

مبانی، قلمرو و آثار فقهی - حقوقی «حق سلامت» زندانیان دارای «بیماری سخت‌درمان»*

□ علی‌مراد حیدری^۱

چکیده

بسیاری از محکومان کیفری پیش از ورود یا در دوران زندان، دچار بیماری می‌شوند که درمان برخی از آنها دشوار و به اصطلاح «سخت‌درمان» است. در فقه جزایی، اجرای کیفر بدنی بیماران به تأخیر افتاده یا از بین می‌رود. در حقوق کیفری ایران، سازوکارهای ارفاقی گوناگونی برای محکومان بیمار پیش‌بینی شده است. از جمله برابر ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری، اگر اجرای کیفر موجب تشدید بیماری یا تأخیر در بهبودی باشد، اجرای آن به «تعویق» می‌افتد و اگر امیدی به بهبودی بیمار نباشد، به مجازات دیگری «تبدیل» می‌گردد. از جنبه کاربردی، این کار مبتنی بر مفهوم «توان تحمل کیفر» است که از سوی پزشکی قانونی احراز می‌گردد. پرسش نخست، کافی یا ناکافی بودن معیار پزشکی برای احراز توان تحمل کیفر، و پرسش دوم، امکان یا عدم امکان به کارگیری نهادهایی غیر از تعویق یا

تبدیل کیفر است.

انگاره نوشتار آن است که در احراز توان تحمل کیفر بر پایه «بیماری سخت‌درمان» باید معیار «پزشکی - قضایی» به کار رود و نظر به شرایط بهداشتی، نیازهای درمانی بیمار و بایسته‌های اداره زندان، بهترین راهکار، «معافیت کیفری» زندانی دارای بیماری سخت‌درمان است.

واژگان کلیدی: حق سلامت، زندان، بیماری سخت‌درمان، بیماری بی‌درمان، توان تحمل کیفر، معافیت کیفری.

مقدمه

سلامتی در معنای لغوی محدود به کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیزم در حالتی فارغ از مریضی یا ناهنجاری است، اما در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی، سلامتی چنین تعریف شده است:

«سلامتی وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها به نبود بیماری گفته نمی‌شود» (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۴۶: ۱۰۰).

هسته بنیادین این نوشتار، حمایت از «حق سلامتی» به عنوان یک حق بشری و به دور از تبعیض برای افراد بزه‌کار و ناکرده بزه از یک سو، و نیز ضرورت توجه دوجندان به سلامتی زندانیان دارای بیماری - و به ویژه بیماری‌های سخت‌درمان - است.^۱ هرچند سلامتی مطلوب همه است، اما در فضای بسته زندان اهمیت بیشتری دارد؛ چرا که شرایط زندان اثرات بدتری بر سلامتی جسمانی و روانی زندانیان دارد. از سوی دیگر، بودجه کم سلامت زندان، سهم بالای زندانیان آلوده به بیماری‌های عفونی و جمعیت بالا، سه عاملی است که یکدیگر را تقویت کرده و برنامه‌های درمانی مؤثر را با مانع مواجه می‌کند (آلبرشت، ۱۳۹۵: ۱۰۳).

بنابراین مدیریت زندان مسئولیت دارد که نه تنها مراقبت‌های پزشکی را فراهم کند،

۱. «حق بر سلامتی» با «حق بر سالم بودن» یکی نیست؛ چرا که سالم بودن به فقدان بیماری دلالت دارد، اما حق بر سلامتی، فراتر از صرف نبود بیماری و دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی است و حقی است که مستلزم برخورداری از فرصت‌های برابر برای همه است (متقی، سیفی و درودیان، ۱۳۹۶: ۱۲۷).

بلکه شرایطی را ایجاد کند که موجب افزایش تندرستی زندانیان شود. زندانیان نباید زندان را در شرایطی بدتر از شرایط هنگام ورودشان ترک کنند. این امر حاکم بر تمامی جنبه‌های زندگی زندان و به طور خاص ناظر بر مراقبت‌های بهداشتی است (Coyle & Fair, 2018: 50).

از جنبه تعهدات بین‌المللی دولت‌های عضو میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی باید حقوق مندرج در میثاق را بدون تبعیض از هر حیث برای همه تضمین کنند. در این میان برخی گروه‌ها مستحق رفتار ترجیحی هستند و نیازهای آن‌ها باید مورد توجه خاص قرار گیرد؛ از جمله زنان، کودکان، افراد سالخورده و معلولان (نیاورانی و جاوید، ۱۳۹۲: ۵۳). از جمله گروه‌هایی که استحقاق رفتار ترجیحی برای حفظ سلامتی دارند، «زندانیان دارای بیماری سخت‌درمان» هستند که ارزش‌های انسانی و مصالح فردی و اجتماعی ایجاد می‌کند سازوکارهایی برای معافیت این دسته از زندانیان پیش‌بینی و به کارگیری شود.

آنچه تا کنون در نوشته‌های حقوقی مورد توجه قرار گرفته، تحلیل و احیاناً نقد مواد قانونی مرتبط با اجرای مجازات علیه بیمارانی است که به تشخیص پزشکی قانونی، توان تحمل کیفر را ندارند. از سوی دیگر، نتیجه این وضعیت هم در چارچوب ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری، تعویق یا تبدیل مجازات دانسته شده است، بدون اینکه رهنمودهای قضایی در اختیار پزشکی قانونی نهاده شده یا «پیامدهای آتی» فرض «توان تحمل فعلی» مورد توجه قرار گیرد. در این نوشتار با تمرکز بر «بیماری سخت‌درمان»، کوشش شده تا با تبیین مفهوم و مصادیق این نوع بیماری و لحاظ پیامدهای آینده اجرای مجازات بر این دسته از بیماران، نهاد حقوقی «سقوط مجازات» امکان‌سنجی گردد. بدین‌منظور نخست، مبانی فقهی و حقوقی حق سلامت زندانیان دارای بیماری سخت‌درمان، سپس قلمرو بیماری‌های سخت‌درمان که سیاست اجرایی افتراقی را ایجاد می‌کند و در پایان، آثار و پیامدهای موجود و مطلوب بیماری سخت‌درمان و بی‌درمان زندانیان شامل تعویق و تبدیل و به ویژه سقوط مجازات بررسی می‌شود.

