

## کووید-۱۹ و تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در قبال

### کنترل بیماری‌های عالمگیر<sup>۱</sup>

(مقاله علمی-پژوهشی)

علی نواری \*

#### چکیده

در تاریخ پرفرازونشیب سلامت عمومی در جهان، ظهور و باز ظهور بیماری‌های عالمگیر به‌عنوان یکی از واقعیات حیات اجتماعی به اقتضای زمینه و زمانه خود، بارها تمدن‌های بشری را آزار داده است. شیوع پرشتاب این بیماری‌ها در گستره جهانی بدون احترام به منزلت مرزهای ملی، ثمره طبیعی و نتیجه منطقی هزاران نوع همبستگی و وابستگی متقابل میان دولت‌ها و ملت‌هاست. گسترش کووید-۱۹ در ابتدای دهه سوم قرن بیست و یکم و واکنش‌های متفاوت دولت‌ها در مواجهه با انتشار این بیماری در قلمرو سرزمینی آنها، حکایت‌گر تشریحی حیرت‌انگیز برای مقابله با این ویروس سر به طغیان برداشته است. امروزه تردیدی وجود ندارد که هرگونه اقدام مؤثر برای کنترل و نابودی بیماری‌های عالمگیری همچون کووید-۱۹، با همکاری و هماهنگی بین اعضای جامعه بین‌المللی، ربط و اتصالی وثیق دارد. نظام حقوق بین‌الملل، نقش برجسته‌ای در تلاش‌های بین‌المللی برای کنترل بیماری‌های مسری و عالمگیر ایفا نموده است. اگرچه جنبه‌های متعدد و پیچیده رابطه بین نظام حقوق بین‌الملل و بیماری‌های عالمگیر، طیفی از رژیم‌های حقوقی مختلف را درگیر خود نموده است، با اندکی تأمل می‌توان تقارب و تلاقی بین الزامات آنها را احراز نمود. مقاله حاضر درصدد تدارک پاسخ به این پرسش است که نظام حقوق بین‌الملل در ارتباط با کنترل بیماری‌های عالمگیر به‌ویژه کووید-۱۹، متضمن کدام تعهدات بین‌المللی است؟ یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵ در کنار برخی قواعد موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی ۱۹۹۴، هسته اصلی تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در قبال کنترل بیماری‌های عالمگیر از جمله کووید-۱۹ را تشکیل می‌دهد، اگرچه نقایص و کاستی‌هایی نیز در این تعهدات وجود دارد.

#### کلیدواژگان:

کووید-۱۹، حقوق بین‌الملل، مقررات بهداشتی بین‌المللی، بیماری‌های عالمگیر، سازمان جهانی بهداشت.

۱. این مقاله به سفارش «مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت» نگارش یافته است.

\* استادیار، دانشکده حقوق، دانشگاه علوم قضایی.

## مقدمه

این نخستین بار در تاریخ بشر محسوب نمی‌شود که یک بیماری عالمگیر، به بحرانی گسترده برای سلامت همگانی تبدیل شده است. در اواخر سال ۱۶۵ میلادی، زمانی که مارکوس آتورلیوس بر روم حکمرانی می‌نمود، طاعون آنتونین<sup>۱</sup> از طریق بین‌النهرین در سراسر امپراتوری روم، شیوع پیدا نمود.<sup>۲</sup> از آن زمان تاکنون ظهور بیماری‌های عالمگیر، چندین بار،<sup>۳</sup> سلامت انسان‌ها را در مقیاس جهانی، تهدید نموده است.<sup>۴</sup> بیماری‌های عالمگیر نظیر کووید-۱۹، مرزهای جغرافیایی دولت‌های مختلف را درمی‌نوردند و حاکمیت دولت‌ها برای آنها مفهومی ندارد. رشد شگرف مسافرت و تردهای بین‌المللی، مهاجرت افراد، توسعه تجارت بین‌الملل در کنار تخریب محیط‌زیست، فرایندهایی هستند که بر موضوع سلامت عمومی تأثیر گذاشته و به آن جنبه فراملی داده‌اند. آثار فراملی بیماری‌های عالمگیر، منجر به جهانی‌شدن بهداشت و سلامت عمومی شده است. این تحول در حوزه بیماری‌های عالمگیر به این معناست که دولت‌ها پیوسته در معرض خطر تهدید شیوع چنین بیماری‌هایی قرار گرفته‌اند و دیگر به تنهایی و در قالب اقدامات ملی، قادر به مواجهه و کنترل آن نخواهند بود. شورای امنیت ملل متحد در ۱۸ سپتامبر ۲۰۱۴ در قطعنامه ۲۱۷۷، برای نخستین بار شیوع بیماری ابولا در آفریقا را تهدیدی علیه صلح و امنیت بین‌المللی، قلمداد نمود.<sup>۵</sup> مواد مختلف منشور ملل متحد و اعلامیه اصول حاکم بر روابط دوستانه

1. Antonine Plague.

2. Littman, R. J. and M. L. Littman, "Galen and the Antonine Plague", *American Journal of Philology*, Vol. 94, No. 3 Autumn 1973, P. 243.

۳. برخی از مهم‌ترین بیماری‌های عالمگیر که در طول تاریخ بشر می‌توان به آنها اشاره نمود، عبارت‌اند از:

Antonine Plague (165-180), Plague of Justinian (541-542), Japanese Smallpox (735-737), Black Death (1347-1351), Great Plague of London (1665), Italian Plague (1629-1631), Cholera (1817-1923), Third Plague (1885), Yellow Fever (1800's), Russian Flu (1889-1890), Spanish Flu (1918-1919), Asian Flu (1957-1958), Hong Kong Flu (1968-1970), HIV/AIDS (1981-Present), SARS (2002-2003), Swine Flu (2009-2010), Ebola (2014-2016), MERS (2015-Present), COVID-19 (2019-Present).

4. World Economic Forum, A visual history of pandemics, Available at: <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/a-visual-history-of-pandemics>, last visited: May. 4, 2020.

5. Security Council resolution 2177, S/RES/2177 (2014). "Determining that the unprecedented extent of the Ebola outbreak in Africa constitutes a threat to international peace and security".

شورای امنیت ملل متحد در قطعنامه ۱۳۰۸ مورخ ۱۷ جولای ۲۰۰۰ و قطعنامه ۱۹۸۳ مورخ ۷ ژوئن ۲۰۱۱، شیوع بیماری عالمگیر ایدز را مورد توجه قرار داد.

و همکاری میان دولت‌ها، اصل همکاری‌های بین‌الدولی را مورد تأکید قرار داده است. شیوع کووید-۱۹ در سراسر جهان، بار دیگر ضرورت همکاری‌های بین‌المللی دولت‌ها در راستای مقابله و مدیریت بیماری‌های عالمگیر آشکار نمود.

تلاش برای تنظیم رفتار دولت‌ها در مقابله با بیماری‌های مسری و عالمگیر از جمله کووید-۱۹، همواره مجادله‌برانگیز بوده است. ملاحظات تجارت بین‌المللی در مسیر اقدامات دولت‌ها برای تأسیس یک چارچوب حقوقی و پیشرفت‌های اساسی در این زمینه، تأثیر منفی داشته است. در خلال قرن نوزدهم، حقوق بین‌الملل نقش عمده‌ای در یکنواخت‌سازی مقررات متناقض ملی در خصوص قرنطینه، تسهیل تبادل اطلاعات در مورد بیماری‌های مسری، تأسیس سازمان‌های بهداشتی بین‌المللی و استانداردسازی نظارت‌های بهداشتی بین دول اروپایی، ایفا نموده است.<sup>۱</sup> شیوع یک بیماری مسری و عالمگیر به حوزه‌های متعددی از نظام حقوق بین‌الملل ارتباط پیدا می‌نماید. این نظام حقوقی نه تنها نسبت به تهدید بیماری‌ها، بی‌تفاوت، ساکت و صامت نبوده، بلکه به‌عنوان یکی از ستون‌های حفظ سلامت عمومی بین‌المللی جلوه‌گر شده است. علاوه بر حقوق بشر، اصولی از حقوق مخاصمات مسلحانه، حقوق بشردوستانه، حقوق بین‌الملل محیط‌زیست حقوق بین‌الملل اقتصادی و حقوق دریاها، بیماری‌های مسری و عالمگیر را مورد توجه قرار داده‌اند.

این مقاله به بررسی تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در راستای کنترل بیماری‌های عالمگیر نظیر کووید-۱۹، در دو رژیم حقوقی متفاوت می‌پردازد: نخست، مقررات بهداشتی بین‌المللی<sup>۲</sup> که با ایجاد ساختار گزارش‌دهی جهانی بیماری‌های مسری و تبیین حقوق و تکالیف دولت‌ها در کنترل این نوع بیماری‌ها، به‌طور مستقیم از سلامت عمومی حمایت می‌نماید؛ دوم، موافقت‌نامه‌ی اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی<sup>۳</sup> که از طریق وضع شرایطی که به‌موجب آن تجارت بین‌المللی محدود می‌گردد، به‌طور غیرمستقیم از گسترش بیماری‌های مسری، جلوگیری می‌نماید.

1. Aginam, Obijiofor, "International Law and Communicable Diseases", Bulletin of the World Health Organization, 80 (12), P. 946.

2. The International Health Regulations (IHR), WHA Res. 58.3, World Health Assembly, 58th Ass. (May 23, 2005), available at [http://www.who.int/csr/ihr/WHA58\\_3\\_-en.pdf](http://www.who.int/csr/ihr/WHA58_3_-en.pdf). last visited: May. 4, 2020.

3. The Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (SPA), Apr. 15, 1994.

سؤال اصلی نگارنده در این مقاله آن است نظام حقوق بین‌الملل در خصوص کنترل بیماری‌های عالمگیر به‌ویژه کووید-۱۹، متضمن کدام تعهدات بین‌المللی است؟ بر همین اساس در این مقاله، ابتدا منشأ ظهور و سیر تاریخی کووید-۱۹ مورد بحث قرار گرفته است؛ سپس به پیشینه کنترل بیماری‌های عالمگیر در نظام حقوق بین‌الملل پرداخته شده و در ادامه رژیم حقوقی مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵ و موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی ۱۹۹۴، به‌عنوان مهم‌ترین اسناد بین‌المللی مرتبط با کنترل بیماری‌های عالمگیر، تبیین و تشریح شده است.

