آمادگی یک ملت با هم» اتخاذ و نیز همه شعب و فروع دستگاه حکومت در این راستا به کار گرفته شدند. «گروه اقدام» چند وزارتخانه‌ای تشکیل شد و منافع فراگیر، پزشکی و غیرپزشکی، در هماهنگی با مراکز دانشگاهی و بر اساس داده‌های کلینیکی، مبنای سیاست‌ها و اقدامات قرار گرفتند.^۴ تجربه‌های این گونه، از جمله، مؤید آن است که در گام نخست باید رویکردی «هماهنگ»، «چندنهادی» و «ملی» برای مهار هر چه سریع‌تر بیماری اتخاذ شود. در گام بعدی هماهنگی جهانی در این راستا ضروری می‌شود.

1. Natural State

۲. نک: جعفری، علی اکبر و نسرین فروغی، بررسی و تحلیل پراکندگی بیماری‌های وبا و طاعون در ایران و تأثیر آنها در گسترش بحران‌های اجتماعی ۱۲۶۴-۱۲۱۰ ه.ق.، دوفصلنامه علمی-پژوهشی تاریخ‌نامه ایران بعد از اسلام، پاییز و زمستان ۹۴، شماره ۱۱، صص ۷۱-۱۰۰.

3. Begun, J.W. and Jiang, H.J. "Health Care Management During Covid-19: Insights from Complexity Science", *NEJAM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 6, 2020, p 9.

4. Chua, A.Q. et al., Op. Cit. pp.1-2.

۲.۲. از دست رفتن کمترین تعداد جان

در حالتی که یک یا چند بیماری مسری همه‌گیر شده است، به هیچ وجه نشدنی است و در عمل نمی‌توان هدف را حفظ جان همه بیماران تعیین کرد. دقیق‌تر، در چنین وضعیتی ناگزیر باید سعی کرد از تعداد فوتی‌ها کاست. اصل اولی در مداوا بی‌گمان «ارزش ذاتی» جان هر یک از بیماران است که بدین سبب، مقتضی رفتار برابر با آنان است. با این حال، واقعیت آن است که اگر هم بخواهیم، نمی‌توانیم همه متقاضیان درمان را در این وضعیت مداوا کنیم. کمبود منابع و ضعیف بودن زیرساخت‌ها که برای وضعیت عادی تمهید شده‌اند، مانع از تحقق چنین خواسته‌ای است. این توضیح دو نتیجه در پی دارد: نخست، انتخاب میان جان‌های ذاتاً ارزشمند ممکن نیست. از این رو، درمان در نظام عمومی سلامت ناگزیر باید بر اساس اصل «برابری» ارائه شود.^۱ این امر به ضرورت منطقی نتیجه می‌شود. اگر دو جان ذاتاً ارزشمند باشند، بدان معنا که یکی را نتوان ابزار برای دیگر قرار داد (هر دو غایت در خویشتن باشند)، بنابراین، هیچ ویژگی‌ای در آنان، مانند پیری و جوانی یا عالم و جاهل بودن یا غنی و فقیر بودن، منطقی نمی‌تواند مبنای انتخاب میان آن دو بشود؛ حتی یک ثانیه از عمر آن موجود ارزش ذاتی دارد و نباید برای ثانیه‌های عمر جان ذاتاً ارزشمند دیگر «فدا» شود. دوم، همه کوشش باید آن باشد که تعداد کمتری از جان‌های غایی (ذاتاً ارزشمند) از دست برود. به دیگر سخن، امر دایر است میان فوت پرشمار و مرگ کم‌شمار. دومی را به منزله شر کمتر، باید برگزید. در اینجا، معیاری سلبی اتخاذ شده است: تعداد کمتری جان از دست برود.

در این ارتباط، یکی از معیارهایی که از سوی نهادهای مختلف علوم پزشکی و برخی نویسندگان به میان آمده است، بیانگر کوشش برای حفظ «تعداد» و «مدت» بیشتر زندگی است. برای نمونه، در سندی که «کالج ایتالیایی بی‌هوشی، بی‌حسی، احیاء، مراقبت شدید» (SIAARTI) در ماه‌های آغازین پاندمی کرونا منتشر کرد، بر دو معیار «بالاترین احتمال نجات»

1. Emanuel, E.J. *et al.*, "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19". Op. Cit. p. 2051.

Ibid, p. 2052. همچنین، نک: خسروی، حسن، **حمایت از حقوق انسانی افراد در برابر کووید ۱۹ (کروناویروس) در پرتو اخلاق وظیفه‌گرایی کانت**، پژوهش‌های فلسفی، تابستان ۹۹، شماره ۳۱، صص ۲۱۰-۲۱۲؛

Gable, L. "Allocation of Scarce Medical Resources and Crisis Standards of Care" in S. Burris, S. de Guia, D.E. Levin, W.E. Parment and N.P. Terry (eds.), *Assessing Legal Responses to Covid-19*, Public Health Law Watch, 2020: 179; Reid, L. "Triage of critical care resources in COVID-19: a stronger role for justice" *Journal of Medical Ethics*. 48(8), 2020, p 528.

و «بیشترین سال برای زندگی» تأکید می‌نمود. بدان معنا که به گروه پزشکی توصیه می‌شود امکانات کمیاب را برای بیمارانی (کرونایی یا غیرکرونایی) به کار گیرند که این دو معیار را تأمین می‌کنند.^۱ بر همین اساس، گاه توصیه می‌شود منابع کمیاب، مانند دستگاه‌های کمک تنفسی یا اتاق‌های آی‌سی‌یو، را برای بیمارانی به کار گیرند که مدت کمتری آنها را برای بهبود خود نیاز دارند.^۲ معیار پیش‌گفته آشکارا بیماران جوان (انتظار عمر بیشتر) و افراد نسبتاً سالم (احتمال بالای مداوا) را بر بیماران مسن^۳ و افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای ترجیح می‌دهد. در نتیجه، هر چه به بیماران با احتمال بهبودی بیشتر توجه شود، تعداد جان‌هایی که زنده می‌مانند بالا می‌رود و هر مقدار بیماران جوان‌تر نجات یابند، شمار سال‌های زندگی نجات‌یافته بیشتر می‌شود. کاملاً آشکار است که تعداد جان و مدت زندگی در اینجا ملاک اصلی تصمیم‌گیری است. حال آنکه، در مقابل، به باور برخی، در به‌کارگیری منابع کمیاب، اولویت را باید به بیمارانی در وضعیت وخیم‌تر^۴ یا گروه‌های محروم^۵ اختصاص داد. باری، در صورت در نظر گرفتن ملاک «تعداد» و «مدت» بیشتر عمر، معیاری ایجابی اتخاذ شده است: هدف باید آن باشد که تعداد و/یا مدت بیشتری جان حفظ بشود.