۱. مبانی حق سلامت زندانیان دارای بیماری سخت درمان

سلامت، نخستین و مهم‌ترین حق هر انسانی، صرف‌نظر از جنسیت، سن، نژاد، ملیت، دین، مذهب و... است و هر کس به صرف انسان بودن از آن برخوردار است. هرچند از منظر فلسفه حقوق کیفری، مجازات بزهکاران با مبانی مختلفی از جمله ایجاد نظم عمومی و مصالح اجتماعی توجیه می‌شود، لکن در مواردی که تحقق این هدف در قالب اصلاح و بازپروری بزهکار دنبال می‌شود - که مجازات زندان بیشتر بر اساس چنین هدفی است - در ترازوی مصلحت، حفظ سلامتی بزهکار مبتلا به بیماری سخت درمان، سنگین‌تر از فواید ادامه اجرای حبس و ماندن او در محیط بسته و پرمخاطره زندان است. اما پرسشی که باید بررسی شود این است که آیا مبانی فقهی و حقوقی و مستندات وجود دارد که در راستای حفظ سلامت محکومان کیفری، تأخیر یا عدم اجرای مجازات‌ها - به طور کلی یا خصوص زندان - را در چنین وضعیتی اجازه دهد؟ و اینکه رویکرد حقوق بین‌الملل و حقوق داخلی در این خصوص چیست؟ در ادامه، نخست مبانی فقهی و سپس مبانی حقوقی اعم از حقوق داخلی و بین‌الملل بررسی می‌شود.

۱-۱. مبانی فقهی

در فقه جزایی، سلامت و حیات افراد در طول دیگر حقوق و حاکم بر آنهاست تا جایی که اگر متهم دارای وضعیت جسمانی آسیب‌پذیری باشد که احتمال ایراد صدمه بدنی مهم یا تلف شدن متهم یا ضرر به شخص دیگری برود، اجرای مجازات به تأخیر می‌افتد. تأخیر در اجرای مجازات بر زن باردار و مستحاضه نمونه‌ای از این رویکرد است. در روایتی از امام صادق علیه السلام آمده است:

«بر زن مستحاضه تا زمانی که از این وضعیت خارج شود، حدی جاری نمی‌شود»
(حرّ عاملی، ۱۴۰۹: ۲۸/۲۹).

صاحب‌جوهر درباره زن باردار می‌نویسد:

«همان گونه که علامه حلی و دیگران تصریح کرده‌اند، هیچ حدی ولو شلاق بر زن باردار اجرا نمی‌شود، حتی اگر حمل ناشی از زنا باشد، تا زمانی که وضع حمل نموده و از دوره نفاس خارج شود» (نجفی، ۱۴۰۴: ۳۳۷/۴۱).

در سیره پیامبر اکرم صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ و امام علی عَلَيْهِ السَّلَام نیز بیماری و وضعیت جسمانی نامساعد متهم به عنوان یکی از راه‌های دفع کیفر مورد توجه بوده است. در روایتی از امام صادق عَلَيْهِ السَّلَام آمده است:

«پیامبر اکرم صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ در مورد کسی که مرتکب حد شده بود و شکم بزرگی داشت [نوعی بیماری]، یک دسته تازیانه صد رشته‌ای را یک بار بر او زده و او را رها کردند (حرّ عاملی، ۱۴۰۹: ۳۱/۲۸).

در روایت مشهور اصبع بن نباته آمده که امام علی عَلَيْهِ السَّلَام در برخورد با کسی که نزد ایشان آمده و به زنا اقرار کرد، از وی پرسید:

«آیا بیماری که از آن رنج ببری یا دردی در سر یا بدنت احساس نمی‌کنی؟...» (همان: ۳۸/۲۸).

روشن است که پرسش امام از سلامت جسمی متهم بدین معناست که در صورت وجود بیماری، نباید حد بر او جاری شود. در دو روایت دیگر از امام صادق عَلَيْهِ السَّلَام آمده که امام علی عَلَيْهِ السَّلَام در مورد کسی که مرتکب جرم حدی شده بود و دچار بیماری یا زخمی در بدنش بود، فرمود:

«أَخْزَوْهُ حَتَّى تَبْرَأَ لَا تُنْكَأُ قُرُوحُهُ عَلَيْهِ فَيَمُوت» (همان: ۲۹/۲۸)؛ [اجرای حد] او را به تأخیر اندازید تا بهبود یابد و مبادا در همین وضعیت حد بر او جاری شود که می‌میرد.

تحلیل فقهی موضوع، مبتنی بر کشف مناط در موارد تأخیر اجرای حد یا تبدیل آن و الغاء خصوصیت است. هرچند در روایات، اسبابی همچون بارداری، استحاضه، نفاس، زخم، بیماری و شکم بزرگ موجب تأخیر یا تبدیل حد دانسته شده، لکن با ذکر عبارت «و أشباه ذلك»، به این موارد جنبه تمثیلی داده شده و آن گونه که از روایات برمی‌آید، معیار عدم اجرای مجازات، «وضعیت جسمی آسیب‌پذیر» و حکمت آن، «حفظ سلامت جسمی» و جلوگیری از تخریب به نفس بزهکار یا افراد ثالث است. پس اسباب مذکور در روایات، مصادیقی از این وضعیت کلی و فاقد ویژگی است و در هر جایی که چنین وضعیتی باشد، حکمت پیش‌گفته، تأخیر یا عدم اجرای کیفر را اقتضاء می‌کند. حکم ادعایی ناشی از اصل عملی حاکم در فرض تراحم است؛ از یک‌سو

مصلحت اجرای مجازات (مصلحت عمومی)، مقتضی قطعیت و فوریت و عدم تعطیل کیفر است و از سوی دیگر مصلحت حفظ سلامت فردی بزهکار (مصلحت فردی)، مقتضی تأخیر یا عدم اجرای مجازات است.^۱ در این حالت اگر ترجیحی در میان باشد، طرف دارای ترجیح باید انتخاب شود، وگرنه مکلف مختار به انتخاب هر کدام از متزاحمین است. رویکرد کلی در فقه جزایی، تقدم حق الناس بر حق الله و ترجیح اهم بر مهم است و این رویکرد مقتضی ترجیح حق سلامت فردی (مصلحت مهم‌تر) بر فواید اجرای مجازات (مصلحت مهم) است. همچنین این استدلال، مبتنی بر قاعده لاضرر است که در لسان فقهاء هم پیشینه دارد.

در خصوص مجازات زندان از دید فقهاء، زندانی کردن بدهکار بیمار - اگر حبس برای او ضرر داشته باشد- و نیز مدیونی که اجیر دیگری است، جایز نیست و استدلال آن‌ها قاعده «لاضرر» و نیز قاعده «نفی حرج» است (موسوی سبزواری، ۱۴۱۳: ۷۷/۲۷). برخی دیگر هم گفته‌اند که اگر محکوم علیه بیمار باشد و حبس برای او زیان داشته باشد یا زنی باشد که برای عفت او ضرر داشته باشد، زندانی نمی‌شود؛ زیرا در روایت صحیح غیاث اطلاقی وجود ندارد و این حکم در هر موردی که مانعی مهم‌تر از تحصیل مالی باشد، جاری می‌شود (طبسی، ۱۳۷۴: ۵۱۲). این مبنا نشان می‌دهد که قاعده «لاضرر» بر قاعده «التعزیر لکل عمل محرّم» - که مقتضی اعمال مجازات بر گناهکار است-، حاکم بوده و دامنه آن را محدود می‌کند. تسری حکم به موضوع بحث، مبتنی بر استدلال به قیاس اولویت است؛ چون اگر هر گونه بیماری محتمل‌الضرر برای سلامتی دارای اثر تأخیری یا تبدیلی است، بیماری‌های «سخت‌درمان» یا «بی‌درمان» به جهت ضرر بیشتر و قطعی‌تر، به طریق اولی این پیامد را دارد.