### ۱. منشأ ظهور و سیر تاریخی کووید-۱۹

در ۳۱ دسامبر سال ۲۰۱۹ کمیسیون سلامت محلی ووهان<sup>۱</sup> در ایالت هوبی در چین از وجود بیماری ذات‌الریه در یک گروه ۲۷ نفره به دلایل ناشناخته گزارش داد که حال ۷ نفر از بیماران نیز وخیم اعلام شده بود. گزارش‌های مشترک از وجود ارتباط بین مبتلایان به این بیماری و حضور در بازار عمده‌فروشی غذاهای دریایی و حیوانات زنده، در ووهان حکایت داشت.<sup>۲</sup> این واقعت را کمیسیون ملی بهداشت چین در ۱۲ ژانویه در اختیار سازمان جهانی بهداشت قرار داد. بر اساس گزارش‌های کمیسیون سلامت محلی ووهان، نمونه‌های تست‌شده از بیماران علائمی نظیر تب، سرفه خشک و تنگی نفس داشتند و یافته‌های رادیولوژیکی در این بیماران حکایت از درگیر شدن هر دو ریه آنها داشت.<sup>۳</sup>

در تاریخ ۹ ژانویه سال ۲۰۲۰ مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها در چین، گزارش داد که یک ویروس کرونای جدید که منجر به بروز ذات‌الریه می‌شود، بین ۱۵ تا ۵۲ نفر کشف شده است. سه روز بعد دولت چین توالی ژنتیکی ویروس کرونای جدید را به‌صورت عمومی منتشر نمود تا در کیت‌های تشخیصی مورد استفاده قرار گیرد. برای نخستین بار گزارش‌های تأیید

1. Wuhan Municipal Health Commission.

2. Wuhan Municipal Health and Health Commission's briefing on the current pneumonia epidemic situation, Available at:

<http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2019123108989>, last visited: 30 April 2020.

3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Risk assessment: Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, Wuhan, Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-outbreak>, last visited: 30 April 2020.

شده‌ای از وجود این ویروس در سه کشور خارج از چین، شامل تایلند (نخستین مورد ابتلا به کووید-۱۹ خارج از چین در ۱۳ ژانویه در کشور تایلند گزارش شد)، ژاپن (وزارت بهداشت، کار و رفاه ژاپن در ۱۵ ژانویه نخستین مورد ابتلا به این ویروس را تأیید نمود) و کره جنوبی (در ۲۰ ژانویه نخستین مورد ابتلا به این ویروس تأیید شد) گزارش داد.<sup>۱</sup> کلیه این موارد از ووهان چین به این سه کشور انتقال یافته بود. همچنین ۶۹۶ نفر از مبتلایان به این بیماری در میان مسافران یک کشتی کروز در بندر یوکوهاما ژاپن گزارش شد.<sup>۲</sup> در تاریخ ۲۳ ژانویه ۲۰۲۰ شهر ووهان در چین به‌طور کلی قرنطینه اعلام شد و ورود و خروج به آن ممنوع گردید و هرگونه جابه‌جایی درون شهری محدود شد.

نخستین نمونه گزارش شده این بیماری در اروپا در تاریخ ۲۴ ژانویه ۲۰۲۰ در فرانسه مشاهده شد و در آلمان نخستین مورد کووید-۱۹ در ۲۸ ژانویه گزارش شد.<sup>۳</sup> در ایتالیا نیز در ۲۲ فوریه، مقامات بهداشتی این کشور نمونه‌هایی از این بیماری را در ناحیه لمباردی و مناطق دیگری نظیر ونتو و پیدمونت گزارش نمودند. سایر کشورهای اروپایی نیز به‌مرور نمونه‌هایی از این بیماری را گزارش کردند. مرکز کنترل و پیشگیری بیماری<sup>۴</sup> در ایالات متحده، نخستین مورد تأیید شده این بیماری را در ۲۰ ژانویه ۲۰۲۰ اعلام کرد.<sup>۵</sup> به‌تدریج این بیماری در اکثر کشورهای جهان شیوع پیدا نمود. سازمان جهانی بهداشت در اول ژانویه ۲۰۲۰، گروه پشتیبانی مدیریت حوادث<sup>۶</sup> را در سه سطح دفاتر مرکزی، دفاتر منطقه‌ای و کشوری تشکیل داد. مدیرکل سازمان جهانی بهداشت در ۲۳ ژانویه

1. WHO, Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report, 1-20 January 2020, Available at: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4), last visited: 30 April 2020.

2. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm: ECDC; 2020. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>, last visited: 30 April 2020.

3. France: Santé publique France, Epidémie de coronavirus Covid-19 au départ de Wuhan, Chine, Available at: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/epidemie-de-coronavirus-covid-19-au-depart-de-wuhan-chine>, last visited: 14 February 2020. Germany: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Bestätigter Coronavirus-Fall in Bayern – Infektionsschutzmaßnahmen laufen. Munich: BSfGuP, Available at: <https://www.stmgp.bayern.de/presse/bestaetigter-coronavirus-fall-in-bayern-infektionsschutzmassnahmen-laufen/> last visited: 30 April 2020.

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

5. Holshue, Michelle L. et al., "First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States", *The new england journal of medicine*, 382, 2020, P. 930, Available at: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2001191?articleTools=true>, last visited: 30 April 2020.

6. IMST (Incident Management Support Team).

جلسه کمیته اضطراری بر اساس مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵ را به‌منظور بررسی اینکه آیا شیوع این ویروس یک وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی<sup>۱</sup> را ایجاد نموده است، تشکیل داد. به دلیل فقدان اطلاعات کافی، این کمیته نتوانست به نتیجه‌ای در این زمینه دست یابد. در تاریخ ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰ در جلسه کمیته اضطراری، این اتفاق نظر حاصل شد که شیوع کووید-۱۹ یک وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی ایجاد نموده که منجر به نگرانی بین‌المللی شده است.<sup>۲</sup> این ششمین باری است که کمیته اضطراری بر اساس مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵، چنین وضعیتی را اعلام نموده است.<sup>۳</sup> در ۱۱ مارس ۲۰۲۰، مدیرکل سازمان جهانی بهداشت اعلام نمود که کووید-۱۹ به یک بیماری عالمگیر تبدیل شده است.<sup>۴</sup> تا به امروز از نقطه نظر آماری، بیشترین نمونه‌های تأیید شده بیماری در کشورهای ایالات متحده، برزیل و هند گزارش شده است.<sup>۵</sup>

## ۲. پیشینه کنترل بیماری‌های عالمگیر در نظام حقوق بین‌الملل

تا نیمه نخست قرن نوزدهم، کنترل بیماری‌های مسری و عالمگیر ماهیت ملی داشت و دولت‌ها از رهگذر قوانین داخلی نسبت به آن اقدام می‌نمودند. تحولات و پیشرفت‌های اقتصادی به‌ویژه در اروپا، به تدریج تردهای بین‌المللی را افزایش داد و این امر، بستری برای گسترش بیماری‌های مسری فراهم آورد. توسعه مسیره‌های تجاری بین اروپا و آسیا، مسیره‌های پرتراکیکی ایجاد نمود که گسترش بسیاری از بیماری‌ها را تسهیل می‌نمود.<sup>۶</sup> در چنین شرایطی، بیماری‌هایی نظیر

1. Public Health Emergency of International Concern (PHEIC).

2. WHO Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005), Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV), Geneva, Available at: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)), last visited: 2 May 2020.

۳. موارد قبلی اعلام وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی، عبارت بودند از:

1-2009 swine flu declaration, 2- 2014 polio declaration, 3- 2014 Ebola declaration, 4- 2016 Zika virus declaration, 5- 2018-20 Kivu Ebola declaration.

4. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, 11 March 2020, Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>, last visited: 2 May 2020. "We have therefore made the assessment that COVID-19 can be characterized as a pandemic".

سازمان جهانی بهداشت گسترش جهانی یک بیماری جدید را به‌عنوان عالمگیر بودن آن، تعریف نموده است.

5. WHO, Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports, Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>, last visited: 18 May 2020.

6. Carvalho, Simon and Mark Zacher, "The International Health Regulations in Historical Perspective", in *Plagues and Politics: Infectious Disease and International Policy*, Edited by Andrew T. Price-Smith, New York, Palgrave Macmillan, 2001, P. 236.

طاعون، وبا و تب زرد به‌سرعت در خاورمیانه، اروپا، آفریقا و آمریکای لاتین شیوع یافت و دولت‌ها اقداماتی را به‌منظور کنترل این بیماری‌ها اتخاذ نمودند. دولت‌ها به‌سرعت متوجه شدند که نیازمند یکنواخت‌سازی و هماهنگی بین اقدامات کنترلی در زمینه بیماری‌های مسری و عالمگیر هستند. تا نیمه دوم قرن نوزدهم، موضوع بیماری‌های مسری و عالمگیر وارد قلمروهای هنجاری نظام حقوق بین‌الملل نشده بود. شیوع وبا در اروپا در سال ۱۸۳۰ و ۱۸۴۷ و فراملی شدن بیماری‌های مسری ماورای مرزهای جغرافیایی، فرایند تحول در نخستین نظارت‌های چندجانبه نسبت به بیماری‌های مسری را تسریع نمود.<sup>۱</sup> در سطح قاره اروپا، دولت‌های قدرتمند دریایی خواستار اعمال نظارت‌های بین‌المللی نسبت به اقدامات اتخاذشده توسط مقامات بندری شدند. در ۲۳ جولای سال ۱۸۵۱ دولت فرانسه نخستین کنفرانس بین‌المللی بهداشت محیط را با همراهی ۱۱ دولت اروپایی دیگر، برگزار نمود. در این کنفرانس دو رویکرد متضاد در مقابل هم قرار گرفت. بریتانیا و برخی دیگر از دولت‌ها مخالف اتخاذ اقدامات قرنطینه‌ای بودند؛ درحالی‌که دولت‌هایی نظیر یونان خواستار اعمال نظارت‌های بهداشتی نسبت به کشتی‌ها و مسافران آنها بودند.<sup>۲</sup> تا انتهای قرن نوزدهم، ۱۰ کنفرانس بین‌المللی بهداشتی دیگر<sup>۳</sup> نیز برگزار شد. کنوانسیون‌های

1. Aginam, Obijiofor, Op. Cit, P. 946.

۲. تا قبل از اثبات نظریه میکروبی بیماری‌ها (The Germ theory of disease) توسط لویی پاستور فرانسوی و روبرت کخ آلمانی، یک مجادله علمی عمیق بین دانشمندان دولت‌های مختلف در مورد امکان انتقال بیماری‌ها وجود داشت. طرفداران مسری بودن بیماری‌های ویروسی معتقد بودند که امکان انتقال این بیماری‌ها از انسانی به انسان دیگر وجود دارد و به‌منظور قطع نمودن زنجیره انتقال بیماری باید اقدامات قرنطینه‌ای انجام پذیرد. مخالفان مسری بودن بیماری‌های ویروسی که در رأس آن دولت بریتانیا قرار داشت، معتقد بودند چنین بیماری‌هایی در نتیجه شرایط محلی آب و هوایی ایجاد می‌شود و نمی‌تواند از خارج از کشور وارد شود، بنابراین، اقدامات قرنطینه‌ای مفید و سودمند نمی‌باشند.