همچنین، در زمینه بحث از معیار اولویت‌بندی واکسیناسیون، ادعا شده است که بر اساس برخی افکارسنجی‌ها، عموم مردم موافق‌اند بهتر است از مرگ افراد کم‌سن جلوگیری شود تا مرگ افراد سالمند؛ چرا که با این کار گروه اول فرصت بالفعل کردن یک حیات ارزشمند انسانی را می‌یابند و گروه دوم پیشاپیش، آن زندگی را از سر گذرانده‌اند.^۶ این باور، حتی اگر داده‌های میدانی آن را تأیید کنند، قابل دفاع نظری نمی‌نماید. چنین موضعی همان موضع ایجابی پیش‌گفته است که در نهایت به ترجیح افراد جوان‌تر و سالم‌تر بر انسان‌های مسن‌تر و دارای

1. See Mounk, Y. "The Extraordinary Decisions Facing Italian Doctors", *The Atlantic*, 2020, 11th March, available at <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/> (accessed on 27 March 2021). See also Gable, L. Op. Cit., p. 179.

2. Ehni. H.J. Wiesing. U. and Ranisch. R. "Saving the most lives – A comparison of European triage guidelines in the context of the COVID-19 pandemic" *Bioethics*. 35(2), 2021, pp 131-132.

3. Emanuel *et al.*, "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19" Op. Cit. p. 2051; Smith. M. and Upshur. R. "Pandemic Disease, Public Health, and Ethics" in A.C. Masteroian, J.P. Kahn and N. Kass (eds.) *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*. Oxford University Press. 2019, pp 799-801.

4. Emanuel *et al.*. "An Ethical Framework for Global Vaccine Allocation" *Science*. Op. Cit. p. 1310.

5. See, for example, Liu. Y. Salwi. S. and Drolet. B.C. "Multivalued ethical framework for fair global allocation of a COVID-19 vaccine" *Journal of Medical Ethics*. 46(1), 2020: 500; Emanuel *et al.*, "An Ethical Framework for Global Vaccine Allocation", *Science*, Vol. 369, No. 6509, 2020: 1310-1311; Giubilini, A., Savulescu J. and Wilkinson, D. Op Cit., pp. 4-5.

بیماری‌های زمینه‌ای می‌انجامد. به دیگر سخن، موضع یادشده برای زندگی گروه دوم ارزش ذاتی قائل نیست و آنان را وسیلهٔ زنده ماندن گروه اول می‌کند. از این منظر، تنها ممکن است بتوان از یک ادعای سلبی در این خصوص دفاع کرد: کسانی در اولویت واکسیناسیون قرار بگیرند که احتمال مرگشان بیش از دیگران است؛ یعنی توزیع واکسن از معیار «بیشترین احتمال مرگ» شروع شود و به سوی «کمترین احتمال مرگ» حرکت کند.

۲.۳. استفادهٔ کارآمد و بهینه

دو مبنای پیشین (مهیار سریع و تلفات کمتر) مستلزم آن است که از منابع و امکانات پزشکی و بهداشتی بهترین استفاده بشود. به دیگر سخن، منابع و امکانات پیش‌گفته باید به بهترین شکل، یعنی به کارآمدترین روش ممکن، برای مهیار زودتر و درمان بیشتر به کار گرفته شوند. در یک سو، کمیابی منابع اجازهٔ درمان همهٔ بیماران را نمی‌دهد که اگر کسی چنین حکمی صادر کند، در واقع، تکلیف به فوق طاقت کرده است. در دیگر سو، کمترین ضرر جانی باید اتفاق افتد و توقف شیوع بیماری در فوری‌ترین زمان ممکن باید رخ بدهد. بنابراین، محاسبات فنی دقیق لازم است که دو هدف یادشده با کدام روش به‌کارگیری تأسیسات، ابزار، وسایل، مواد و داروها به‌دست‌آمده هستند. این محاسبات ناگزیر مستلزم طراحی جدولی پیچیده از قواعد اولویت‌بندی و تقسیم و تخصیص منابع میان بیماران است.

به منظور ذکر نمونه‌ای برای این مبنا، نمونه‌ای که در ارتباط وثیق با مبنای اول نیز قرار دارد، باید افزود، در استفاده از منابع، مثلاً در انتخاب افراد برای واکسیناسیون، به‌درستی گفته شده است که برخی از اعضای جامعهٔ انسانی به سبب نقشی که در درمان یا ارائهٔ خدمات ضروری ایفا می‌کنند، اصطلاحاً کسانی که در خط مقدم مبارزه با بیماری و نیز حفظ ساختارهای لازم برای ارائهٔ درمان ایستاده‌اند (همهٔ اعضای کادر درمان، مراقبت‌کنندگان از سالمندان و بیماران اضطراری غیرکرونایی، معلمان، کارکنان آتش‌نشانی، نیروی انتظامی، حمل‌ونقل عمومی و ...)، علاوه بر ارزش ذاتی و غایی خود، ارزش آلی می‌یابند. بدان معنا که حفظ سلامتی ایشان در واقع کمک به حفظ سلامتی دیگران و جلوگیری از بالا رفتن شمار فوت‌شدگان، یا دقیق‌تر کمک به از

دست رفتن کمترین تعداد جان، است.^۱ چنین ادعایی، در واقع، هم‌خوان با دو مبنای «از دست دادن کمترین تعداد جان» و «استفاده کارآمد و بهینه از منابع» و تأمین‌کننده آنهاست. همچنین، باید افزود که قید «کارآمد» ناگزیر باید در تلائم با معیار مندرج در اصل پیشین، یعنی ارزش ذاتی جان انسان، معنا شود. در این صورت، چنان‌که در بند پیشین آمد، شاید بتوان از ضابطه سلبی به‌کارگیری منابع در موارد بالاترین احتمال مرگ دفاع کرد، یا منابع را به شکل گردشی در میان بیمارانی با بالاترین احتمال مرگ به کار گرفت و تا حد ممکن مرگ ایشان را به تأخیر انداخت، اما نمی‌توان گفت کارآمد یعنی حفظ و حمایت از بیشترین تعداد سال‌های زندگی، یا (هدفی ناممکن) یعنی حفظ بیشترین جان‌ها. به همین دلیل بوده است که برخی از نظریه‌پردازان تأکید کرده‌اند منابع کمیاب باید به شکلی به کار بسته شوند که نابرابری‌های ساختاری را بیشتر نکند.^۲