اولویت دیگر از جهت نوع جرم است؛ بدین معنا که در نصوص وارده، بیماری، موجب تأخیر یا تبدیل «حدود» دانسته شده که علی‌القاعده تأخیربردار و تعطیل‌پذیر نیست، پس در «تعزیرات» که دست قاضی در متناسب‌سازی مجازات با شرایط

۱. محقق سبزواری در شرح کلام محقق حلی - مبنی بر اینکه: «اگر حاکم بداند در اثر اجرای حد، بیماری شدیدی بر سارق عارض می‌شود، در وجوب اجرای حد اشکال است» - می‌فرماید: «برای اینکه با ادله اربعه ثابت شده که اهمیت حفظ نفس بیشتر از اجرای حد است» (موسوی سبزواری، ۱۴۱۳: ۱۰۶/۲۸).

جسمی بزهکار بازتر است، به طریق اولی بیماری - به ویژه بیماری سخت‌درمان و بی‌درمان - موجب تأخیر، تبدیل یا سقوط کیفر خواهد بود. تحلیل مطلب اینکه وضعیت جسمانی بزهکار، از ارکان و شرایط اعمال تعزیر است، به همین دلیل هنگامی که کسی از امام صادق علیه السلام از میزان تعزیر می‌پرسد، ایشان در پاسخ می‌فرماید:

«عَلَى قَدْرِ مَا يَرَى الْوَالِي مِنْ ذَنْبِ الرَّجُلِ وَقُوَّةِ بَدَنِهِ» (طوسی، ۱۳۹۰: ۲۳۷/۴).

از این روی گفته شده که از نظر آموزه‌های حقوق کیفری اسلام، هسته مرکزی در موضوع فلسفه تعزیرات، تأدیب و منع افراد از ارتکاب جرم می‌باشد. کیفر تعزیر، جنبه اصلاحی و تربیتی دارد و با توجه به اینکه تابع مصالح اجتماعی است، تشخیص این موضوع به حاکم اسلامی واگذار شده که باید طبق مصالح فرد و جامعه، شرایط زمانی و مکانی، ویژگی‌های اخلاقی، روانی و حتی خصوصیات جسمانی بزهکار به تعیین و اجرای کیفری تعزیری اقدام نماید (پیوندی، ۱۳۹۵: ۱۰۴).

اولویت دیگر ناظر به نوع مجازات تعزیری است؛ چرا که اگر دیدگاه انحصار تعزیر در شلاق را هم نپذیریم، در اینکه «شلاق» مهم‌ترین کیفر در تعزیرات شرعی است، تردیدی وجود ندارد و وضع «زندانی» به عنوان کیفر تعزیری با اما و اگرهایی روبه‌روست و حتی گفته شده که این کیفر در نتیجه ظلم و تعدی حاکمان ستمگر در طی قرون متمادی و برای رسیدن به مقاصد شوم آن‌ها به وجود آمده است (الخالصی، ۱۴۱۳: ۵) و بیش از اینکه مبتنی بر نصوص و فتاوی فقهی باشد، برگرفته از اختیارات و صلاحیت حکومت اسلامی برای برخورد با بزهکاران است و از این روی، اختیارات حکومت در تعیین روش‌های اجرای آن و پیش‌بینی سازوکارهای تأخیر، تبدیل و به ویژه سقوط مجازات گسترده‌تر خواهد بود.

پرسش دیگر در این زمینه، ناظر به هزینه‌های درمان و معالجه زندانی بیمار است. اگر زندانی در زندان بیمار شود، هزینه‌های درمان او بر عهده کیست؟ در این زمینه دو احتمال وجود دارد: احتمال نخست اینکه خود شخص باید هزینه را بپردازد؛ چون خودش سبب زندانی‌شدنش را فراهم کرده، بنابراین پیامدهای آن هم بر دوش خود اوست؛ احتمال دوم آنکه چون بیماری در حین اجرای حکم شرعی از سوی حاکم

شرعی ایجاد شده است، هزینه آن باید از بیت‌المال پرداخت شود که برای مصالح مسلمانان مهیا شده و این مورد هم از مصادیق منافع اجتماعی است (موسوی سبزواری، ۱۴۱۳: ۱۰۶/۲۸). در این زمینه، نصوص وارده و نیز سیره معصومان به ویژه سیره عملی امام علی علیه السلام مبنی بر مداوای حدخورده‌ها با هزینه بیت‌المال، احتمال دوم را تقویت می‌کند و مقتضای امتنان و سهولت شرعی نیز همین است.

یکی از مهم‌ترین مبانی فقهی حق سلامت زندانیان دارای بیماری سخت‌درمان، مبنای حقوق بشری است. حقوق بشر^۱ به معنای حقوق و امتیازاتی است که هر فرد به‌طور ذاتی، فطری و به‌صرف انسان بودن از آن بهره‌مند می‌شود. حقوق بشر دربردارنده حقوق طبیعی و حقوق قانونی است و مواردی همچون حق زندگی، آزادی، برابری، عدالت، دادخواهی عادلانه، حق حفظ در مقابل سوءاستفاده از قدرت، حفاظت در مقابل شکنجه، حفاظت از شرافت و خوشنامی، حق پناهندگی، حقوق اقلیت‌ها، حق شرکت در حیات اجتماعی، حق آزادی فکر، ایمان و سخن، حق آزادی دین، حق تجمع و اعلان، حقوق اقتصادی (حق حفظ مال، حق انتخاب کار، حق فرد بر اشتراک در امور ضروری مادی و معنوی)، حق تشکیل خانواده، حق تعلیم و تربیت، حق حفظ حیات فردی شخص و حق انتخاب آزاد محل زیست را در بر می‌گیرد. حقوق بشر از ویژگی‌هایی همچون جهان‌شمولی، غیر قابل سلب بودن، تبعیض‌ناپذیری، انتقال‌ناپذیری و تفکیک‌ناپذیری برخوردار است و از این روی به همه افراد در هر جایی از جهان تعلق دارد و هیچ کس را نمی‌توان از این حقوق محروم کرد. از سوی دیگر، همه افراد صرف‌نظر از نژاد، ملیت، جنسیت، مذهب، رنگ، زبان و... در برخورداری از این حقوق با هم برابرند و هیچ‌گونه تمایز، ارجحیت، محدودیت و محرومیت در بهره‌مندی از این حقوق ندارند و این حق‌ها قابل نقض نیستند. از دیدگاه اسلام، انسان ذاتاً دارای کرامت است؛ کرامتی که منسوب به خداوند است: «وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ» (اسراء/ ۷۰)؛ این کرامت ذاتی - انسانی، در متن تکوین و آفرینش انسان است؛ چون خداوند انسان را ذاتاً بر سایر موجودات ظاهری و باطنی، برتری و فضیلت داده است.