Fidler, David, P. *International Law and Infectious Diseases*, Oxford, Clarendon Press, 1999, PP.35-42.

۳. دومین کنفرانس بین‌المللی بهداشتی در سال ۱۸۵۹ در پاریس برگزار شد؛ سومین کنفرانس بین‌المللی بهداشتی در سال ۱۸۶۶ در قسطنطنیه و در واکنش به چهارمین دوره شیوع وبا برگزار گردید؛ چهارمین کنفرانس بین‌المللی بهداشتی به ابتکار روسیه در سال ۱۸۷۴ در وین برگزار گردید؛ پنجمین کنفرانس بین‌المللی بهداشتی در سال ۱۸۸۱ در واشنگتن برگزار شد؛ ششمین کنفرانس بین‌المللی بهداشتی در سال ۱۸۸۵ در روم برگزار گردید؛ هفتمین کنفرانس بین‌المللی بهداشتی در سال ۱۸۹۲ در ونیز برگزار گردید؛ هشتمین کنفرانس بین‌المللی بهداشتی به درخواست آلمان در سال ۱۸۹۳ در درسدن برگزار شد؛ نهمین کنفرانس بین‌المللی بهداشتی در سال ۱۸۹۴ در پاریس برگزار گردید و آخرین کنفرانس بین‌المللی بهداشتی قرن نوزدهم در پی شیوع طاعون در بمبئی در سال ۱۸۹۷ و در ونیز برگزار گردید.

Jones, Norman Howard, *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*, Geneva, World Health Organization, 1975, PP.12-80.

بهداشتی متعددی در خصوص گسترش فرامرزی بیماری‌های مسری بین دولت‌های اروپایی در این کنفرانس‌ها مورد مذاکره قرار گرفت؛ اگرچه بسیاری از کنوانسیون‌ها توسط دولت‌ها تصویب نشد. نخستین کنوانسیون بین‌المللی بهداشتی پس از گذشت ۴۱ سال و برگزاری ۷ کنفرانس، در سال ۱۸۹۲ با تمرکز بر قرنطینه برای بیماری وبا تدوین شد. در سال‌های ۱۸۹۳، ۱۸۹۴ و ۱۸۹۷ نیز کنوانسیون‌های دیگری درباره بیماری‌های مسری به تصویب رسید. گام‌های آهسته دولت‌ها برای همکاری بین‌المللی در حوزه سلامت عمومی در دهه نخست قرن بیستم، با سرعت بیشتری ادامه پیدا کرد. در سال ۱۹۰۲، دفتر بین‌المللی بهداشتی دول آمریکایی<sup>۱</sup> تأسیس گردید. شیوع طاعون در نایروبی و وبا در فیلیپین که منجر به کشته شدن تعداد زیادی از انسان‌ها گردید، لزوم تقویت قواعد بین‌المللی موجود در خصوص سلامت عمومی را برای دولت‌ها مشخص نمود. نتیجه این امر تصویب کنوانسیون بین‌المللی بهداشت محیط<sup>۲</sup> ۱۹۰۳ پاریس بود که مفاد معاهدات قرن نوزدهم را مورد بازبینی قرار داده بود و یک پیشرفت بزرگ در زمینه کنترل بیماری‌های مسری قلمداد می‌شد. البته تأسیس دفتر بین‌المللی بهداشت عمومی<sup>۳</sup> در پاریس در سال ۱۹۰۷ نیز اقدام مهمی در ابتدای قرن بیستم تلقی می‌شود.

کنوانسیون ۱۹۰۳، عناصر اساسی مقررات بهداشتی بین‌المللی معاصر را مقرر نمود. این کنوانسیون تنها دو بیماری طاعون و وبا را تحت پوشش قرار می‌داد و عمده مقررات آن مربوط به جلوگیری از شیوع بیماری از آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین، در اروپا بود. بر اساس این کنوانسیون، از مقامات بهداشتی خواسته شده بود تا هرگونه شیوع این بیماری‌ها را به یکدیگر گزارش نمایند و اقداماتی را به منظور مبارزه با این بیماری‌ها اتخاذ نمایند (مواد ۱ الی ۱۰ کنوانسیون). تعهد دیگر شامل بازرسی کشتی‌ها و اقدامات جداسازی در بنادر و مرزها به مدت ۵ تا ۱۰ روز، ضدعفونی، گندزدایی، دفع و بیرون ریختن فاضلاب بود (مواد ۳۷ الی ۴۵ کنوانسیون). علاوه بر این، کشتی‌هایی که از مراجعه به بازرسی‌ها امتناع می‌ورزیدند، مجاز به ترک بنادر بودند و کشتی‌هایی که قبلاً در بنادر دیگر بازرسی شده بودند، از بازرسی در بنادر دیگر معاف بودند؛ مشروط بر اینکه در یک منطقه آلوده متوقف نشده باشند (مواد ۲۹ الی ۳۶ کنوانسیون). این مقررات در کنفرانسی که در سال ۱۹۱۱ در پاریس و با حضور دولت‌های آمریکای لاتین برگزار شد، مورد بازبینی قرار

1. The International Bureau of the American Republics.  
2. International Sanitary Convention of Paris, 1903.  
3. Office International d'Hygiène Publique (OIHP).



گرفت و کنوانسیون دیگری<sup>۱</sup> جایگزین آن گردید. شیوع تب زرد در این دوران سبب شد که دولت‌ها این بیماری را به کنوانسیون مذکور اضافه نمایند. در این کنوانسیون از دولت‌ها خواسته شده بود تا گزارش‌های هفتگی در خصوص پیشرفت بیماری‌ها را ارائه نمایند و همچنین اطلاعات مربوط به اقدامات اتخاذ شده برای مبارزه با بیماری‌ها را به اشتراک بگذارند. علاوه بر این، در ماده ۱۰ این کنوانسیون نه تنها بنادر مبدأ، بلکه بنادر مقصد کشتی‌ها باید اقدامات پیشگیرانه‌ای در مورد بیماری‌ها اتخاذ می‌نمودند. در سال ۱۹۲۶ و به دنبال شیوع تیفوس و آبله، کنفرانس بین‌المللی بهداشتی با اضافه نمودن این بیماری‌ها به این کنوانسیون، سند دیگری را تصویب نمود.<sup>۲</sup> در این کنوانسیون، یک گام اساسی در زمینه توسعه و به اشتراک‌گذاری اطلاعات برداشته شد و از دولت‌ها خواسته شده بود تا موارد شیوع بیماری‌ها را به دفتر بین‌المللی بهداشت عمومی در پاریس گزارش نمایند و این دفتر نیز اطلاعات مذکور را به دول عضو، اطلاع‌رسانی نماید. این سند زمینه را برای تصویب کنوانسیون بین‌المللی بهداشتی برای ناوبری هوایی<sup>۳</sup> در سال ۱۹۳۳ فراهم نمود.

در سطح قاره آمریکا، در سال ۱۹۱۴، آرژانتین، برزیل، پاراگوئه و اروگوئه یک کنوانسیون بین‌المللی بهداشت محیط تصویب نمودند. در سال ۱۹۲۴، کنفرانس پان امریکن بهداشت محیط در واشنگتن کد بهداشت محیط پان امریکن را تصویب نمود و ۳ سال بعد پروتکل الحاقی به این کد به تصویب رسید. این اسناد تعهد به گزارش‌دهی توسط دولت‌های عضو را برای وبا، طاعون و تب زرد، وضع نمود و همچنین مقرر کرده بود که دولت‌های عضو هر دو هفته یکبار، وجود ده نوع بیماری را گزارش نمایند. در سال ۱۹۲۸، کنوانسیون بهداشت محیط پان امریکن برای ناوبری هوایی تصویب شد.<sup>۴</sup>

علی‌رغم فراوانی معاهدات منعقد شده از سوی دولت‌ها در خصوص کنترل بیماری‌های مسری و عالمگیر، قواعد حقوق بین‌الملل حاکم بر این موضوع تا پایان جنگ جهانی دوم دچار نوعی سرگردانی است و چندان رضایت‌بخش محسوب نمی‌شود. با تأسیس سازمان ملل متحد،

1. International Sanitary Convention of Paris, 1911-1912.

2. International Sanitary Convention, 1926.

3. International Sanitary Convention for Aerial Navigation, 1933.

4. Fidler, David, P., "Public Health and International Law: The Impact of Infectious Diseases on the Formation of International Legal Regimes", 1800-2000, in *Plagues and Politics: Infectious Disease and International Policy*, Edited by Andrew T. Price-Smith, New York, Palgrave Macmillan, 2001, PP. 266-267.

همکاری بین‌المللی دولت‌ها در زمینه بهداشت عمومی به‌عنوان یک هدف مهم از سوی دولت‌ها تعقیب شد. سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان یک سازمان تخصصی وابسته به ملل متحد عهده‌دار تلاش برای یکنواخت‌سازی قواعد بین‌المللی حاکم بر کنترل بیماری‌های مسری و عالمگیر گردید. ماده ۲۱ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، به مجمع عمومی این سازمان، اختیار تدوین مقررات درباره هرگونه اقدام مربوط به سلامت و قرنطینه یا هر عملی را که مانع از سرایت امراض از کشوری به کشور دیگر می‌شود، اعطا نموده است. مقررات بین‌المللی بهداشت محیط ۱۹۵۱ و اصلاحات بعدی آن که منجر به تصویب مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵ گردید، در چارچوب همین اختیار تدوین شده است. علاوه بر این، ماده ۱۹ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت به مجمع عمومی اختیار تصویب کنوانسیون‌ها و موافقت‌نامه‌هایی درباره هر موضوعی که در صلاحیت این سازمان باشد، اعطا نموده است.

### ۳. رژیم حقوقی مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵

مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵، مهم‌ترین چارچوب حقوقی بین‌المللی برای کنترل و مقابله با بیماری‌های مسری و عالمگیر است. این سند، مجموعه‌ای از مقررات الزام‌آور حقوقی است که یک سازوکار تنظیمی چندجانبه را تأسیس نموده است. بر اساس ماده ۲۲ اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، مقرراتی که در اجرای ماده ۲۱ تصویب شده‌اند، پس‌ازآنکه موضوع تصویب آنها از طرف مجمع بهداشت به اطلاع اعضا رسید، برای کلیه دول عضو لازم‌الاجرا خواهد بود؛ مگر در مورد اعضای که در مهلت مقرر، عدم اجرا یا شروطی را نسبت به آن به مدیرکل سازمان جهانی بهداشت اعلام نمایند. از ۱۶ آوریل ۲۰۱۳، تعداد دولت‌های عضو این مقررات به ۱۹۶ دولت رسیده است و دولت جمهوری اسلامی ایران نیز در زمره دول عضو این سند بین‌المللی می‌باشد.<sup>۱</sup> در این قسمت به بررسی سیر تکاملی مقررات بهداشتی بین‌المللی قبل از سال ۲۰۰۵، تدوین مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵ و تعهدات بین‌المللی دولت‌ها بر اساس این مقررات می‌پردازیم.