۴. توازن درونی

شکی نیست که پیش از بروز وضعیت اضطراری ناشی از شیوع بیماری مسری (اپیدمی یا پاندمی)، شماری از بیماران اضطراری وجود داشته‌اند؛ برای نمونه، بیماران سالمند و مبتلایان به سرطان. بدین‌سان، باید گفت در وضعیت اضطراری دو گروه بیمار مضطر پیش‌روی نظام سلامت عمومی وجود خواهند داشت: قدیم و جدید. در برخی جوامع، برای نمونه جوامع با متوسط سنی بالا یا جوامع پس از جنگ یا سیل و زلزله، شمار بیماران نیازمند مداوای فوری نسبتاً بالاست. بنابراین، نظام سلامت عمومی باید میان ارائه خدمات به این دو گروه توازن ایجاد کند. برنامه‌ریزی برای استفاده بهینه از امکانات کمیاب پزشکی و درمانی باید با در نظر گرفتن کل نظام بهداشت و درمان آماده شود.^۳ در واقع، اقدامات و سیاست‌گذاری‌های مربوط، به هیچ وجه

۱. در منابع زیر صریحاً به «ارزش آلی» چنین افراد و گروه‌هایی اشاره شده است:

Emanuel, E.J. et al. "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19" Op. Cit. p. 2052; Giubilini, A., Savulescu, J. and Silkinson, D. "Queue questions: Ethics of COVID-19 vaccine prioritization", *Bioethics* 35(4), 2021: 7-8; and Smith, M. and Upshur, R. "Pandemic Disease, Public Health, and Ethics", Op. Cit. p. 800.

2. Reid, L. "Triage of critical care resources in COVID-19: a stronger role for justice", Op. Cit. pp. 527-528.

3. Kringos, D. et al. "Managing COVID-19 within and across health systems: why we need performance intelligence to coordinate a global response" *Health Research Policy and Systems* 18(80), 2020, p 6.

نباید در سازوکارها و رویه‌های ارائه خدمات حساس و بنیادین بهداشت و درمان به دیگر گروه‌ها اخلال ایجاد کنند.^۱ از این رو، در امر تخصیص منابع نباید فرقی میان بیماران کرونایی و بیماران قدیمی اضطراری در نظر گرفته شود.^۲ در این ارتباط، باید گفت که هیچ دلیل پیشینی و مقنع وجود ندارد که بیماران اضطراری قدیم نباید در سازوکار درمان در وضعیت پیش‌آمده به حساب آیند. تجربه وضعیت پاندمی اخیر، یعنی عالم‌گیر شدن بیماری ناشی از شیوع ویروس کرونا (کووید-۱۹)، نشان داده است که برخی از نیازمندان درمان و مراقبت فوری، بیماران مضطر قدیمی، «قربانیان پنهان»^۳ نظام سلامت عمومی شده‌اند. حتی ممکن است تعداد این قربانیان پس از مدتی بیش از قربانیان بیماری مسری جدید بشود.^۴

از دیگر سو، برخی گروه‌های اجتماعی، به‌ویژه افراد کم‌درآمد و/یا اقلیت‌های گوناگون، در عمل دسترسی کمتری به منابع و امکانات درمان داشته‌اند و از این رو، باید در زمره قربانیان پنهان به شمار آیند. برای نمونه، آمار مرگ و میر میان اقلیت‌های گوناگون (که البته هم‌زمان در عداد افراد کم‌درآمد نیز هستند) در جوامع مختلف، مثلاً سیاهان و لاتین‌تباران در ایالات متحده آمریکا،^۵ به نظر بالا بوده است. تجربه‌های سابق در زمینه دیگر بیماری‌ها (مانند آنفلوآنزا) و مطالعات میدانی در آن خصوص نیز مؤید تأثیر منفی یادشده است.^۶

1. OECD, Strengthening health systems during a pandemic: The role of development finance, Op. Cit. p. 2.

2. Fisher, O.M. et al. "Distributive justice during the coronavirus disease 2019 pandemic in Australia", *ANZ Journal of Surgery* 90(6), 2020: 961; and Emanuel, E.J. et al. "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19", Op. Cit. p. 2054.

3. hidden victims

4. See, for instance, Plimmer, Gill and Clark, Pilita, Inside UK care homes: why the system fails its coronavirus test, *Financial Times* (April 2020), available at: <https://www.ft.com/content/86d9807e-2a47-47b2-8dff-8ab50b16e036> (last visited on 25/04/2020).

5. See, for instance, APM Research Lab Staff, The Color of Coronavirus: Covid-19 Deaths by Race and Ethnicity in the U.S., APM Research Lab (March 2021), available at: <https://www.apmresearchlab.org/covid/deaths-by-race> (last visited on 14/03/2021); and Anderson, C.A. "A Pandemic Meets a Housing Crisis" in S. Burris et al. (eds.), *Assessing Legal Responses to Covid-19*, Boston: Public Health Law Watch, available at https://static1.squarespace.com/static/5956e16e6b8f5b8c45f1c216/t/5f36c0702e9042616f13505c/1597423914220/COVID19PolicyPlaybook_Aug2020.pdf?blm_aid=5320659 (accessed on 10 March 2021), p. 189.

6. See DeBruin, D., Liaschenko, J. and Marchall, M.F. "Social Justice in Pandemic Preparedness", *American Journal of Public Health* 102(4), 2012, pp 586-91.

۵. توازن بیرونی

افزون بر توازن درونی، شرایط اضطراری اپیدمی یا پاندمی نیازمند برقراری توازنی بیرونی است. به دیگر سخن، کل نظام سلامت عمومی باید در توازن با دیگر نظام‌های حیات جمعی آدمیان قرار بگیرد. نخست، سلامت عمومی در واقع وجود قوت جان و برقراری نظام معیشت را مفروض می‌گیرد. باید گفت که نظام سلامت در بستر نظام معیشت تأسیس می‌شود. حفظ جان همواره با فرض وجود نان صورت تحقق یافته است. نبود نظام درآمد و از هم گسیختن نظام اقتصاد، بی‌گمان به جنایات و ناهنجاری‌هایی می‌انجامد که می‌تواند جان‌های بیشتری را بگیرد، کیفیت زندگی را بسیار پایین آورد و اصل حیات جمعی را بر لبه پرتگاه قرار بدهد. بی‌تردید، شیوع بیماری کرونا هم موجب کاهش شدید ساعات کار و هم سبب بیکار شدن تعدادی زیاد از نیروهای کار شده است.^۱ وضعیت حاضر بر کل اقتصاد جهانی تأثیر گذاشته و موجب گسترش بیکاری، فقر و گرسنگی شده است و، از آنجا که اقتصاد و بهداشت رابطه مستقیم متقابل دارند، تضعیف هر یک اثری منفی بر دیگری می‌گذارد.^۲ بنابراین، حفظ نظام معیشت و اشتغال نیروی کار از جمله اهداف ضروری در طراحی نظام مواجهه با وضعیت اضطراری سلامت است.^۳