1. Human Rights.

در حدیث شریف نبوی هم که شالوده و بنای حقوق انسان‌ها را می‌توان در آن دید، آمده است:

«ای مردم! بدانید که پروردگارتان یکی و پدرتان نیز یکی است. بنابراین بدانید که نه عربی را بر عجم، و نه عجمی را بر عرب، و نه سرخ‌پوستی را بر سیاه‌پوستی و نه سیاه‌پوستی را بر سرخ‌پوستی برتری است؛ مگر به تقوا و پرهیزگاری».

در بعد حکومتی نیز امیرالمؤمنین علیه السلام در بیان روش برخورد با مردم و چگونگی حکومت بر مردم، به مالک اشتر چنین توصیه می‌فرماید:

«مهربانی با مردم را پوشش دل خویش قرار ده و با همه دوست و مهربان باش. مبادا چونان حیوان شکاری باشی که خوردن آنان را غنیمت دانی».

دایره محبت و توجه حاکم فقط ناظر به مسلمانان نیست و همه انسان‌ها با هر رنگ، نژاد و مذهب را در بر می‌گیرد؛ چرا که از نظر امام علیه السلام شهروندان دو دسته‌اند؛ دسته‌ای برادر دینی تو و دسته دیگر در آفرینش همانند تو هستند (ر.ک: جوان آراسته، ۱۳۹۷: ۶۱-۶۵). اسلام حق بر سلامت را با پایه‌ریزی مفهوم «حفظ الصحة» به رسمیت شناخته است. حق بر سلامت در زمره حقوق رفاهی قرار می‌گیرد و ارتباط و تفکیک ناپذیری غیر قابل انکاری با دیگر حقوق بشر دارد؛ به گونه‌ای که تحقق بسیاری از حق‌های بشری منوط به برخورداری از این حق مسلم بشری است. گفته شده که در اسلام، مقام سلامت در مرتبه بعد از ایمان و باور به خداوند مهربان قرار داده شده و پیامبر صلی الله علیه و آله در این زمینه فرموده است:

«پس از نعمت باور به خداوند مهربان و ایمان به او، نعمتی هم‌تا و همسنگ سلامتی به انسان ارزانی نشده است» (عبدی و کتابی رودی، ۱۳۹۳: ۱۰۳).

نویسندگان مسلمان، حقوق و تکالیف زیادی برای بیماران و پزشکان در دولت اسلامی قائل شده‌اند؛ از جمله اینکه بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد (البار، ۱۴۲۹: ۱۱۲-۱۲۰). اساساً دستورات اکید اسلام در زمینه نظافت و بهداشت و تغذیه و احکام اطعمه و اشربه و تحریم برخی خوراکی‌ها،

در راستای حفظ سلامت بوده است. در این میان، حمایت از سلامتی برخی گروه‌ها اهمیت دوچندان دارد؛ برای نمونه نه تنها بیماران از جهاد معذورند (توبه/ ۹۱)، بلکه به منظور تکریم سالمندان، جمهور فقها اتفاق نظر دارند که در جنگ با کفار، سالمندان کافر که در حال جنگیدن با مسلمانان نیستند، کشته شدنشان توسط سپاه اسلام حرام است (الرملی، ۱۴۱۰: ۶۴/۸). پرسش این است که اگر سلامتی به اندازه‌ای اهمیت دارد که یکی از مهم‌ترین تکالیف دینی از بیمار ساقط می‌شود و حتی اجازه کشتن کافران آن‌ها در جنگ را هم به مسلمانان نمی‌دهد، حکومت اسلامی بر چه مبنایی بیماری را که وضعیت وخیم دارد، برای منفعت ادعایی می‌تواند در زندان نگاه دارد؟ بر این اساس، حکومت اسلامی موظف است سازوکارهایی پیش‌بینی کرده و به کار بندد که اجرای مجازات سلامتی بیماران را به مخاطره جدی نیندازد؛ هرچند این سازوکار در قالب سقوط مجازات باشد.

۲-۱. مبانی حقوقی

حق سلامت نه تنها در زمره حقوق طبیعی است، بلکه در زمره حقوق قانونی به رسمیت شناخته شده در قوانین ملی و بین‌المللی است. در ادامه، مبانی و مستندات حقوق ملی و بین‌المللی مرتبط با حق سلامت بررسی شده است.

۱-۲-۱. حقوق بین‌الملل

حق برخورداری از سلامتی یکی از حق‌های بنیادین بشری شناخته شده در نظام بین‌المللی حقوق بشر است. حق بر سلامتی در پیوندی ناگسستنی با حق حیات (نسل اول حقوق بشر) قرار دارد و از سوی دیگر با حق بهداشت و تأمین اجتماعی گره خورده است. علاوه بر این، حق بر محیط زیست سالم که در نسل سوم حقوق بشر قرار دارد نیز از سرچشمه حق بر سلامتی سیراب می‌شود. به این ترتیب، حق بر سلامتی را می‌توان حلقه ارتباط نسل‌های مختلف حقوق بشر قلمداد نمود (زمانی، ۱۳۸۵: ۳۰). در سال ۱۹۴۶ برای نخستین بار حق بر سلامتی در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی^۱ مورد شناسایی

1. World Health Organization (WHO).

قرار گرفت. در مقدمه این اساسنامه، بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حق‌های بنیادی هر انسانی دانسته شده است. به دنبال آن، اعلامیه جهانی حقوق بشر مصوب ۱۹۴۸ (در بند ۱ ماده ۲۵) سلامتی را در زمره حق بهره‌مندی از استانداردهای مناسب زندگی قرار داد. اما روشن‌ترین و کامل‌ترین بیان از حق بر سلامتی در اسناد بین‌المللی، در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب ۱۹۶۶ یافت می‌شود. بند ۱ ماده ۱۲ این میثاق با الهام از اساسنامه سازمان بهداشت جهانی مقرر می‌دارد:

«دولت‌های عضو میثاق حق هر کس را به تمتع از بهترین حال سلامتی و روحی ممکن الحصول به رسمیت می‌شناسند».