1. States Parties to the International Health Regulations (2005), Available at: [https://www.who.int/ihr/legal\\_issues/states\\_parties/en/](https://www.who.int/ihr/legal_issues/states_parties/en/), last visited: 7 May 2020.

### ۳.۱. سیر تکاملی مقررات بهداشتی بین‌المللی قبل از سال ۲۰۰۵

نخستین بار، مقررات بین‌المللی بهداشت محیط<sup>۱</sup> توسط چهارمین مجمع سازمان جهانی بهداشت در ۲۵ می سال ۱۹۵۱ تصویب شد. هدف این مقررات حفاظت دولت‌ها در برابر گسترش بین‌المللی بیماری‌های مسری بود؛ به‌گونه‌ای که مداخله حدقلی در مسافرت و تجارت بین‌المللی اتفاق بیفتد. این سند تنها مقررات بین‌المللی بود که بیماری‌های مسری را پوشش می‌داد و تنها شش بیماری وبا، طاعون، تب زرد، تیفوس، آبله و تب راجعه را دربرمی‌گرفت. سه تعهد اولیه بر اساس مقررات بین‌المللی بهداشت محیط سال ۱۹۵۱ عبارت بودند از: گزارش‌دهی، رعایت بهداشت در تردها و گواهی واکسیناسیون.<sup>۲</sup> مقررات ۱۹۵۱ اصول و شیوه‌های نظارت و گزارش‌دهی را پیچیده‌تر و متکامل‌تر نمود. بر اساس این مقررات، از مقامات بهداشتی خواسته شده بود که شیوع بیماری‌ها را به‌وسیله تست‌های آزمایشگاهی تأیید نمایند و گزارش چنین شیوع‌هایی را به کمیته قرنطینه بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت ارسال نمایند. علاوه براین، دولت‌های عضو متعهد بودند که درباره واکسیناسیون و اقدامات اتخاذشده نسبت به شیوع بیماری‌ها، گزارش‌های سالانه ارائه نمایند (مواد ۶ و ۸ الی ۱۳ مقررات بین‌المللی بهداشت محیط ۱۹۵۱). در مقررات ۱۹۵۱ از مقامات بندری درخواست شده بود تا اقداماتی برای کاهش شمار موش‌های صحرائی در بنادر اتخاذ نمایند و مسافرانی را که از مناطق آلوده به طاعون آمده بودند، به مدت شش روز از سایر مسافران جداسازی کنند (مواد ۱۶ و ۵۴). نسبت به افرادی که از حصبه و تب راجعه رنج می‌بردند، اقدامات جدیدی در مواد ۹۰ تا ۹۴ مقررات پیش‌بینی شده بود و بر اساس ماده ۷۲ واکسیناسیون تب زرد اهمیت بیشتری پیدا کرد. بر اساس ماده ۳۰ مقررات، دولت‌های عضو می‌توانستند از مسافرت افراد بیمار و مظنون به بیماری، جلوگیری کنند. علاوه براین، بر اساس ماده ۲۳ مقررات، اقدامات پیش‌بینی‌شده در این مقررات، حداکثر اقدامات قابل‌اجرا نسبت به تردهای بین‌المللی بود و در نتیجه دول عضو نمی‌توانستند شرایط محدودتری را وضع نمایند. سازمان جهانی بهداشت هیچ‌گونه امکانات اجرایی درباره مقررات بین‌المللی بهداشت محیط نداشت و در نتیجه دولت‌ها تا حد زیادی رعایت تعهد به گزارش دهی بیماری‌ها را

1. The International Sanitary Regulations (ISR).

2. Gostin, Lawrence O., "International Infectious Disease Law: Revision of the World Health Organization's International Health Regulations", *Journal of the American Medical Association*, Vol.291, PP. 2623-2624.

نادیده می‌گرفتند. دولت‌های با وضعیت اقتصادی ضعیف، منابع لازم برای گزارش‌دهی را در اختیار نداشتند و دولت‌های ثروتمند نیز به‌منظور جلوگیری از خسارت به تجارت و گردشگری انگیزه‌ای برای گزارش‌دهی نداشتند.<sup>۱</sup>

مقررات بهداشتی بین‌المللی نخستین بار توسط مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۶۹ تصویب گردید.<sup>۲</sup> مقررات ۱۹۶۹ در ابتدا شش بیماری را شامل می‌شد (وبا، تب زرد، طاعون، تیفوس، تب راجعه و آبله) و اولین اصلاحیه آن در سال ۱۹۷۳<sup>۳</sup> و دومین بازنگری آن در سال ۱۹۸۱ صورت گرفت.<sup>۴</sup> هدف این اصلاحات کاهش تعداد بیماری‌های تحت پوشش این مقررات از شش بیماری به سه بیماری (تب زرد، طاعون و وبا) بود. همچنین ماده ۲ مقررات ۱۹۸۱ با یک تغییر جزئی دولت‌های عضو را متعهد نمود تا ظرف مدت ۲۴ ساعت موارد شیوع بیماری در کشتی‌ها و هواپیماها را به سازمان جهانی بهداشت، گزارش نمایند.

### ۳.۲. تدوین مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵

در اواخر قرن بیستم، سازمان جهانی بهداشت به این نتیجه رسید که مقررات بهداشتی بین‌المللی موجود نمی‌تواند حداکثر حمایت موردنیاز برای مقابله با بیماری‌های مسری و عالمگیر را تأمین نماید. دولت‌ها اغلب از ایفای دو تعهد عمده بر اساس این مقررات، یعنی گزارش‌دهی بیماری‌های مسری و محدود کردن واکنش‌های خود در قبال شیوع بیماری در قلمروی سایر دولت‌ها، امتناع می‌نمودند. یک دلیل عمده برای این نافرمانی، هراس دولت‌ها از اقدامات محدودکننده سایر دولت‌ها نسبت به آنها در صورت اعلام شیوع یک بیماری مسری در قلمروی سرزمینی آنها بود. به‌عنوان نمونه، در سال ۱۹۹۷ جامعه اروپا، به دنبال شیوع وبا در شرق آفریقا، واردات ماهی تازه از کشورهای درگیر را ممنوع اعلام کرد. دلایل دیگر عدم رعایت نسبی مفاد مقررات بهداشتی بین‌المللی را می‌توان به فقدان تجربه کافی سازمان جهانی بهداشت در تأسیس و اجرای رژیم‌های حقوقی، محدود بودن این مقررات به بیماری‌های سه‌گانه و فقدان ظرفیت

1. Fidler, David, P., *International Law and Infectious Diseases*, Oxford, Clarendon Press, 1999, P.66.

2. WHO Official Records, No. 176, 1969, resolution WHA22.46 and Annex I.

3. WHO Official Records, No. 209, 1973, resolution WHA26.55.

4. Document WHA34/1981/REC/1 resolution WHA34.13; see also WHO Official Records, No. 217, 1974, resolution WHA27.45, and resolution EB67.R13, Amendment of the International Health Regulations (1969).

نظارت مرکزی در بسیاری از دول عضو، نسبت داد.<sup>۱</sup> در راستای ارتقای اثرگذاری مقررات بهداشتی بین‌المللی و در واکنش به شیوع وبا در پرو (۱۹۹۱)، طاعون در هند (۱۹۹۴) و تب خونریزی‌دهنده ابولا<sup>۲</sup> در زئیر (۱۹۹۵)، مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت تصمیم به اصلاح این مقررات گرفت. علاوه بر این، از سال ۱۹۹۵، شیوع بیماری ایدز، گسترش سلاح‌های بیولوژیک، ظهور بیماری‌های نوپدید دارای توان انتشار بین‌المللی، نظیر سارس، به‌عنوان نخستین وضعیت اضطراری بین‌المللی قرن بیست و یکم،<sup>۳</sup> افزایش تردهای بین‌المللی، مهاجرت و پناهندگی، ضرورت اصلاح این مقررات را آشکار نمود. سازمان جهانی بهداشت به این نتیجه رسید که باید یک چارچوب انعطاف‌پذیر با اهداف موسع و قلمروی وسیع‌تر تدارک ببیند که قادر به پاسخگویی در برابر بیماری‌های مسری جدید و ناشناخته نیز باشد. در این راستا، چهل و هشتمین مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت خواستار بازنگری اساسی نسخه اول این مقررات مصوب ۱۹۶۹ گردید و از مدیرکل سازمان جهانی بهداشت درخواست نمود اقدامات لازم برای این بازنگری را انجام دهد.<sup>۴</sup> مجمع عمومی در سال ۲۰۰۳ یک کارگروه بین‌الدولی را تشکیل داد تا به‌مرور پیش‌نویس تهیه‌شده بپردازد و سپس توصیه‌های خود را به مجمع ارائه کند.<sup>۵</sup> این فرایند بازنگری به‌طور عمده متمرکز بر پنج محور، امنیت سلامت جهانی شامل اعلام همه‌گیری و پاسخ‌دهی، وضعیت اضطراری بین‌المللی، اقدامات پیشگیرانه عادی، تعیین مسئول ملی مقررات و هم‌افزایی با دیگر رژیم‌های بین‌المللی بود.

در سال ۲۰۰۵، دول عضو مجمع سازمان جهانی بهداشت در اجلاس پنجاه و هشتم خود، پس از ده سال کار مستمر، ویرایش جدید مقررات بهداشتی بین‌المللی را با ۶۶ ماده در ده بخش، نه ضمیمه و دو پیوست تصویب نمودند. مجمع سازمان جهانی بهداشت در دوران جدید شیوع بیماری‌های مسری و عالمگیر، این سند را تصویب کرد. هدف و گستره این مقررات بین‌المللی، پیشگیری، محافظت، کنترل و تدارک پاسخ بهداشت عمومی در مقابل گسترش بین‌المللی بیماری‌ها به‌نحوی که متناسب و مختص خطرات بهداشت عمومی بوده و از اختلال بی‌مورد در تردد و تجارت بین‌المللی، پرهیز گردد، اعلام‌شده است (ماده ۲). نسخه‌های قبلی این سند محدود

1. Aginam, Obijiofor, Op.Cit, PP. 947-948.  
 2. Ebola hemorrhagic fever.  
 3. Resolution WHA56.29.  
 4. Resolution WHA48.7.  
 5. Resolution WHA56.28.