از دیگر سو، سلامتی تن در صورتی در ارتقای کیفیت زندگی نقش ایفا می‌کند که سلامتی روان نیز فراهم باشد. بسا تن‌های سالمی که زندانی و مجروح روان‌های ناسالم شده و می‌شوند و افزون بر خود، جامعه را نیز با مخاطره‌های جدی روبه‌رو می‌کنند. پاندمی کرونا به گواهی گزارش‌های گوناگون تأثیراتی منفی بر سلامت روانی افراد و گروه‌های مختلف گذاشته است^۴ و

۱. برای گزارشی دقیق در این زمینه، نک. ابدی، سعیدرضا، **کرونا و کارتابع**، مجله تحقیقات حقوقی دانشگاه

شهید بهشتی، ۱۳۹۹، شماره ۹۰، صص ۲۱۴-۱۹۹، به ویژه صص ۲۰۳-۲۰۱.

2. Allen, M.B. and Mirsaeidi, M. "Health and Economy in COVID-19 Era: A Plan for Reconstituting Long-Term Economic Security", *Frontiers in Public Health* 8(235), 2020: 1; and Emanuel, E.J. et al. "An Ethical Framework for Global Vaccine Allocation", Op. Cit. p. 1310.

۳. سرآبادانی تفرشی، **حسین، نان، کار، کرونا، تولید هزار**، تأملات رشد، ۱۳۹۹، شماره ۶ صص ۱۶۳-۱۵۰.

۴. باستین، سمیه، محبوبه وحیدی فرد، امیرحسین بهادینود چگینی و حسن بیرانوند، **کووید-۱۹ و پیامدهای روانشناختی آن**، رویش روان‌شناسی، ۱۳۹۹، سال ۹، شماره ۷، صص ۴۴-۳۵؛ و خسروی، حسن، **حمایت از حقوق انسانی افراد در برابر کووید ۱۹ (کروناویروس) در پرتو فلسفه اخلاق وظیفه‌گرایی کانت**، پیشین، ص ۲۰۹. برای مطالعه‌ای موردی در این زمینه، نک. رحمتی‌نژاد، پروین، مجید یزدی، زهره خسروی و فاطمه شاهی صدرآبادی، **تجربه زیسته بیماران به کروناویروس (کووید ۱۹): یک مطالعه پدیدارشناختی**، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۳۹۹، شماره ۴۱، صص ۸۶-۷۱؛ و دلاور، علی و لیلا شکوهی امیرآبادی، **بررسی وضعیت شادکامی و رضایت از زندگی دانشجویی در زمان بحران کرونا ویروس جدید (کووید ۱۹)**، ۱۳۹۹، فصلنامه روانشناسی تربیتی، سال ۱۶، شماره ۵۶، صص ۲۴-۱.

این تأثیرات می‌توانند روزبه‌روز بیشتر و وخیم‌تر شوند. برای نمونه، کمیسیون ملی حقوق بشر هند در واکنش به این اثرات، سندی مشورتی در خصوص حق بر سلامت روان در شرایط پاندمی کرونا منتشر کرده و ضمن برشمردن گروه‌ها و مشاغل مختلف متأثر از این واقعه، اقداماتی را برای تضمین سلامت روانی ایشان توصیه کرده است.^۱

افزون بر این، در طول وضعیت پاندمی به سبب شیوع ویروس کرونا، گروهی از اعضای جامعه «قربانیان خاموش»^۲ این بلیه نامیده شده‌اند. برای نمونه، این گروه کودکان و نوجوانان را در بر می‌گیرد؛ گروهی بسیار مهم که آینده‌ی حیات جمعی در دستان آنان خواهد بود. کودک و نوجوان نیازمند تعامل گسترده و دائم با محیط طبیعی بیرون از خانه، افراد هم‌سن‌های خود، معلمان و دیگر اجزای محیط اجتماعی هستند. محرومیت از این تعامل «گسترده» و «پیوسته» به شخصیت و روان آنان لطمه‌ای جبران‌ناپذیر وارد می‌آورد.^۳ همچنین، در این ارتباط، می‌توان به هر گروهی اشاره کرد - مانند سالمندان، مهاجران غیرقانونی یا معلولان - که (سواى امور بهداشتی و پزشکی) باید بار بیشتری را در چنین شرایطی تحمل کنند.^۴

بر این اساس، نظام سلامت عمومی در وضعیت اضطراری نباید به گونه‌ای طراحی و اجرا شود که به دو نظام دیگر لطمه‌ی بنیادین وارد کند. تردیدی وجود ندارد که مهار و مداوای بیماری مسری همه‌گیر ناگزیر هزینه‌هایی را بر دو نظام دیگر تحمیل می‌کند. اما این هزینه‌ها نباید و نمی‌توانند آن دو نظام دیگر را با خطرات جدی و/یا جبران‌ناپذیر روبه‌رو کنند. مداوای تن آدمی نباید نظام تأمین معاش و تعادل روانی افراد را در معرض سقوط قرار بدهد، چرا که بدون آن دو

1. National Human Rights Commission, Human Rights Advisory on Right to Mental Health in Context of Covid-19 Pandemic, National Human Rights Commission (October 2020), India, available at: <https://nhrc.nic.in/document/human-rights-advisory-right-mental-health-context-covid-19-pandemic> (last visited on 04/04/2021).

2. silent victims

3. See, for example, Venkataramu, V., Banerjee, D. and Tss, R. "The Silent Victims of the Pandemic: Children and Adolescents during the Covid-19", *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health* 16(3), 2020, pp17-31.

4. Fairchild, A., Gostin, L. and Bayer, R. "Vexing, Veiled, and Inequitable: Social Distancing and the "Rights" Divide in the Age of COVID-19", *The American Journal of Bioethics* 20(7), 2020, pp 59-6; and Sabatello, M., Burke, T.B., McDonald, K.E. and Appelbaum, P.S. "Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic", *American Journal of Public Health* 110(10), 2020, p 1523.