و بند ۲ ماده ۱۲ به اقداماتی که باید از سوی دولت‌های عضو در تحقق کامل حق سلامتی اتخاذ شود، اشاره می‌نماید. در سال ۲۰۰۰ میلادی کمیته حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به عنوان مرجع صالح برای تفسیر میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در تفسیر کلی ماده ۱۲ قلمرو تعهدات دولت‌ها را برای ارتقای حق بر سلامتی شرح داده است. به نظر این کمیته، چهار عنصر ضروری برای حق بر سلامتی در تمام اشکال و سطوح آن جریان دارند که عبارت‌اند از: در اختیار بودن، در دسترس بودن، قابل پذیرش بودن و کیفیت (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۴۳).

در تحلیل عناصر چهارگانه گفته شده در اختیار بودن به این معناست که تسهیلات کالاها و خدمات مزبور باید به مقدار و کیفیت کافی در داخل کشور عضو مهیا و آماده باشد. این امکانات باید شامل عوامل اصلی مؤثر در سلامتی، نظیر آب آشامیدنی سالم و مطمئن، تسهیلات کافی نظافت، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و سایر اماکن مربوط به سلامتی، پرسنل آموزش‌دیده پزشکی و حرفه‌ای باشد. قابل دسترس بودن به این معناست که تسهیلات کالاها و خدمات مربوط به سلامتی باید در دسترس همگان به ویژه آسیب‌پذیرترین یا به حاشیه رانده‌شده‌ترین بخش‌های جمعیت و بدون هیچ تبعیضی مبتنی بر دلایل نژادی و غیره قرار گیرد. در دسترس بودن، خود ابعاد چهارگانه دارد: عدم تبعیض، قابل دسترس بودن فیزیکی، قابل دسترس بودن اقتصادی - که مردم بتوانند از عهده پرداخت هزینه‌های آن‌ها برآیند- و قابل دسترس بودن اطلاعات مربوط به

سلامتی (کریون، ۱۳۸۸: ۵۵۰). قابل پذیرش بودن بدین معناست که تمام تسهیلات کالا و خدمات سلامتی باید با مراعات اخلاق پزشکی و در نظر گرفتن فرهنگ افراد، اقلیت‌ها، جوامع و ملاحظه مقتضیات جنسی و چرخه حیات و البته با احترام به اصول رازداری در اختیار نهاده شود و بالاخره، طیف متنوع امکانات باید از نظر علمی و پزشکی نیز دارای کیفیت خوبی باشد. این امر از جمله مستلزم پرسنل کارآزموده پزشکی، داروهای تأییدشده علمی و دارای تاریخ مصرف معتبر است (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۵۱). امکانات پزشکی از جمله شامل نیروی انسانی نیز هست و نه تنها حضور یک پزشک عمومی در زندان الزامی است، بلکه باید در دسترس بودن پزشک متخصص برای موارد ضروری نیز تضمین گردد (Council of Europe, 2006, Art. 41, Para. 1)؛ در حالی که آنچه امروز به ناکارآمدی سیاست اصلاح و درمان و شکست جرم‌شناسی بالینی مشهور شده است^۱ عمدتاً ناشی از عدم تدارک امکانات انسانی - ساختاری است که سیاست بازپروری محکومان به آن نیاز دارد (ابراهیمی، ۱۳۹۸: ۹۲۸/۴). از این روی در برخی کشورها سازوکارهایی برای دسترسی به یک دندان‌پزشک در زندان نیز پیش‌بینی شده است (UK Statutory, 1999: Art. 20, Para. 5).

مبنای اصلی حق سلامت در حقوق بین‌الملل، «حق حیات»^۲ است. این حق بدان معناست که هر انسانی به صرف انسان بودن حق زنده بودن و زندگی کردن را به ارث برده است و هیچ کس نباید به هیچ عنوان از این حق محروم شود. حق حیات بنیادی‌ترین حق بشر است و دیگر حقوق بشر متوقف بر این حق است و بدون حق زنده بودن، حقوق دیگر ارزش و کارایی ندارند. مطابق بند یک ماده شش میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی: حق زندگی از حقوق ذاتی شخص انسان است. این حق باید

۱. ماهیت زندان و فضای بسته آن، مستعد بروز بیماری‌های جسمانی و به ویژه روانی است و این پیامدها حتی با وجود فراهم بودن امکانات سخت‌افزاری در زندان نیز خود را نشان می‌دهد؛ برای نمونه، زندان سالداد در ایالات متحده در دوران بعد از جنگ جهانی و بسیار پیشرفته و با تمام چیزهایی که یک زندان می‌توانست داشته باشد، ساخته شد. این زندان دارای راهروهای رنگین، زمین بیس‌بال، ورزشگاه، سالن سینما، چندین کلاس و سلول‌های انفرادی بود. لکن طولی نکشید که برنامه‌های اصلاحی آن شکست خورد تا جایی که دانشمندی مانند «بی» که در ابتدا زندان سالداد را زندانی شایسته در تاریخ زندان‌ها توصیف کرده بود، در کتابش نوشت که این آرمان‌شهر، به یک بیمارستان روانی تبدیل شد (ارل، ۱۳۹۷: ۸۲).

2. The right to life.

به موجب قانون حمایت بشود. هیچ فردی را نمی‌توان خودسرانه و بدون مجوز از زندگی محروم کرد. مفهوم حق حیات نه تنها متضمن منع تعرض دولت و افراد به سلامتی و تمامیت جسمانی شهروندان است، بلکه مواردی همچون قتل با رضایت بیماران صعب‌العلاج (آتونازی) را هم با چالش جدی مواجه کرده است (قاری سیدفاطمی، ۱۳۷۹: ۱۵۸-۱۶۱).

بهره‌مندی از حق حیات، مستلزم رعایت حق سلامت است و بر این اساس، دولت باید امکانات و شرایط برخورداری از سلامت جسمی و روحی را برای همه شهروندان از جمله محکومان و افرادی که در محیط بسته زندان به سر می‌برند، فراهم آورد. آنچه از بررسی اسناد بین‌المللی مرتبط با حق سلامتی برمی‌آید، تمرکز و کوشش اسناد و نهادهای بین‌المللی بر دو محور «عدالت» و «اولویت» و ایجاد توازن مثبت در این زمینه است.

از یک سو حق سلامت یک حق بشری دانسته شده که باید بدون هر گونه تبعیض و صرف نظر از وضعیت قومی، مذهبی، جنسی، حقوقی و... برای همگان تأمین شود. از این منظر زندانیان نیز باید همانند دیگران از امکانات و تضمینات این حق بهره‌مند گردند. از سوی دیگر، زندانیان به جهت گرفتار بودن در محیط بسته و درگیر بودن با عوامل تهدیدکننده سلامتی از اولویت بیشتری برای بهره‌مندی از این حق برخوردارند و همان گونه که گفته شده، در کنار حقوق اساسی مربوط به کلیه انسان‌ها، زندانیان به سبب وضعیت خود باید از محافظت‌های افزون‌تری برخوردار شوند و هنگامی که یک دولت افراد را از آزادی‌شان محروم می‌کند، مسئولیت مراقبت از سلامتی آنان را چه در خصوص شرایط نگهداری و چه درمان‌های فردی آنان که ممکن است در نتیجه نگهداری‌شان لازم باشد، عهده‌دار می‌شود (Coyle & Fair, 2018: 50). این مسئولیت همچنین مستلزم رایگان بودن دسترسی به امکانات پزشکی برای زندانیان خواهد بود (ODIHR, 2018: 145).