به بیماری‌های مشخصی بود (وبا، طاعون و تب زرد)، اما در سال‌های اخیر به دلیل نگرانی از بیماری‌های تنفسی واگیردار (آنفلوانزا) دامنه شمول این سند گسترش پیدا نمود و نسخه بازنگری شده سال ۲۰۰۵ آن شامل هر نوع بیماری می‌شود که بدون توجه به ماهیت آن اعم از بیولوژیکی، شیمیایی یا رادیواکتیو و منبع ایجاد آن اعم از انسان، حیوان، کالاها، آب و غذا، ناقلین و محیط‌زیست، به انسان‌ها آسیب جدی وارد می‌نماید. در این سند از مفهوم «وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی»<sup>۱</sup> استفاده شده است تا هم شامل بیماری‌های طولانی‌مدت مداوم و در حال پیشرفت، نظیر ایدز، شود و علاوه بر آن، بیماری‌های جدید با قابلیت سرایت بالا را که تاکنون شناسایی نشده است، نیز در برگیرد. براین اساس، سارس، ابولا و کووید-۱۹ به‌عنوان وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی، اعلام شدند. ساختار گزارش‌دهی نیز در مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵، از طریق تمرکز اطلاعات و مشارکت بازیگران غیردولتی، توسعه یافته است. بر اساس این مقررات، سازمان جهانی بهداشت، مرجع صلاحیت‌دار و مسئول جمع‌آوری و اقدام نسبت به منابع اطلاعاتی است. بنابراین، سازمان باید گزارش‌های مربوط به بیماری‌ها را از دول عضو دریافت کند، صحت و قابلیت اعتماد به گزارش‌ها را حفظ نماید و در صورت لزوم مدیرکل بر اساس ماده ۱۲ وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی، اعلام کند.

این مقررات در ۲۳ می ۲۰۰۵ تصویب<sup>۲</sup> و در ۱۵ ژوئن ۲۰۰۷ لازم‌الاجرا شده است. بخش بهداشتی اظهارنامه عمومی هواپیما موردبازنگری قرار گرفت و در ۱۵ جولای ۲۰۰۷ برای اجرا به کشورهای عضو ابلاغ گردید. همچنین شرایط مربوط به واکسیناسیون و یا پروفیلاکسی (داروی پیشگیری) برای بیماری‌های ویژه نیز در شصت و هفتمین جلسه مجمع سازمان جهانی بهداشت در ۲۴ می ۲۰۱۴ به تصویب رسید و از ۱۱ جولای ۲۰۱۶ برای کلیه دول عضو لازم‌الاجرا گردید. بر اساس قطعنامه صادرشده توسط مجمع سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵، در خصوص پذیرش نسخه بازنگری شده مقررات بهداشتی بین‌المللی از کشورهای متعهد مصرانه درخواست

1. Public Health Emergency of International Concern (PHEIC).

بر اساس ماده ۱ مقررات بهداشت بین‌المللی ۲۰۰۵، وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی به معنای: «یک رویداد غیرمعمول بهداشتی است که طبق این مقررات، این ویژگی به آن اطلاق شده است، به این شرح: الف) از طریق گسترش بین‌المللی بیماری، باعث بروز خطر سلامت عمومی برای سایر کشورها شود؛ ب) بالقوه نیازمند یک پاسخ هماهنگ بین‌المللی باشد».

2. Resolution WHA58.3.

می‌شود: الف) ظرفیت‌های لازم برای اجرای مقررات بهداشتی بین‌المللی را ایجاد، تقویت و حفظ نمایند و منابع لازم برای نیل به این هدف را تأمین کنند؛ ب) طبق مواد مرتبط ذکر شده در متن مقررات بهداشتی بین‌المللی به صورت فعالانه با یکدیگر و با سازمانی جهانی بهداشت همکاری نمایند تا اجرای موفق این مقررات تضمین گردد؛ پ) در صورت درخواست کشورهای در حال توسعه و کشورهای با اقتصاد در حال گذار حمایت لازم را برای ایجاد، تقویت و حفظ ظرفیت‌های بهداشتی مورد نیاز مقررات بهداشتی بین‌المللی را به عمل آورند؛ ت) همه اقدامات مناسب برای پیشبرد اهداف و در نهایت اجرای کامل مقررات بهداشتی بین‌المللی را در طی دوره پنج‌ساله از سال ۲۰۰۷ تا سال ۲۰۱۲ شامل توسعه ظرفیت‌های ضروری بهداشت عمومی و فراهم ساختن تمهیدات قانونی و اجرایی لازم به خصوص استفاده از ابزار تصمیم‌گیری ذکر شده در پیوست دو را آغاز نمایند.

### ۳.۳. تعهدات دولت‌ها بر اساس مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵

مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵، در تبیین تعهدات بین‌المللی دولت‌ها به منظور کنترل بیماری‌های مسری و عالمگیر، نوعی تعادل و موازنه بین امنیت بهداشتی، تجارت بین‌الملل و حقوق بشر ایجاد نموده است. مقررات بهداشتی بین‌المللی در زمینه اطلاعات بیماری‌های همه‌گیر و پاسخ بهداشت عمومی، اقدامات ضروری در مبادی مرزی، بنادر و فرودگاه‌ها و اقدامات بهداشتی مربوط به مسافران و وسایل نقلیه، تعهدات بین‌المللی مشخصی را برای دولت‌ها وضع نموده است. به طور ویژه در خصوص کووید-۱۹، دولتی که نقش کلیدی در آغاز و گسترش این بیماری داشته، مسئولیت بیشتری درباره ایفای تعهدات در چارچوب این مقررات دارد. در این قسمت به بررسی تعهدات بین‌المللی دولت‌ها در این سه محور می‌پردازیم.

#### ۳.۳.۱. تعهدات مرتبط با اطلاعات بیماری‌های همه‌گیر و پاسخ بهداشت عمومی

در کنترل و مقابله با بیماری‌های عالمگیر، به ویژه کووید-۱۹، وجود و تقویت زیرساخت‌ها و ظرفیت‌های ملی در کنار سازوکار گزارش‌دهی دقیق و منظم وقایع و رویدادهای مربوط به بیماری، نقشی کلیدی ایفا می‌نماید. بر این اساس، مقررات بهداشتی بین‌المللی طیفی از تعهدات مختلف در این زمینه را برای دول عضو تعیین کرده است که در این قسمت مورد اشاره قرار می‌گیرد.

### ۳.۳.۱.۱. ایجاد، تقویت و حفظ آمادگی در ظرفیت‌های ملی

در این زمینه، دول عضو متعهد شده‌اند که یک مرکز مسئول اجرای مقررات را در سطح ملی<sup>۱</sup> تعیین کنند و در حوزه تحت پوشش آن مرکز، افراد مسئولی را برای اجرای موازین بهداشتی توصیه شده طبق این مقررات منصوب نمایند و اطلاعات تماس با مسئول ملی خود را در اختیار سازمان جهانی بهداشت قرار دهند. مسئولان ملی باید در تمام زمان‌ها برای تماس با مرکز ارتباطات مقررات در سازمان در دسترس باشند و گزارش‌های فوری خود را به مرکز ارسال کنند.<sup>۲</sup> همچنین همان‌گونه که در پیوست ۱ این مقررات مشخص شده است، دولت‌های عضو باید در کوتاه‌ترین زمان ممکن (ولی نه بیش از پنج سال از لازم‌الاجرا شدن این مقررات) ظرفیت شناسایی، ارزیابی خطر، اعلام اولیه و گزارش‌دهی رویدادهای مشمول این مقررات را ایجاد، تقویت و حفظ نمایند. البته این زمان با درخواست از مدیرکل سازمان جهانی بهداشت و ارائه گزارش پیشرفت سالانه، قابل‌افزایش است.<sup>۳</sup> علاوه بر این، هر دولت عضو ملزم شده است در کوتاه‌ترین زمان ممکن (ولی نه بیش از پنج سال از لازم‌الاجرا شدن این مقررات) ظرفیت پاسخ‌دهی سریع و مؤثر به خطرات بهداشت عمومی و فوریت‌های بهداشتی بین‌الملل مندرج در پیوست ۱ را ایجاد، تقویت و حفظ نماید. البته این زمان نیز با درخواست از مدیرکل سازمان جهانی بهداشت و ارائه گزارش پیشرفت سالانه، قابل‌افزایش است.<sup>۴</sup>

### ۳.۳.۱.۲. الزامات گزارش‌دهی و تأیید رویدادها

هر دولت عضو باید رویدادهایی را که در قلمرو خود شناسایی نموده است، بر اساس ابزار تصمیم‌گیری (مندرج در پیوست ۲) مورد ارزیابی قرار دهد. کلیه رویدادهایی که بر اساس اطلاعات بهداشتی جمع‌آوری شده و ابزار تصمیم‌گیری، ممکن است یک وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی باشند و همچنین اقدامات بهداشتی انجام شده در پاسخ به آن رویداد، باید توسط مسئول ملی مقررات حداکثر طی ۲۴ ساعت، با کارآمدترین شیوه ارتباطی موجود به سازمان جهانی بهداشت اطلاع داده شوند. به دنبال اطلاعیه یک رویداد، کشور عضو باید ارتباط خود را با

1. National IHR Focal Point.

۲. بندهای ۱ و ۴ ماده ۴.

۳. ماده ۵.

۴. بند ۱ ماده ۱۳.



سازمان ادامه دهد و اطلاعات بهداشتی صحیح، با جزئیات کامل و بهنگام را گزارش نماید. این اطلاعات تا جایی که امکان دارد، شامل تعریف موارد، نتایج آزمایش گاهی، منبع و نوع خطر، تعداد موارد بیماری و مرگ، شرایط مؤثر بر گسترش بیماری و اقدامات بهداشتی انجام شده است. در صورت لزوم، مشکلات پیش‌آمده و پشتیبانی موردنیاز برای پاسخ به وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی بالقوه را نیز گزارش دهد.<sup>۱</sup> اگر یک دولت عضو شواهدی مبنی بر وقوع یک رویداد بهداشت عمومی غیرمعمول یا غیرمنتظره در قلمرو حاکمیت خود داشته باشد که ممکن است به یک فوریت بهداشتی بین‌المللی مبدل شود، بدون توجه به منشأ یا منبع آن، باید تمام اطلاعات بهداشتی مرتبط را به سازمان ارائه دهد.<sup>۲</sup>

همچنین دولت‌های عضو باید تا جایی که امکان دارد در عرض ۲۴ ساعت از دریافت شواهدی مبنی بر یک خطر بهداشتی با امکان گسترش بین‌المللی در خارج از قلمرو کشور خود، سازمان را مطلع نمایند. چنین شواهدی می‌تواند در حین ورود یا خروج موارد بیماری انسانی، ناقلین حامل عفونت یا آلودگی و کالاهای آلوده نمایان شود.<sup>۳</sup> علاوه بر این، زمانی که سازمان جهانی بهداشت از طریق منابعی غیر از اطلاعیه یا درخواست مشاوره دولت‌ها، گزارش‌هایی را مبنی بر رویدادی دریافت نماید که ادعا می‌شود در قلمرو آن دولت رخ داده و ممکن است یک وضعیت اضطراری بهداشتی بین‌المللی ایجاد کند، از دولت عضو درخواست تأیید خواهد کرد. زمانی که سازمان از هر دولت عضو درخواست تأیید می‌کند، آن دولت باید تأیید را انجام دهد. علاوه بر این، دولت عضو باید ظرف مدت ۲۴ ساعت، یا یک پاسخ اولیه ارائه دهد یا حداقل وصول درخواست سازمان را اعلام نماید؛ ظرف مدت ۲۴ ساعت، اطلاعات بهداشتی موجود در مورد وضعیت رویداد مورد درخواست سازمان را ارائه کند و اطلاعاتی را به منظور ارزیابی خطر رویداد، شامل اطلاعات توصیه شده در ماده ۶ در اختیار سازمان قرار دهد.<sup>۴</sup> نکته دیگر اینکه دولت‌های عضو باید متعهد شوند در خصوص شناسایی و ارزیابی رویدادها و پاسخ به آنها، تدارک یا تسهیل همکاری‌های فنی و پشتیبانی، به‌خصوص در زمینه ایجاد، تقویت و حفظ ظرفیت‌های بهداشتی، تأمین منابع مالی

۱. بندهای ۱ و ۲ ماده ۶.