نظام تن نیز به سرعت رو به زوال خواهد گذاشت. نظام سلامت عمومی در وضعیت اضطراری نباید تک‌بُعدی طراحی شود.^۱

آخر، گفتنی است پنج مبنای بالا باید به موازات و در ترکیب با هم برای شکل‌دهی به نظام «حقوق سلامت عمومی» به کار گرفته شوند. هر یک از آنها به‌تنهایی نمی‌تواند بنیاد نظام سلامت عمومی و به‌تبع قواعد، نهادها و روبه‌های منصفانه حقوقی را در این زمینه تشکیل بدهد. پرسش اکنون آن است که ترکیب آنها به چه روش ممکن است یا باید باشد؟

۶. نظام

چنان‌که اشاره شد، نظام در زمینه بحث حاضر، در درجه نخست، یعنی نظام مطلوب (کارآمد) سلامت عمومی در وضعیت اضطراری و در درجه دوم، تجلی این نظام در احکام و قواعد حقوقی که نظام حقوقی مربوط را شکل خواهد داد. اما آن نظام مطلوب فقط و فقط با ارائه یک نظام محاسباتی پیچیده قابل طراحی است. در این نظام محاسباتی در واقع گونه‌ای «اقدام هوشمند» اتخاذ می‌شود که با استفاده از دانش و اطلاعات تولیدشده به روش‌های علمی در صدد شکل‌دهی و اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های نظام سلامت برمی‌آییم.^۲ به تعبیری دیگر، تصمیم‌گیری‌های کلان و نظام‌سازی در باب امور ناهمسنج^۳ باید بر اساس داده‌های علمی انجام شوند، نه گرایش‌ها و خواسته‌های سیاسی.^۴

خوشبختانه در عصر حاضر به کمک علوم ریاضیات و کامپیوتر می‌توان چنان نظامی را طراحی، ارائه و عملیاتی کرد. رشد و گسترش حیرت‌آور علوم کامپیوتر و هوش مصنوعی این توانایی را برای آدمیان به ارمغان آورده است که «الگوریتم» پیچیده‌ای را از ترکیب متغیرهای

1. See, for instance, Singer, Peter, and Plant, Michael, When Will the Pandemic Cure Be Worse Than the Disease?, Project Syndicate: the World's Opinion Page (April 2020), available at: <https://www.project-syndicate.org/commentary/when-will-lockdowns-be-worse-than-covid19-by-peter-singer-and-michael-plant-2020-04> (last visited on 26/04/2020); and

عظیمی، رضا، از واقعیت تا برساخت اجتماعی: نگاهی به کرونا و پیامدهای آن بر نظام سلامت، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۳۹۹، شماره ۴۱، صص ۱۴۲-۱۳۱.

2. Kringos *et al.* "Managing COVID-19 within and across health systems: why we need performance intelligence to coordinate a global response", Op. Cit. p. 2.

3. incommensurable

4. Levine. P. "Why protect civil liberties during a pandemic?" *Journal of Public Health Policy*. 42(1), 2021, p 156.

مندرج در مبانی پیش گفته تمهید کنند.^۱ گفتنی است که در سطح ارائه درمان (به طور کلی) نیز، بنا بر مطالعات میدانی، استفاده از فناوری اطلاعات نقشی بسزا در کاهش میزان مرگ و میر داشته است.^۲ هم‌اکنون، در باب توزیع و تخصیص واکسن به کشورها در سطح جهانی، اشاره صریح به تمهید دستگاهی الگوریتمی می‌شود تا بدان وسیله بتوان معیارهای گوناگون برآمده از دغدغه‌های مختلف، مانند کارآمدی و برابری، را تأمین کرد؛^۳ چنان‌که الگوریتم در دیگر حوزه‌های حقوقی، مانند حقوق کیفری و نظام اصلاح و تربیت، نیز از پیش به کار بسته شده و به مرحله نقد و ارزیابی به منظور کشف نقایص و معایب آن رسیده است.^۴

چند نکته از شیوه نظام‌سازی پیش گفته نتیجه می‌شود:

نخست، نظام الگوریتمی به سبب شرایط و داده‌های خاص، مانند میزان امکانات و انواع نیازها، همواره بومی و موقتی است؛ چرا که اساساً در پاسخ به شرایط و نیازهای زیست‌بومی مشخص تهیه شده است.^۵ هر جامعه انسانی نظام مخصوص به خود را خواهد داشت که لزوماً قابل توصیه و تسری به دیگر جوامع نیست - اما، چنان‌که خواهد آمد، ناگزیر از تعامل مستمر با نظام‌های سلامت آن جوامع است - و باید متناوباً بازنگری و اصلاح شود.

دوم، طراحی و عملی کردن این نظام الگوریتمی یک اقدام جمعی و میان‌رشته‌ای است.^۶ برای نمونه، متخصصان علوم پزشکی، علوم مهندسی، علوم اجتماعی و حقوق، در یک سو، باید گرد هم آیند و (در وضعیت پاندمی) با دیگر نظام‌های سیاسی، در دیگر سو، هماهنگی و تعامل کنند تا اساساً نطفه اولیه الگوریتم یادشده منعقد بشود و با تعامل گسترده و عمیق این متخصصان

۱. در مقاله زیر بر «چارچوب چندارزشی» تأکید رفته است:

Emanuel *et al.*, "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19", *Op. Cit.* p. 2051. See also Begun and Jiang, "Health Care Management During Covid-19: Insights from Complexity Science" *Op. Cit.* pp. 3-4.

2. Benzell *et al.* "Can Health Information Technology Save Lives During a Pandemic?" 2021: 45 available at <https://ssrn.com/abstract=3740718> (accessed on 31 March 2021).

3. Liu, Salwi and Drolet, "Multivalued ethical framework for fair global allocation of a COVID-19 vaccine" *Op. Cit.* p. 501.

4. See, for instance, Hedden. B. "On statistical criteria of algorithmic fairness" *Philosophy & Public Affairs*, 49(2), 2021, pp 209-231.

5. Begun. J.W. and Jiang. H. J. "Health Care Management During Covid-19: Insights from Complexity Science" *Op. Cit.* p. 4; and Kringos *et al.*, "Managing COVID-19 within and across health systems: why we need performance intelligence to coordinate a global response" *Op. Cit.*

6. See, for instance, Mounk. "The Extraordinary Decisions Facing Italian Doctors" *Op. Cit.* and Levine. "Why protect civil liberties during a pandemic?" *Op. Cit.* p. 156.