همانند این اولویت در میان خود زندانیان نیز لازم‌الرعايه است و برخی گروه‌های زندانیان به ویژه بیماران سخت‌درمان و بی‌درمان باید در اولویت اقدامات تقنینی و اجرایی حفظ سلامتی قرار گیرند و در صورت نبود این امکانات در زندان،

سازوکارهایی برای درمان آن‌ها در بیرون زندان پیش‌بینی گردد.

امروزه آزادی زودهنگام، مرخصی، کاهش مجازات یا عفو زندانی، از جمله استانداردهای بین‌المللی رفتار با عموم زندانیان بیمار است و در خصوص زندانیانی که دچار بیماری‌های وخیم هستند و امیدی به معالجه آنان نیست، توصیه شده که آن‌ها باید آزاد شده و در مکانی تحت نظر قرار گیرند تا بتوان آخرین معالجه‌های پزشکی را با کمک خانواده و دوستان روی آن‌ها انجام داد (سازمان اصلاحات جزایی بین‌المللی، ۱۳۸۱: ۸۳).

به هر روی در شناسایی و کاربرست حمایت‌های ترجیحی در خصوص محکومان بیمار نباید بر ذهنیت‌های سنتی مبتنی بر اصل تساوی مجازات‌ها در چارچوب عدالت کمی پافشاری کرد؛ چرا که این ارفاقات کیفری در چارچوب سیاست کیفری تفریدی مبتنی بر عدالت کیفی، قابل درک و تحلیل است.

۲-۲-۱. حقوق داخلی

اصل ۳۹ قانون اساسی ج.ا.ا. رعایت کرامت انسانی متهمان و محکومان کیفری را مورد توجه قرار داده و هتک حرمت و حیثیت زندانی را به هر صورت که باشد، ممنوع و موجب مجازات دانسته است. اصل ۲۹ نیز حق بر خدمات بهداشتی و درمانی را برای همگان به رسمیت شناخته و مقرر می‌دارد:

«تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری و پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و... حقی است همگانی».

انضمام دو اصل، مقتضی رعایت خدمات و مراقبت‌های بهداشتی در خصوص زندانیان بیمار به ویژه مبتلایان به بیماری‌های سخت‌درمان است.^۱

۱. از چشم‌انداز حقوق عمومی، تعهدات دولت در قبال ارتقای حق بر سلامت دارای سه بعد است: تعهد به احترام؛ یعنی دولت به شیوه‌ای عمل کند که آزادی عمل فرد و کرامت او حفظ شود. در رابطه با حق بر سلامت، این امر از طریق قوانین و سیاست‌های حکومتی اعمال می‌شود. تعهد به حمایت که طبق این تعهد، حقوق افراد محترم است و نه تنها دولت نباید مداخله کند، بلکه باید از مداخله اشخاص ثالث هم جلوگیری به عمل آورد. تعهد به ایفاء که طبق این تعهد، دولت‌ها ملزم به انجام اقداماتی هستند که افراد را در عمل قادر به برخورداری از سلامت می‌کند؛ از جمله این اقدامات، اقدامات تقنینی، اداری، بودجه‌ای و قضایی است (عباسی، رضایی و دهقانی، ۱۳۹۳: ۱۸۵).

مبنای اصلی حق سلامت در حقوق داخلی «کرامت انسانی»^۱ است. اسلام برای انسان دو نوع کرامت طبیعی یا ذاتی و کرامت اکتسابی قائل شده است. برخی گفته‌اند که از نتایج اجتماعی کرامت ذاتی انسان، حق حیات وی در میان همه جانداران و هم‌نوعان می‌باشد و همه افراد انسانی به تساوی از این حق برخوردارند (هاشمی، ۱۳۹۴: ۹۳/۱). تکریم انسان و برتری او بر همه موجودات، در آیه ۷۰ سوره اسراء و «ایمان به کرامت و ارزش والای انسان» در بند ششم اصل دوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مورد تأکید قرار گرفته است. برخی گفته‌اند که کرامت ذاتی، مبنای حقوق بشر محسوب می‌شود و افراد بما هو انسان، از حقوق بشر بهره‌مند بوده و در دوران پسااجتماع و پدید آمدن حکومت‌ها و فرمانروایی هیئت حاکمه، مدعی حق‌های بشری خود هستند (حبیب‌زاده و فرج‌پور اصل مرندی، ۱۳۹۵: ۱۱۵). این حق نیز از خصیصه تبعیض‌ناپذیری برخوردار است و دولت باید اصل و لوازم این حق را به طور یکسان در مورد افراد عادی و محکومان جزایی تضمین نماید و روشن است که سلامت افراد از مهم‌ترین ابعاد کرامت انسانی است و رعایت این حق در خصوص زندانیان بیمار، مقتضی انجام اقدامات درمانی و معالجاتی است.

در نظام حقوقی ایران، ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲ مربوط به بیماری محکومان جزایی است که به طور کلی بیماری جسمی یا روانی محکوم‌علیه را موجب تعویق اجرای مجازات دانسته است. مواد ۵۰۱ و ۵۰۳ این قانون نیز وضعیت ویژه بانوان و جنون محکوم‌علیه را مورد توجه قرار داده‌اند. همچنین برابر تبصره ۲ ماده ۶۹ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌های کشور، محکومان معرفی‌شده به زندان که وضعیت ظاهری آن‌ها حکایت از بیماری‌های روانی و جسمانی دارد، باید پیش از پذیرش، توسط پزشک معتمد مورد معاینه قرار گرفته و در صورت نیاز به مراقبت‌های پزشکی و بیمارستانی، مراتب به قاضی مربوط اعلام گردد.^۲

1. Human dignity.

۲. با وجود ثبت وضعیت پزشکی در پرونده زندانیان، گفته شده که در بدو ورود بیماران خاص، از جمله مبتلایان به ایدز و هپاتیت شناسایی می‌گردند و در خصوص آن‌ها با احتیاط بیشتری اقدام می‌شود. هرچند که در بیشتر زندان‌ها این بیماران از سایر زندانیان تفکیک نمی‌شوند و در کنار دیگران زندگی می‌کنند و در بیشتر موارد سعی بر آن است که سایر زندانیان از این امر اطلاعی پیدا نکنند (ابراهیمی، ۱۳۹۸: ۹۲۰).