۲. ماده ۷.

۳. بند ۲ ماده ۹.

۴. بندهای ۱ و ۲ ماده ۱۰.

برای تسهیل اجرای تعهدات، تنظیم قوانین پیشنهادی و فراهم ساختن تمهیدات قانونی و اداری به‌منظور تسهیل اجرای این مقررات، در حد امکان با یکدیگر همکاری نمایند.<sup>۱</sup>

در این میان، تعهدات مربوط به گزارش‌دهی و تأیید رویدادها به‌ویژه از سوی دولت چین به یکی از جنبه‌های مجادله‌برانگیز در خصوص کووید-۱۹ مبدل شده است. بسیاری از دولت‌ها در ارائه گزارش‌های مربوط به کووید-۱۹ ملاحظات منافع ملی را مدنظر قرار می‌دهند.

**۳.۳.۲. تعهدات مرتبط با اتخاذ اقدامات ضروری در مبادی مرزی، بنادر و فرودگاه‌ها**

تردد‌های بین‌المللی در شیوع و گسترش بیماری‌های مسری، به‌ویژه کووید-۱۹ که از قابلیت سرایت بسیار بالایی برخوردار است، نقش اساسی ایفا می‌کند. اتخاذ اقدامات بهداشتی کنترل‌کننده در بنادر، فرودگاه‌ها و مرزها که کانون‌های اصلی جابجایی بین‌المللی قلمداد می‌شوند، در کنترل بیماری‌های عالمگیر، نقش بسیار مؤثری دارد. این موضوع در مقررات بهداشتی بین‌المللی در چارچوب قابلیت ارتقای ظرفیت و اطلاع‌رسانی و مسائل مربوط به صدور گواهی‌ها، انعکاس یافته است که در این قسمت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

#### ۳.۳.۲.۱. ظرفیت‌سازی و ارائه اطلاعات

هر دولت عضو باید در چارچوب زمانی تعیین‌شده در ماده ۱۳، از ایجاد ظرفیت‌های مندرج در پیوست ۱ در خصوص مبادی مرزی منتخب، شامل معرفی مقامات بهداشتی مسئول در هر یک از مبادی مرزی منتخب در قلمرو خود و ارائه اطلاعات تا حد امکان در صورت درخواست سازمان در زمان بروز یک خطر بالقوه بهداشتی در مبادی مرزی، مربوط به منابع عفونت یا آلودگی (شامل ناقلین و مخازن) را که می‌توانند باعث انتشار بین‌المللی بیماری‌ها شوند، اطمینان حاصل نماید.<sup>۲</sup>

#### ۳.۳.۲.۲. صدور گواهی و بنادر مجاز

دولت‌های عضو باید فرودگاه‌ها و بنداری را به منظور ایجاد ظرفیت‌های مندرج در پیوست ۱ انتخاب و اطمینان حاصل کنند که گواهی‌های معافیت از اقدامات بهداشتی کشتی و کنترل بهداشتی مطابقت با ملزومات مندرج در ماده ۳۹ و نمونه ارائه‌شده در پیوست ۳ صادر می‌شوند. علاوه بر این، دولت‌های عضو باید فهرستی از بنادر مجاز به صدور گواهی‌های مربوطه

۱. ماده ۴۴.

۲. ماده ۱۹.

را به سازمان جهانی بهداشت ارسال نمایند. همچنین هر دولت عضو باید سازمان را از هر تغییری که ممکن است در فهرست بنادر مجاز خود رخ دهد، آگاه کند.<sup>۱</sup> مقررات بهداشتی بین‌المللی، وظایف و مسئولیت‌هایی را نیز بر اساس ماده ۲۲، برای مقامات بهداشتی تعیین کرده است.

### ۳.۳.۳. تعهدات مرتبط با اتخاذ اقدامات بهداشتی مربوط به مسافران و وسایل نقلیه

یکی دیگر از مؤلفه‌های اثرگذار در کنترل بیماری‌های عالمگیر و به‌طور خاص کووید-۱۹، اقداماتی است که باید نسبت به مسافران بین‌المللی، وسایل نقلیه و متصدیان آنها صورت پذیرد. در این زمینه، مقررات بهداشتی بین‌المللی تلاش نموده است که محدودیت‌های غیرضروری که جریان تجارت بین‌المللی را دچار وقفه خواهد کرد، اعمال نشود. در این قسمت به این موارد اشاره شده است.

#### ۳.۳.۳.۱. اقدامات مربوط به ورود و خروج

دولت‌های عضو باید با استفاده از تمام اقدامات عملی، اطمینان یابد که متصدیان وسایل نقلیه، از اقدامات بهداشتی توصیه‌شده سازمان جهانی بهداشت و پذیرفته‌شده توسط دولت آن کشور پیروی می‌کنند. همچنین دولت‌های عضو باید مسافران را درباره اقدامات بهداشتی که سازمان توصیه کرده و برای اجرا در وسیله نقلیه موردپذیرش دولت آن کشور قرار گرفته است، مطلع سازند. دولت‌های عضو باید اطمینان حاصل کنند که متصدیان حمل‌ونقل همواره وسیله نقلیه خود را عاری از منابع عفونت و آلودگی، شامل ناقلین و مخازن بیماری، نگه می‌دارند و در صورت یافتن شواهدی مبنی بر وجود منابع عفونت یا آلودگی، ممکن است اجرای اقدامات بهداشتی برای کنترل آن خطرات الزامی گردد.<sup>۲</sup>

همچنین دولت‌های عضو نباید هیچ اقدام بهداشتی را در مورد یک کامیون، قطار یا اتوبوس غیرنظامی که مبدأ حرکت آن منطقه آلوده نبوده و بدون سوار و پیاده کردن مسافر یا بارگیری و تخلیه بار صرفاً در حال عبور از قلمرو آن کشور است، اعمال نماید، مگر اینکه طبق موافقت‌نامه‌های حاکم بین‌المللی مجاز شمرده شده باشد. این مقرر در مورد کشتی‌ها و هواپیماهای در حال عبور نیز اعمال می‌شود. کالاهای در حال عبور (به‌جز حیوانات زنده) و بدون

۱. ماده ۲۰.

۲. بند ۱ ماده ۲۴.

انتقال بین کشتی‌ها نیز نباید تحت اقدامات بهداشتی مندرج در این مقررات قرار گرفته یا توقیف شوند.<sup>۱</sup> علاوه بر این، دولت‌های عضو نباید به دلایل بهداشتی از ورود یک کشتی یا هواپیما به مبادی مرزی ممانعت نمایند؛ اما اگر آن مبدأ مرزی امکانات لازم برای اعمال موازین بهداشتی توصیه‌شده در این مقررات را نداشته باشد، ممکن است به کشتی یا هواپیما دستور داده شود با مسئولیت خود به سمت نزدیک‌ترین مبدأ مرزی موجود و مناسب ادامه مسیر دهد؛ مگر اینکه کشتی یا هواپیما دچار یک نقص فنی باشد که این تغییر مسیر را غیرایمن سازد. دولت‌های عضو نباید به دلایل بهداشتی، از اعطای «مجوز عملیات» به کشتی‌ها یا هواپیماها خودداری نمایند؛ به‌خصوص نباید از پیاده و سوار نمودن مسافر، تخلیه و بارگیری، یا دریافت سوخت، آب، غذا و سایر مواد موردنیاز جلوگیری کنند. چنانچه یک منبع عفونت یا آلودگی در وسیله نقلیه یافت شود، دولت‌های عضو می‌توانند اعطای «مجوز عملیات» را به انجام بازرسی و اقدامات بهداشتی لازم از جمله آلودگی‌زدایی، گندزدایی، حشره‌زدایی یا جوندگی‌زدایی و سایر اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از انتشار عفونت یا آلودگی منوط سازند. دولت عضو باید تا جایی که امکان دارد، مجوز عملیات را صادر کند.<sup>۲</sup>

دولت‌های عضو باید تا حد امکان اطمینان حاصل کنند که کشتی‌های بارگنج‌بر مورد استفاده آنها از انواع بارگنج‌های مختص عبور و مرور بین‌المللی است و آنها را عاری از هرگونه منبع عفونت یا آلودگی (شامل ناقلین و مخازن بیماری‌ها)، به‌ویژه در طی بارگیری محموله نگه می‌دارند؛ همچنین نواحی بارگیری بارگنج‌ها باید عاری از منابع عفونت و آلودگی (شامل ناقلین و مخازن بیماری‌ها) نگه داشته شوند. تا جایی که امکان دارد در نواحی بارگیری بارگنج‌ها امکانات لازم برای بازرسی و جداسازی بارگنج‌ها در دسترس باشد.<sup>۳</sup>

اگرچه دولت‌های عضو می‌توانند اقدامات بهداشتی اضافی منطبق با قوانین ملی و تعهدات بین‌المللی خود در پاسخ به خطرات بهداشتی خاص یا فوریت‌های بهداشتی بین‌المللی اتخاذ نمایند، چنین اقداماتی باید در مقایسه با سایر گزینه‌های موجود، محدودیت کمتری برای تردهای بین‌المللی ایجاد کرده، حالت تهاجمی و مزاحمت کمتری برای افراد داشته و درعین حال سطح

۱. مواد ۲۵، ۲۶ و ۳۳.

۲. بندهای ۱، ۲ و ۳ ماده ۲۸.