تطور و تکامل یابد. شایان ذکر است که در کشور آلمان گروهی از فیلسوفان، مورخان، الهی‌دانان و حقوقدانان در جمع مشاوران رسمی حکومت در این زمینه انتخاب و به همکاری دعوت شده‌اند.^۱ به دیگر سخن، کرونا یک واقعیت چندسطحی طبیعی، زیستی، فردی و اجتماعی است که مدیریت این واقعیت چندلایه نیازمند مشارکت همه تخصص‌های مربوط به این علل است.^۲ افزون بر این، برخی به‌درستی بر لزوم گفتگو و مباحثه عمومی در این باره تأکید کرده‌اند تا به سبب شکل‌گیری «جریان آزاد اطلاعات»، در دسترس قرار گرفتن «داده‌های قابل اعتماد» و ایجاد شرایط «پاسخگویی» بر قوت و استحکام چنین برنامه‌هایی افزوده شود. ایشان به این ادعای آمارتیا سن، اقتصاددان و فیلسوف هندی‌الاصول معاصر، ارجاع می‌دهند که در هیچ دموکراسی‌ای قحطی اتفاق نیفتاده است.^۳ در هر حال، در چنین وضعیت‌هایی، «رویکرد نظام‌مدار» باید جایگزین «رویکرد بیماری‌محور» شود تا به‌کارگیری منابع پیشاپیش کمیاب نتیجه‌ای مؤثر در پی آورد.^۴

سوم، نظریه‌پردازی و طراحی نظام‌های کارآمد و عادلانه بومی و جهانی، به شکل متوازی، برای شکل‌دهی به نظام حقوقی سلامت عمومی در وضعیت اضطراری اجتناب‌ناپذیر است. این ضرورت در پاندمی اخیر، کووید-۱۹، آشکارا رخ نمود.^۵ در واقع، در عصر دنیای وابسته متقابل و روندهای جهانی، نظام‌های بومی ناگزیر نیازمند ارتباط و هماهنگی‌اند تا از دیدی حداقلی، زحماتی که در یک زیست‌بوم انجام می‌شود، در تضاد با اقدامات و جریان‌های ناشی از اقداماتی متفاوت در زیست‌بومی دیگر به هدر نروند و از نگاهی حداکثری، در کوتاه‌ترین زمان و به بهترین روش بیماری را مهار و مداوا کنند.

1. Ibid. pp. 156-157.

۲. برای نمونه، نک. عظیمی، رضا، از واقعیت تا برساخت اجتماعی: نگاهی به کرونا و پیامدهای آن بر نظام سلامت، پیشین.

3. Levine. P. "Why protect civil liberties during a pandemic?" Op. Cit. pp. 156-157.

4. OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), "Strengthening health systems during a pandemic: The role of development finance" Op. Cit. p. 15.

5. See, for example, Gray. J. "Why this crisis is a turning point in history" *New Statesman*, available on <https://www.newstatesman.com/international/2020/04/why-crisis-turning-point-history>.

چهارم، نظام الگوریتمی پیش گفته بی گمان مقتضای عقل ابزاری و عدالت است، اما همه احکام و دستورات ناشی از آن منطبق با اخلاق نیستند؛ آنها اخلاقاً بی طرفانه^۱ برای نمونه، در نظام الگوریتمی حقوق سلامت عمومی احتمالاً قربانی شدن برخی جان‌های ذاتاً ارزشمند ناگزیر پذیرفته می‌شود (به منزله گزینه شر کمتر در مقایسه با موقعیت بروز شر بیشتر) و در مقابل، بسیاری از آن‌ها حفظ و نیز نظام‌های حیات جمعی در تعادل و توازن با یکدیگر قرار خواهند گرفت. از دیگر سو، اساساً نظام سلامت عمومی و به تبع نظام حقوقی مربوط ناگزیر است در جامعه متکثر اخلاقی، در نتیجه متکثر ارزشی، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و عمل کند؛^۲ از این رو، منطقاً نمی‌تواند و نباید بر محتوای یکی از اجزای این واقعیت تکیه بنا شود. در غیر این صورت، در عمل نیز ناموفق خواهد بود.

۱. برای تفکیک میان امر عادلانه و امر اخلاقی، نک. راسخ و همکاران، **امر اخلاقی و حق**، مجله تحقیقات حقوقی دانشگاه شهید بهشتی، شماره ۸۷، صص ۴۸-۱۹.

2. Reid, L. "Triage of critical care resources in COVID-19: a stronger role for justice" Op. Cit. pp. 526-528.

سخن آخر

شاید نقش و اهمیت فرد در مجموعه توضیحات و تحلیل بالا کم‌رنگ بنماید، آیا این امر بدان معناست که در وضعیت‌های اضطراری کیان جمع اهمیتی بیش از گوهر فرد می‌یابد؟ به این پرسش که تقریباً در همه مباحث نظری درباره سلامت عمومی به میان می‌آید و یکی از چالش‌های مهم اخلاق زیستی معاصر را تشکیل می‌دهد،^۱ نمی‌توان پاسخی مثبت داد. مسئله به تعارض میان فرد و جمع یا اولویت دادن به یکی از آنها باز نمی‌گردد. در واقع، وضعیت‌های اضطراری، طبیعی یا غیرطبیعی، آدمیان را در «شرایط بقا» قرار می‌دهند. البته، بقا در اینجا به معنای «بقای مدنی» است. توضیح آنکه، در مسیر تکامل فردی و جمعی انسان‌ها، «حیات طبیعی» ایشان به «حیات مدنی» تطور کرد و بدین سبب، آنان محدودیت‌هایی را پذیرفتند تا در وضعیت مدنی در شرایطی بهتر بزیزند. چنین شرایط بهتری بوده است که اساساً مجال تعارض میان فرد و جمع را ایجاد کرده است. از میان رفتن آن شرایط، زمینه حیات متمدنانه همگان را به خطر می‌اندازد. بلی، اگر نتوان وضعیت اضطراری را مهار و رفع کرد، ممکن است افرادی نجات یابند، اما بسیار نامحتمل است که اساساً حیاتی مدنی برایشان باقی بماند و کیفیت زندگی آنان در سطح انسان متمدن باشد.