آیین‌نامه پیش‌گفته مقررات دیگری در حمایت از حق سلامت زندانیان به ویژه بیماران سخت‌درمان و بی‌درمان پیش‌بینی کرده که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: رسیدگی به وضع بیماران صعب‌العلاج یا لاعلاج و اقدام بر اساس مقررات آ.د.ک. (تبصره ماده ۱۰۳ آ.س.ز)؛ ضرورت اعطای مرخصی یک ماهه و امکان تمدید آن به زندانیانی که مبتلا به بیماری صعب‌العلاج باشند یا امکان معالجه آنان در زندان فراهم نباشد یا ادامه حبس موجب شدت بیماری یا تأخیر در بهبودی‌اش باشد یا اینکه قادر به تحمل حبس نباشند (ماده ۲۲۹ آ.س.ز) و ضرورت ارائه پیشنهاد عفو از جانب رئیس زندان برای محکومان مبتلا به بیماری‌های روانی و بیماری‌های خاص و لاعلاج (تبصره ماده ۱۱۶ و تبصره ماده ۱۲۹ آ.س.ز).

با وجود این، رویکرد قانونی - قضایی در ایران بیشتر ناظر به نگهداری و درمان زندانیان بیمار در محیط زندان یا بیمارستان تحت نظارت مقامات قضایی است، در حالی که تأمین نیازهای درمانی و مراقبتی بیماران، نیاز به تجهیزات خاصی دارد که در بسیاری از شهرهای محروم و دورافتاده نه تنها در زندان، بلکه در بیمارستان هم وجود ندارد. از این روی در کشورهای مختلف، قانون‌گذار این امکان را پیش‌بینی کرده است که اگر بزهکار به دلیل بیماری یا ضعف جسمی و... توان تحمل کیفر را نداشته باشد، از تحمل آن معاف شود (خانی، لکی و نصرآبادی، ۱۳۹۲: ۱۱۴). از سوی دیگر در نظام حقوقی ایران، بالاترین ارفاق قانونی برای بیماران سخت‌درمان، استفاده از نهادهایی همچون تعویق یا تبدیل - و در چارچوب فرایند اجرای مجازات - است، در حالی که جهات زیادی ایجاب می‌کند که بیماری سخت‌درمان یا بی‌درمان زندانی به عنوان عذر قانونی و الزام‌آور برای پایان زندان و رهایی از آن در نظر گرفته شود.

۲. قلمرو بیماری‌های سخت‌درمان

بررسی و تحلیل پیامدهای کیفری بیماری سخت‌درمان بدون شناخت قلمرو این بیماری‌ها و مصادیق آن امکان‌پذیر نیست. هرچند در دید نخست، بیماری سخت‌درمان بیماری‌هایی همچون سرطان دانسته می‌شود، از دیدگاه کارشناسی، بیماری سخت‌درمان مفهومی گسترده‌تر از بیماری‌های درمان‌ناپذیر و بیماری‌های نادر و خاص دارد. از

جنبه مفهومی، بیماری سخت‌درمان^۱ به بیماری‌هایی گفته می‌شود که پاسخ به درمان آن دشوار و دوره درمان آن زمان‌بر و پرهزینه است (Miller & Keane & O'Toole, 2003: 163). اما بیماری بی‌درمان یا درمان‌ناپذیر^۲ مفهومی محدودتر دارد و به بیماری‌ای گفته می‌شود که هیچ درمانی و یا درمان مناسبی برایش وجود نداشته باشد و در کوتاه‌مدت سبب مرگ بیمار شود.

در قانون تأمین اجتماعی انگلستان، بیماری درمان‌ناپذیر (لا‌علاج) به «یک بیماری پیش‌رونده که مرگ به عنوان پیامد منطقی آن در عرض ۶ ماه قابل انتظار است» تعریف شده است (Farlex, 2012: 413). در واقع، وجه تمایز این دو، «امید به درمان» در گونه نخست - هرچند زمان‌بر و با سختی و هزینه زیاد - و نبود امید به درمان و «انتظار مرگ» در گونه دوم است.

از سوی دیگر، بیماری‌های نادر بیشتر دارای زمینه‌های ژنتیکی و با شیوع بسیار کم هستند. با توجه به دسته‌بندی‌های علمی و جهانی «بنیاد بیماری‌های نادر» ایران که یک سازمان خصوصی و مردم‌نهاد است، حدود ۲۰ انجمن بیماری‌های نادر و ژنتیکی همچون ALS، دیستروفی، آتروفی، MPS و EB را تحت حمایت خود قرار داده است. اما بیماری خاص مفهومی محدودتر دارد و تنها بیماری‌های تالاسمی، هموفیلی و دیالیز با نام بیماری خاص شناخته می‌شوند؛ به گونه‌ای که «بنیاد بیماری‌های خاص» نیز در درجه نخست این بیماری‌ها را تحت حمایت خود قرار داده که هزینه‌های آن به صورت کاملاً رایگان است و تحت پوشش بنیاد امور بیماری‌های خاص انجام می‌شود.^۳ در ادامه، مصادیق بیماری‌های سخت‌درمان جسمی، واگیردار و روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱-۲. بیماری‌های جسمی

آنچه در تعریف بیماری سخت‌درمان گفته شد، به جهت لغزندگی مفهومی خود

1. Refractory.
2. Terminal illness.

۳. گفتنی است که در حال حاضر به دلیل میزان شیوع و هزینه‌های بالای درمانی، برخی بیماران صعب‌العلاج (مانند سرطان، ام.اس.، پیوند کلیه، دیابت و ای.بی.، متابولیک، پروانه‌ای و اوتیسم) نیز تحت پوشش این بنیاد قرار دارند.

به تنهایی برای تعیین دامنه این بیماری‌ها راهگشا نیست و باید معیار دقیق‌تری در این زمینه جستجو کرد. شوربختانه قوانین موضوعه دقیقی در این زمینه وجود ندارد و آنچه هست، آیین‌نامه‌های داخلی و رویه‌های عملی متغیر سازمان‌های خدمات‌رسان به بیماران سخت‌درمان است؛ برای نمونه برابر دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند مصوب ۱۳۹۳/۰۲/۱۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجموعاً ۱۸ بیماری: هموفیلی، تالاسمی، ام.اس.، دیالیز خونی، دیالیز صفاقی، پیوند کلیه، کاشت حلزون، سرطان، سوختگی، بستری طولانی‌مدت در بخش‌های ویژه، بیماری‌های روانی، پیوند اعضا و فراهم‌آوری، بی.ام.تی.، مسمومیت‌ها، اسکولپوز، صرع مقاوم به درمان، هیپاتیت مقاوم در تالاسمی و هموفیلی و جراحی دی.بی.اس. برای بیماران پارکینسون و دیستونی، مشمول حمایت مالی این وزارتخانه هستند (وزارت بهداشت، ۱۳۹۳: ۴۸) و برابر دستورالعمل بسته حمایتی بیماران خاص، صعب‌العلاج و پیوند نیز بیماری‌های خاص مورد حمایت شامل هموفیلی، تالاسمی، دیالیز خونی، ام.اس.، متابولیک و بال‌پروانه‌ای است و بیماری‌های صعب‌العلاج شامل پیوند اعضا (کلیه، کبد، قلب، ریه، روده، پانکراس و مغز استخوان) و سرطان است (<www.medcare.health.gov.ir>).