۳. ماده ۳۴.

مناسبی از حفاظت را برای سلامت عمومی تأمین نماید.<sup>۱</sup> دولتی که اقدامات بهداشتی اضافی را اجرا کرده و باعث اختلال قابل توجه در تردد بین‌المللی شده است، باید توجیهات بهداشتی و دلایل علمی منطقی خود را به سازمان اعلام نماید و طی ۴۸ ساعت، سازمان را از اجرای آن اقدامات مطلع سازد، مگر اینکه آن اقدامات در توصیه‌های موقت یا دائم سازمان موجود باشد.<sup>۲</sup>

### ۳.۳.۳.۲. رعایت حقوق بشر مسافران

دولت‌های عضو باید با احترام به کرامت افراد، حقوق انسانی و آزادی‌های اساسی اولیه رفتار نمایند و مزاحمت و استرس روحی مرتبط با این اقدامات را به حداقل برسانند؛ از جمله درمان تمام بیماران با رعایت ادب و احترام، بدون در نظر گرفتن جنسیت، وضعیت اجتماعی، فرهنگی، قومی و اعتقادات مذهبی مسافران، تأمین آب و غذای کافی، محل اسکان و پوشاک مناسب، محافظت از بار مسافر و سایر اموال وی، درمان مناسب پزشکی، وسایل ارتباطی ضروری تا جایی که امکان دارد به زبانی که مسافران بتوانند متوجه شوند و سایر مساعدت‌های مناسب برای مسافرانی که جداسازی یا قرنطینه شده و یا تحت معاینات پزشکی و سایر اقدامات بهداشتی قرار دارند.<sup>۳</sup> همچنین اطلاعات بهداشتی که طبق این مقررات، توسط یک دولت عضو از سایر دولت‌ها یا سازمان گردآوری یا دریافت می‌شود و در ارتباط با یک شخص شناخته شده و یا قابل شناسایی است، باید به صورت محرمانه نگهداری شود و در صورت تصریح قوانین ملی به صورت ناشناس مورد بهره‌برداری قرار گیرد.<sup>۴</sup> علاوه بر این، هیچ معاینه پزشکی، واکسیناسیون، پیشگیری دارویی یا اقدام بهداشتی تا جایی که امکان دارد، نباید بدون اخذ رضایت آگاهانه از مسافران یا اولیای آنان انجام شود؛ مگر در موارد مندرج در بند ۲ ماده ۳۱ و همچنین در موارد تصریح قانون یا تعهدات بین‌المللی دولت عضو.<sup>۵</sup> ضمن اینکه اقدامات بهداشتی که طبق این مقررات به کار گرفته می‌شوند، باید بدون تأخیر شروع و تکمیل گردد و به شیوه‌ای شفاف و بدون هرگونه تبعیض به اجرا گذاشته شود.<sup>۶</sup>

۱. ماده ۴۳.

۲. بندهای ۳ و ۵ ماده ۴۳.

۳. ماده ۳۲.

۴. ماده ۴۵.

۵. بند ۳ ماده ۲۳.

۶. ماده ۴۲.

#### ۴. رژیم حقوقی موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی ۱۹۹۴<sup>۱</sup>

قواعد حقوق بین‌الملل مرتبط با کنترل بیماری‌های مسری و عالمگیر، همواره به نگرانی‌های مربوط به محدود شدن تجارت بین‌المللی نیز توجه داشته است. بر همین اساس، سازمان جهانی بهداشت در خصوص مقررات بهداشتی بین‌المللی با سازمان جهانی تجارت در تعامل بوده و تلاش کرده است نوعی هماهنگی بین اقدامات مربوط به بهداشت عمومی بین‌المللی و الزامات ناشی از حقوق بین‌الملل اقتصادی ایجاد نماید. موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی یکی از اسناد اصلی سازمان جهانی تجارت است که درصدد کاهش موانع تجارت بین‌المللی می‌باشد. اقدامات اتخاذ شده بر اساس این موافقت‌نامه به منظور حفاظت از سلامت انسان‌ها، حیوانات و گیاهان مبتنی بر ارزیابی خطر است. اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی که دولت‌ها وضع می‌نمایند، شامل ممنوعیت‌ها یا محدودیت‌هایی است که در قالب مقررات و ضوابط قانونی برای مبارزه با آفت‌ها، بیماری‌ها، آلاینده‌ها و امثال آن به منظور حفظ سلامت و ایمنی انسان‌ها، حیوانات و گیاهان در جریان تجارت آزاد کالاها وضع می‌گردند.<sup>۲</sup> دولت‌هایی که خواستار عضویت در سازمان جهانی تجارت می‌باشند، باید این موافقت‌نامه را تصویب نمایند. در این قسمت به بررسی ارتباط این موافقت‌نامه با گات و تعهدات دولت‌ها بر اساس آن خواهیم پرداخت.

##### ۴.۱. ارتباط موافقت‌نامه با گات

در حوزه تجارت بین‌الملل، دولت‌ها از اوایل قرن بیستم موافقت‌نامه‌هایی به منظور حفظ سلامت انسان‌ها و جلوگیری از انتشار بیماری‌ها تصویب کردند. کنوانسیون لغو ممنوعیت‌ها و محدودیت‌های صادراتی و وارداتی ۱۹۲۷ و موافقت‌نامه مربوط به محدودیت بر واردات پوست فک‌ها، نمونه‌ای از این اقدامات است. موافقت‌نامه عمومی تعرفه و تجارت (گات) نیز به موضوع رفتار دولت‌ها که ممکن است سلامت عمومی را دچار مخاطره نماید، توجه کرده است. بر اساس حرف (ب) ماده ۲۰ این موافقت‌نامه، دولت‌ها می‌توانند اصول گات را به منظور حفاظت از حیات و جان انسان‌ها، حیوانات و گیاهان، نادیده بگیرند؛ در صورتی که اقدامات حمایتی (۱) ضروری باشند؛ (۲) متضمن تبعیض خودسرانه یا غیرقابل توجیه نباشند و (۳) محدودیت‌هایی برای تجارت ایجاد

1. Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures 1994 (SPS Agreement).

۲. شیروی، عبدالحسین و اعظم انصاری، نقش افکار عمومی در اعمال قواعد موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی، فصلنامه دیدگاه‌های حقوق قضایی، تابستان ۱۳۹۳، شماره ۶۶، ص ۷۷.

نکند. موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی جزئیات، شرایط و موازین بهره‌مندی از این حق را تشریح کرد و تلاش لازم را در رفع زمینه‌های سوءاستفاده از این حق در ایجاد محدودیت‌های غیرضروری در برابر تجارت فراهم آورد. دول عضو گات اغلب برای توجیه اعمال محدودیت‌های واردات به‌منظور جلوگیری از انتقال بیماری‌های مسری نظیر وبا، به این ماده استناد نموده‌اند؛ اما این مقرر برای پوشش این قبیل اقدامات کافی نبود، زیرا اقدامات بهداشتی در مقایسه با اقدامات سنتی محدودکننده تجارت، نامحسوس‌تر بوده و چون مبتنی بر دغدغه سلامت و حیات هستند، به چالش کشیدن آنها مشکل‌تر است. به‌علاوه اقدامات بهداشتی به‌عنوان چالش‌های جدید فراروی تجارت بین‌الملل متضمن ملاحظات پیچیده علمی و قانونی هستند.<sup>۱</sup> در دور اروگوئه دولت‌ها تغییراتی اساسی در اهداف و اصول گات ایجاد نمودند که یکی از نتایج آن، تصویب موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی در ۱۵ آوریل ۱۹۹۴ بود. این موافقت‌نامه دارای ۱۴ ماده و ۳ ضمیمه می‌باشد که از اول ژانویه ۱۹۹۵ لازم‌الاجرا شده است. موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی قلمروی وسیع‌تر از حرف (ب) ماده ۲۰ موافقت‌نامه عمومی تعرفه و تجارت دارد.

#### ۴.۲. تعهدات دولت‌ها بر اساس موافقت‌نامه

بند ۱ ماده ۲ این موافقت‌نامه با صراحت بر حق اعضا در حفاظت از حیات یا بهداشت انسان، حیوان و گیاه تأکید می‌نماید. دولت‌های عضو این موافقت‌نامه به‌منظور حفاظت از حیات و بهداشت انسان‌های حاضر در قلمروی یک دولت عضو در برابر خطرات ناشی از بیماری‌هایی که از حیوانات، گیاهان و یا محصولات تولیدشده از آن منتقل می‌شوند، می‌توانند اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی اتخاذ کنند.<sup>۲</sup> با این حال، اتخاذ چنین اقداماتی تابع محدودیت‌ها و شروط ضروری شده است. این موافقت‌نامه از دول عضو خواسته است کلیه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی باید مبتنی بر ارزیابی خطر<sup>۳</sup> باشد و با دلایل و اصول علمی پشتیبانی شود و نباید بیش از میزانی

۱. زاهدی، مهدی و زهرا محمودی کردی، **حفاظت از سلامت در پرتو مقررات موافقت‌نامه اقدامات**

**بهداشتی و بهداشت گیاهی**، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دهم، زمستان ۱۳۹۵، شماره ۳۹، ص ۸۳.

۲. حرف ج بند ۱ ضمیمه الف موافقت‌نامه.

۳. ارزیابی خطر مربوط به آفات و بیماری‌ها شامل؛ ارزیابی احتمال ورود، ایجاد یا گسترش آفت یا بیماری به قلمرو دولت واردکننده عضو و ارزیابی عواقب بالقوه زیست‌شناختی و اقتصادی آن است. درحالی‌که ارزیابی خطر ناشی از مواد غذایی متضمن ارزیابی توان بالقوه اثرات منفی ناشی از وجود افزودنی‌ها، آلودگی‌ها، سموم یا ارگانسیم‌های مسبب بیماری در مواد غذایی، نوشیدنی‌ها و خوراک دام بر بهداشت انسان یا حیوان است.