در نتیجه، نظام حقوقی سلامت عمومی در وضعیت اضطراری در واقع برای برپاماندن سلامت در شرایط زیست مدنی باید بکوشد. نظام‌های تأمین‌کننده «نان» و فراهم کردن سلامت «جان» و «روان» ناگزیر باید با هم حفظ بشوند. در غیر این صورت، بقای «حیات مدنی»، مهم‌ترین دستاورد تاریخی بشر، ناممکن خواهد شد. از لحاظ رتبی، چنان‌که آمد، فراهم آمدن شرایط زیست مدنی زمینه حمایت از گوهر فرد و کیان جمع را به وجود خواهد آورد. در این شرایط است که آدمی اساساً امکان زیست اجتماعی می‌یابد تا سپس در آن نوع زندگی ابعاد فردی و جمعی خود را به رسمیت بشناسد و میان آنها توازن ایجاد کند.^۲

بدین‌سان، وضعیت اضطراری وضعیت تزاخم میان حق‌های فردی یا تزاخم میان ادعاهای فردی و منافع جمعی نیست. وضعیت اضطراری «شرایط نبرد برای عدم بازگشت به وضعیت طبیعی» است. نظام «حقوق سلامت عمومی» نیز باید پژواک این نبرد باشد تا با پیروزی در این نبرد، اساساً چارچوب حمایت از فرد و جامعه امکان «پابرجا ماندن با هم» را بیابند.

1. See, for instance, Jennings. B. "Community in Public Health Ethics" in R.E. Ashcroft *et al.* (eds.), *Principles of Health Care Ethics*, 2nd ed. England: John Wiley & Sons Ltd. 2007: 543; and Battin, M.P. *et al.* "The Patient as Victim and Vector: Bioethics and the Challenge of Infectious Diseases" in R.E. Ashcroft *et al.* (eds.), *Principles of Health Care Ethics*, 2nd ed. England: John Wiley & Sons Ltd. 2007, pp 623-630.

۲. طرفه آنکه، برخی نویسندگان در بحث از حق به اهمیت سه گانه «حق، حکومت و جامعه» اعتراف کرده یا آنکه بقای انسان را واجد تقدم رتبی بر حق او دانسته‌اند: به ترتیب، نک.

Matose, T. and Lanphier, E. "Rights Don't Stand Alone: Responsibility for Rights in a Pandemic" *The American Journal of Bioethics*. 20(7), 2020: 170; and Chia, and Oyeniran, "Human Health Versus Human Rights: An Emerging Ethical Dilemma Arising From Coronavirus Disease Pandemic" *Op. Cit.* p. 3.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

کتاب

۱. راسخ، محمد، **نظریه حق**، در حق و مصلحت: مقالاتی در فلسفه حق و فلسفه ارزش، جلد ۲، تهران: نشر نی، ۱۳۹۲، صص ۲۹۹-۳۱۶.

مقاله

۲. ابدی، سعیدرضا، **کرونا و کارتابع**، مجله تحقیقات حقوقی دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۹۹، شماره ۹۰، صص ۲۱۴-۱۹۹.
۳. باستین، سمیه، محبوبه وحیدی فرد، امیرحسین بهادینود چگینی و بیرانوند، حسن، **کووید-۱۹ و پیامدهای روان‌شناختی آن**، رویش روان‌شناسی، ۱۳۹۹، سال ۹، شماره ۷، صص ۳۵-۴۴.
۴. جعفری، علی اکبر و نسرین فروغی، **بررسی و تحلیل پراکندگی بیماری‌های وبا و طاعون در ایران و تأثیر آنها در گسترش بحران‌های اجتماعی ۱۲۶۴-۱۲۱۰ ه.ق.**، دوفصلنامه علمی-پژوهشی تاریخ‌نامه ایران بعد از اسلام، پاییز و زمستان ۹۴، شماره ۱۱، صص ۷۱-۱۰۰.
۵. خسروی، حسن، **حمایت از حقوق انسانی افراد در برابر کووید ۱۹ (کروناویروس) در پرتو فلسفه اخلاق وظیفه‌گرایی کانت**، پژوهش‌های فلسفی، ۱۳۹۹، سال ۱۴، شماره ۳۱، صص ۲۱۹-۱۹۹.
۶. دلاور، علی و لیلا شکوهی امیرآبادی، **بررسی وضعیت شادکامی و رضایت از زندگی دانشجویی در زمان بحران کرونا ویروس جدید (کووید ۱۹)**، ۱۳۹۹، فصلنامه روانشناسی تربیتی، سال ۱۶، شماره ۵۶، صص ۲۴-۱.
۷. راسخ، محمد و مهناز بیات کمیتکی، **مفهوم مصلحت عمومی**، فصلنامه تحقیقات حقوقی، زمستان ۱۳۹۰، شماره ۵۶، صص ۹۳-۱۱۹.
۸. راسخ و همکاران، **امر اخلاقی و حق**، مجله تحقیقات حقوقی دانشگاه شهید بهشتی، شماره ۸۷، صص ۴۸-۱۹.

۹. رحمتی نژاد، پروین، مجید یزدی، زهره خسروی و فاطمه شاهی صدرآبادی، **تجربه زیسته بیماران به کروناویروس (کووید ۱۹): یک مطالعه پدیدارشناختی**، فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۱۳۹۹، شماره ۴۱، صص ۷۱-۸۶.
۱۰. سرآبادانی تفرشی، حسین، نان، کار، کرونا، تولید هزار، تأملات رشد، ۱۳۹۹، شماره ۶، صص ۱۵۰-۱۶۳.
۱۱. عظیمی، رضا، **از واقعیت تا برساخت اجتماعی: نگاهی به کرونا و پیامدهای آن بر نظام سلامت**، فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۱۳۹۹، شماره ۴۱، صص ۱۳۱-۱۴۲.
۱۲. غیاثوند، احمد، **سازوکار اعتماد مردم به عملکرد دولت در شرایط شیوع کرونا**، فصلنامه دولت پژوهی، تابستان ۹۹، شماره ۲۲، صص ۱۴-۳۱.

(ب) منابع انگلیسی

Articles

13. Allen. M.B. and Mirsaiedi. M. "Health and Economy in COVID-19 Era: A Plan for Reconstituting Long-Term Economic Security", *Frontiers in Public Health* 8(235), 2020, pp 1-3.
14. Anderson. C.A. "A Pandemic Meets a Housing Crisis" in S. Burris *et al.* (eds.), *Assessing Legal Responses to Covid-19* (2021) Boston: Public Health Law Watch, available at: https://static1.squarespace.com/static/5956e16e6b8f5b8c45f1c216/t/5f36c0702e9042616f13505c/1597423914220/COVID19PolicyPlaybook_Aug2020.pdf?blm_aid=5320659 (accessed on 10 March 2021), pp. 187-192.
15. APM Research Lab Staff. "The Color of Coronavirus: Covid-19 Deaths by Race and Ethnicity in the U.S.". *APM Research Lab* (2021) available on <https://www.apmresearchlab.org/covid/deaths-by-race> (accessed on 14 March 2021).
16. Battin, M.P. *et al.* "The Patient as Victim and Vector: Bioethics and the Challenge of Infectious Diseases" in R.E. Ashcroft *et al.* (eds.), *Principles of Health Care Ethics*, 2nd ed. England: John Wiley & Sons Ltd. 2007, pp 623-630.
17. Begun, J.W. and Jiang, H.J. "Health Care Management During Covid-19: Insights from Complexity Science", *NEJAM Catalyst Innovations in Care Delivery* 6, 2020, pp 1-12.