که برای دستیابی به سطح مناسب حفاظت ضروری است، تجارت بین‌الملل را محدود نماید.<sup>۱</sup> در مواردی که شواهد علمی مربوط کافی نیست، یک دولت عضو می‌تواند بر مبنای اطلاعات مربوط موجود، از جمله اطلاعات ارائه‌شده از سازمان‌های بین‌المللی مربوط و همچنین اطلاعات حاصل از اقدامات بهداشتی یا بهداشت گیاهی اعمال‌شده توسط سایر اعضا، اقدامات بهداشتی یا بهداشت گیاهی را به‌طور موقت اتخاذ کند. در چنین اوضاع و احوالی اعضا درصدد کسب اطلاعات اضافی لازم برای ارزیابی عینی‌تر خطر و متناسب با آن، تجدیدنظر در اقدام بهداشتی یا بهداشت گیاهی در مدتی معقول بر خواهند آمد.<sup>۲</sup>

اتخاذ اقدامات بهداشتی زمانی مجاز است که برای حفظ سلامت شهروندان ضروری باشد. بنابراین، توجه به تناسب اقدامات اتخاذشده و مشروعیت هدف آن باید مدنظر قرار گیرد. همچنین این موافقت‌نامه از دول عضو سازمان جهانی تجارت می‌خواهد که اقدامات خود را مبنی بر استانداردهای بین‌المللی توسعه‌یافته توسط سازمان‌های بین‌المللی مربوط قرار دهند.<sup>۳</sup> دولت‌های عضو می‌توانند به دلیل انتخاب استانداردهایی که سطح بالاتری از حفاظت را در قیاس با استانداردهای بین‌المللی ارائه می‌دهند، استانداردهای اخیر را نادیده انگارند.<sup>۴</sup> به منظور ایجاد امکان اطلاع اعضای ذی‌نفع از استانداردها، مقررات، رویه‌های کنترل و بازرسی، ترتیبات قرنطینه‌ای، رویه‌های ارزیابی خطر، رویه‌های تصویب حد قابل‌اغماض و سایر اطلاعات ذی‌ربط، موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی از اعضا خواسته است به طریقی که در موافقت‌نامه پیش‌بینی شده است، اطلاعات لازم را در اختیار سایر اعضای سازمان قرار دهند. در نهایت دولت‌های عضو باید از اتخاذ سطح حفاظتی که محدودیت‌های گسترده برای تجارت بین‌الملل ایجاد می‌کند، اجتناب نمایند.<sup>۵</sup>

۱. بند ۲ ماده ۲، بندهای ۱ و ۶ ماده ۵.

۲. بند ۷ ماده ۵.

۳. بند ۱ ماده ۳.

۴. بند ۳ ماده ۳.

۵. بند ۴ ماده ۵.



## نتیجه‌گیری

در عصر حاضر، ظهور بیماری‌های عالمگیر یکی از چالش‌های اساسی دولت‌ها در زمینه حفظ سلامت بشر است. پدیده جهانی شدن، دولت‌ها را در معرض تهدید مداوم گسترش بیماری‌های مسری و عالمگیر قرار داده است. شیوع کووید-۱۹ در آغاز دهه سوم قرن بیست و یکم به‌عنوان یک بیماری عالمگیر بار دیگر، سرگشتگی دولت‌ها را در مواجهه با بیماری‌های نوظهور به تصویر کشید. مدت‌هاست که دولت‌ها در مسیر کنترل و مقابله با بیماری‌های عالمگیر، در کنار سایر عوامل از پتانسیل‌های نظام حقوق بین‌الملل نیز بهره‌جسته‌اند. اقدامات دولت‌ها از نیمه دوم قرن نوزدهم تا به امروز، بیانگر نوعی تفاهم بالنده از سوی جامعه بین‌المللی در تدوین تعهدات بین‌المللی در این زمینه است. در نظام حقوق بین‌الملل، چارچوب حقوقی‌ای که کنترل بیماری‌های عالمگیر را در کانون توجه خود قرار می‌دهد، در میان رژیم‌های حقوقی متعدد گسترش‌یافته و دچار نوعی چندپارگی است. در این میان، مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵، سند اصلی محسوب می‌شود که حاصل عملکرد هنجاری قوی سازمان جهانی بهداشت در زمینه تدوین اسناد بین‌المللی مرتبط با کنترل بیماری‌های مسری و عالمگیر است. این سند یک نظام نظارت و گزارش‌دهی برای بیماری‌های مسری و عالمگیر تأسیس نموده و تعهدات متعددی در زمینه اطلاعات بیماری‌های همه‌گیر و پاسخ بهداشت عمومی، اتخاذ اقدامات ضروری در مبادی مرزی، بنادر و فرودگاه‌ها و اتخاذ اقدامات بهداشتی مربوط به مسافران و وسایل نقلیه را بر عهده دولت‌ها گذاشته است. موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی ۱۹۹۴، سند مهم دیگری است که تعهدات بین‌المللی مشخصی درخصوص کنترل بیماری‌های عالمگیر وضع نموده است. بر اساس این موافقت‌نامه، دولت‌های عضو می‌توانند با رعایت شرایط مشخصی، محدودیت‌ها و ممنوعیت‌هایی درباره واردات کالاهایی که برای سلامتی، ایمنی و بهداشت عمومی مخاطره‌آمیز است، وضع کنند. ابتدای اقدامات به دلایل علمی کافی، ضرورت و ارزیابی خطر قبل از اتخاذ اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی، مهم‌ترین شرایط ذکرشده در این موافقت‌نامه به‌منظور اعمال اقدامات از جانب دولت‌هاست. این دو سند در کنار هم یک چارچوب حقوقی مؤثر برای همکاری بین‌المللی در کنترل بیماری‌های عالمگیر ایجاد نموده است.

درنهایت، ذکر این نکته ضروری است که ظهور بیماری‌های عالمگیر برخی کاستی‌ها و نقاط ضعف قواعد موجود را نیز آشکار کرده است. مقررات بهداشتی بین‌المللی ۲۰۰۵، فاقد یک سازوکار نظارتی و اجرایی است و این موضوع به‌طور اساسی، مؤثر بودن این مقررات را تضعیف می‌کند. نقطه‌ضعف بعدی این مقررات، فقدان وجود یک چارچوب تأمین مالی به‌ویژه برای دولت‌های دارای شرایط نامساعد اقتصادی و دولت‌های فروپاشیده است. به‌منظور ارتقای همکاری‌های بین‌المللی در زمینه کنترل بیماری‌های عالمگیر وجود یک رابطه سازمانی بین سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی در راستای هم‌افزایی روابط آنها ضروری است. همچنین هیچ‌گونه بازبینی و ممیزی خارج از سازوکار دولت‌ها به‌منظور ارزیابی انطباق رفتار آنها با تعهدات بین‌المللی مرتبط با کنترل بیماری‌های عالمگیر، در این مقررات وجود ندارد. موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی ۱۹۹۴ نیز در خصوص چارچوب دقیق شرایط پیش‌بینی‌شده برای اتخاذ اقدامات محدودکننده، دارای ابهام است. درحالی‌که هدف این موافقت‌نامه، ایجاد نوعی موازنه میان اتخاذ اقدامات بهداشتی و ممنوعیت اعمال محدودیت‌های تجاری غیرضروری می‌باشد، در عمل این امر چندان تحقق نیافته است.

## فهرست منابع

### الف) منابع فارسی

#### مقاله

۱. زاهدی، مهدی و زهرا محمودی کردی، *حفاظت از سلامت در پرتو مقررات موافقت‌نامه اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی*، فصلنامه حقوق پزشکی، سال دهم، زمستان ۱۳۹۵، شماره ۳۹، صص. ۱۰۰-۷۹.
۲. شیروی، عبدالحسین و اعظم انصاری، *نقش افکار عمومی در اعمال قواعد موافقت‌نامه اعمال اقدامات بهداشتی و بهداشت گیاهی*، فصلنامه دیدگاه‌های حقوق قضایی، تابستان ۱۳۹۳، شماره ۶۶، صص. ۹۸-۷۵.

### ب) منابع انگلیسی

#### Books

3. Fidler, David, P. *International Law and Infectious Diseases*, Oxford, Clarendon Press, 1999.
4. Jones, Norman Howard, *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*, Geneva, World Health Organization, 1975.

#### Articles

5. Aginam, Obijiofor, "International Law and Communicable Diseases", *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (12), PP. 946-951.
6. Carvalho, Simon and Mark Zacher, "The International Health Regulations in Historical Perspective", in *Plagues and Politics: Infectious Disease and International Policy*, Edited by Andrew T. Price-Smith, New York, Palgrave Macmillan, 2001, PP. 235-261.
7. Fidler, David, P. Public Health and International Law: The Impact of Infectious Diseases on the Formation of International Legal Regimes, 1800-2000, in *Plagues and Politics: Infectious Disease and International Policy*, Edited by Andrew T. Price-Smith, New York, Palgrave Macmillan, 2001, PP. 262-284.

8. Gostin, Lawrence O. "International Infectious Disease Law: Revision of the World Health Organization's International Health Regulations", *Journal of the American Medical Association*, Vol.291, PP. 2623-2627.
9. Holshue, Michelle L. et al., "First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States", *The new england journal of medicine*, 382, 2020, PP. 929-936.
10. Littman, R. J. and M. L. Littman, "Galen and the Antonine Plague", *The American Journal of Philology*, Vol. 94, No. 3 (Autumn, 1973), PP. 243-255.

#### Internet Sources

11. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm: Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>, last visited: 30 April 2020.
12. France: Santé publique France, Epidémie de coronavirus Covid-19 au départ de Wuhan, Chine, Available at: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/epidemie-de-coronavirus-covid-19-au-depart-de-wuhan-chine>, last visited: 14 February 2020.
13. Germany Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Bestätigter Coronavirus-Fall in Bayern – Infektionsschutzmaßnahmen laufen. Munich: BSfGuP, Available at: <https://www.stmgp.bayern.de/presse/bestaetigter-coronavirus-fall-in-bayern-infektionsschutzmassnahmen-laufen/> last visited: 30 April 2020.
14. Risk assessment: Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Wuhan: Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-outbreak>, last visited: 30 April 2020.
15. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, 11 March 2020, Available at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>, last visited: 2 May 2020. "We have therefore made the assessment that COVID-19 can be characterized as a pandemic".
16. WHO Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005), Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV), Geneva, Available at: <https://www.who.int/news->

room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov), last visited: 2 May 2020.

17. WHO, Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports, Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>, last visited: 18 May 2020.
18. WHO, Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report, 1-20 January 2020, Available at: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4), last visited: 30 April 2020.
19. Wuhan Municipal Health and Health Commission's briefing on the current pneumonia epidemic situation, Available at: <http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2019123108989>, last visited: 30 April 2020.

#### Documents

20. Security Council resolution 2177, S/RES/2177 (2014).
21. The Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (SPS Agreement), Apr. 15, 1994.
22. The International Health Regulations (IHR), WHA Res. 58.3, World Health Assembly, 58th Ass. (May 23, 2005).
23. The International Sanitary Conventions 1903.
24. The International Sanitary Regulations 1951 (ISR).
25. WHO Official Records, No. 176, 1969, resolution WHA22.46 and Annex I.
26. WHO Official Records, No. 209, 1973, resolution WHA26.55.
27. WHO, Document WHA34/1981/REC/1.
28. WHO, Resolution WHA34.13.
29. WHO, Resolution WHA48.7.
30. WHO, Resolution WHA56.28.
31. WHO, Resolution WHA56.29.
32. WHO, Resolution WHA58.3.