18. Benzell *et al.* "Can Health Information Technology Save Lives During a Pandemic?" 2021: 45 available at <https://ssrn.com/abstract=3740718> (accessed on 31 March 2021).
19. Beauchamp. D.E. "Public Health: Philosophy" in G.P. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd ed. USA: Macmillan, 2004, pp 2210-2214.
20. Chia, T. O. and Oyeniran. I. "Human Health Versus Human Rights: An Emerging Ethical Dilemma Arising From Coronavirus Disease Pandemic" *Ethics Medicine and Public Health*. 14, 2020, pp 1-4.
21. Chua. A.Q. *et al.*. "Health system resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from Singapore" *BMJ Global Health*. 5, 2020, pp 1-8.
22. DeBruin, D., Liaschenko, J. and Marchall, M.F. "Social Justice in Pandemic Preparedness" *American Journal of Public Health*. 102(4), 2012, pp 586-91.
23. Ehni. H.J. Wiesing. U. and Ranisch. R. "Saving the most lives – A comparison of European triage guidelines in the context of the COVID-19 pandemic" *Bioethics*. 35(2), 2021, pp 131-132.
24. Emanuel, E. And Wertheimer, A. "Who Should Get Influenza Vaccine When Not All Can?" *Science*, 2006, pp 854-855.
25. Emanuel. E.J. *et al.* "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19" *The New England Journal of Medicine*. 382(21), 2020, pp 2049-2055.
26. Emanuel *et al.*. "An Ethical Framework for Global Vaccine Allocation" *Science*. 369(6509), 2020, pp 1309-1312.
27. Fairchild, A., Gostin, L. and Bayer, R. "Vexing, Veiled, and Inequitable: Social Distancing and the "Rights" Divide in the Age of COVID-19", *The American Journal of Bioethics* 20(7), 2020, pp 55-61.
28. Fisher, O.M. *et al.* "Distributive justice during the coronavirus disease 2019 pandemic in Australia", *ANZ Journal of Surgery* 90(6), 2020, pp 961-962.
29. Gable, L. "Allocation of Scarce Medical Resources and Crisis Standards of Care" in S. Burris, S. de Guia, D.E. Levin, W.E. Parmet and N.P. Terry (eds.), *Assessing Legal Responses to Covid-19*, Public Health Law Watch, 2020, pp 177-182.
30. Gray. J. "Why this crisis is a turning point in history" *New Statesman*, available on <https://www.newstatesman.com/international/2020/04/why-crisis-turning-point-history> (accessed on 5 April 2020).
31. Giubilini, A., Savulescu, J. and Silkinson, D. "Queue questions: Ethics of COVID-19 vaccine prioritization", *Bioethics* 35(4), 2021, pp 1-8.

32. Hedden. B. "On statistical criteria of algorithmic fairness" *Philosophy & Public Affairs*, 49(2), 2021, pp 209-231.
33. Jennings. B. "Community in Public Health Ethics" in R.E. Ashcroft *et al.* (eds.), *Principles of Health Care Ethics*, 2nd ed. England: John Wiley & Sons Ltd. 2007, pp 543-548.
34. Kringos. D. et al. "Managing COVID-19 within and across health systems: why we need performance intelligence to coordinate a global response" *Health Research Policy and Systems* 18(80), 2020, pp 1-8.
35. Levine. P. "Why protect civil liberties during a pandemic?" *Journal of Public Health Policy*. 42(1), 2021, pp 154-159.
36. Liu. Y. Salwi. S. and Drolet. B.C. "Multivalue ethical framework for fair global allocation of a COVID-19 vaccine" *Journal of Medical Ethics*. 46(1), 2020, pp 499-501.
37. Matose. T. and Lanphier. E. "Rights Don't Stand Alone: Responsibility for Rights in a Pandemic" *The American Journal of Bioethics*. 20(7), 2020, pp 169-172.

Internet sites

38. Mounk, Y. "The Extraordinary Decisions Facing Italian Doctors", *The Atlantic*, 2020, 11th March, available at: <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/who-gets-hospital-bed/607807/> (accessed on 27 March 2021).
39. National Human Rights Commission, Human Rights Advisory on Right to Mental Health in Context of Covid-19 Pandemic, National Human Rights Commission (October 2020), India, available at: <https://nhrc.nic.in/document/human-rights-advisory-right-mental-health-context-covid-19-pandemic> (accessed on 4 April 2021).
40. OECD, Strengthening health systems during a pandemic: The role of development finance, OECD (June 2020), available at: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134620-xueji119ph&title=Strengthening-health-systems-during-a%20pandemic-The-role-of-development-finance (accessed on 2 December 2020).
41. Plimmer, Gill and Clark, Pilita, Inside UK care homes: why the system fails its coronavirus test, Financial Times (April 2020), available at: <https://www.ft.com/content/86d9807e-2a47-47b2-8dff-8ab50b16e036> (accessed on 25 April 2020).
42. Reid, L. "Triage of critical care resources in COVID-19: a stronger role for justice" *Journal of Medical Ethics*. 48(8), 2020, pp 526-530.

43. Sabatello, M., Burke, T.B., McDonald, K.E. and Appelbaum, P.S. "Disability, Ethics, and Health Care in the COVID-19 Pandemic", *American Journal of Public Health* 110(10), 2020, pp 1523–1527.
44. Schmitt, N.M. and Schmitt, J. "Definition of Public Health", in Kirch W. (ed.), *Encyclopedia of Public Health*, Dordrecht: Springer, 2008.
45. Singer, Peter, and Plant, Michael, When Will the Pandemic Cure Be Worse Than the Disease? Project Syndicate: the World's Opinion Page (April 2020), available at:
<https://www.project-syndicate.org/commentary/when-will-lockdowns-be-worse-than-covid19-by-peter-singer-and-michael-plant-2020-04>
(accessed on 26 April 2020).
46. Smith. M. and Upshur. R. "Pandemic Disease, Public Health, and Ethics" in A.C. Masteroanni, J.P. Kahn and N. Kass (eds.) *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*. Oxford University Press. 2019, pp 797–811.
47. Venkataramu, V., Banerjee, D. and Tss, R. "The Silent Victims of the Pandemic: Children and Adolescents during the Covid-19", *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health* 16(3), 2020, pp 17-31.