در این زمینه، مصوبه ستاد کل نیروهای مسلح در سال ۱۳۸۶ در خصوص حمایت درمانی از بیماران خاص نیروهای مسلح دارای اهمیت است که در مرحله اول، ۱۷ گروه بیماری به عنوان صعب‌العلاج شناخته شد و در بازنگری آن، ۱۲ بیماری دیگر به آن‌ها اضافه شد و در حال حاضر، ۲۹ گروه از بیماران مشمول این طرح شده‌اند که علاوه بر بهره‌مندی از خدمات بیمه اولیه و مکمل درمان، از مزایای درمانی خارج از شمول تعهدات نیز استفاده می‌کنند.

۲۹ گروه بیماری تحت پوشش سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح شامل هموفیلی، تالاسمی، دیالیز، پیوند کلیه، مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس.)، پیوند اعضا (قلب، ریه، کبد و مغز استخوان)، انواع بیماری‌های بدخیم (غیر از تومورهای محدود پوستی)، دیابت قندی وابسته به انسولین، سیروز کبدی (بیماری‌های پیشرفته کبدی)، هیپاتیت (D, B, C)، فیروز ریه، بیماری نارسایی مزمن کلیه (غیر دیالیزی)، بیماری

CHF پیشرفته (نارسایی قلبی)، بیماری‌های همراه با استومی بلندمدت، اسکیزوفرنی، تومورهای خوش خیم مغزی عارضه‌دار، دیابت بی‌مزه، نارسایی تنفسی شدید نیازمند اکسیژن‌درمانی، کارگزاری فیبریلاتور قلبی (ICD)، نارسایی قلبی (مراحل پیشرفته)، معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰، فلج دائمی حداقل دو اندام CP و قطع نخاع، بیماری‌های متابولیک ناتوان‌کننده، بیماران دچار آلزایمر بالای ۶۰ سال نیازمند نگهداری، سوختگی شدید منجر به اختلال عملکرد حرکت واضح و کرون و کولیت اولسراتیو، بیماری‌های روماتیسمی شدید و مقاوم به درمان‌های معمول شامل: آرتریت، روماتوئید، لوپوس و اسپوندیلیت انکیلوزان، پسوریازیس عارضه‌دار مقاوم به درمان، کاشت حلزون شنوایی و بیماری‌های تحریک عصبی نخاع، آمیوتروفیک لیترال اسکلروزیس (ALS) می‌شود (<<https://www.tamin.ir>>).

این فهرست تنها دسته‌بندی جامع و مشخص از بیماری‌های سخت‌درمان در نظام حقوقی ایران است که رفته‌رفته در خصوص بیماران عادی هم در حال اعمال است. با وجود این در عرف پزشکی، بیماری‌های سخت‌درمان گونه‌های زیادی دارند که دقیقاً منطبق با این فهرست نیست. برخی از این بیماری‌ها نیاز به «مراقبت‌های ویژه» و برخی نیاز به «درمان‌های ویژه» دارند. آرتریت،^۱ روماتیسم مفصلی،^۲ اسپوندیلیت انکیلوزان،^۳ اسکلورز جانبی آمیوتروفیک،^۴ لوپوس،^۵ مولتیپل اسکلروزیس،^۶ سوختگی پسوریازیس،^۷ میوپاتی،^۸ نوروپاتی،^۹ استوما،^{۱۰} سرطان یا چنگار،^{۱۱} کاشکسی،^{۱۲}

1. Arthritis.
2. Rheumatoid Arthritis.
3. Ankylosing Spondylitis.
4. Amyotrophic Lateral Sclerosis.
5. Systemic Lupus Erythematosus.
6. Multiplesclerosis.
7. Psoriasis.
8. Miophaty.
9. Neueopathy.
10. Stoma.
11. Cancer.
12. Cachexia.

آدیسون^۱ و پارکینسون^۲ در مراحل پیشرفته، از جمله بیماری‌هایی هستند که نیاز به مراقبت‌های ویژه دارند و درمان‌ها حمایتی و نگهدارنده و در جهت تسکین درد و کاهش عوارض است. بیماران پیوندی یا قطع نخاعی هم در این دسته قرار دارند (ولی‌نواز و واحدی‌زاده، ۱۳۹۷: ۱۶۰). در این بیماری‌ها به جهت ضعیف شدن یا از بین رفتن عملکرد اعضای داخلی و بیرونی بدن، فرد محدودیت‌های حرکتی دارد و نیازمند مراقبت و همراهی و پرستاری ویژه است و در زمانی که بیمار در زندان به سر می‌برد، این امکانات برای او فراهم نیست و در حال حاضر در بیشتر و چه بسا می‌توان گفت در هیچ یک از زندان‌های ما چنین بخش‌های مجهز درمانی برای نگهداری این گونه افراد وجود ندارد.

افزون بر این، برخی از بیماری‌ها نیز وجود دارند که نیاز به مداخلات درمانی ویژه دارند. سیروز کبدی،^۳ کبد چرب، افزایش فشار خون ریوی،^۴ بیماری مزمن انسدادی ریه،^۵ نارسایی قلبی،^۶ کاردیومیوپاتی،^۷ نارسایی کلیوی،^۸ دیابت،^۹ سندرم کوشینگ،^{۱۰} آسم،^{۱۱} بیماری‌های التهابی روده،^{۱۲} نمونه‌هایی از این دسته‌اند. این بیماری‌ها در مراحل اولیه ممکن است با نظارت پرشکان زندان بر مصرف دارو با استفاده از تجهیزات درمانگاهی زندان قابل کنترل باشند، اما با پیشرفت بیماری، بیمار باید در بخش‌های مراقبتی ویژه بستری شده و تحت درمان قرار گیرد تا با انجام آزمایشات دوره‌ای و مشاهده میزان تأثیر دارو یا اقدامات پزشکی، جلوی پیشرفت بیماری گرفته شود.

1. Addison.
2. Parkinson.
3. Cirrhosis.
4. Pulmonary Hyper Tension.
5. Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
6. Cardiomyopathy.
7. Diabetes.
8. Cushing Syndrome.
9. Asthma.
10. Inflammatory Bowel Disease.

از آنجا که سلامت، بزرگ‌ترین موهبت خدادادی و مهم‌ترین حق بشری است، حاکم بر دیگر حقوق و به ویژه حق عمومی مجازات بزهکاران است. بر مبنای چنین رویکردی، تشخیص بیماری سخت‌درمان، پیرو دو ضابطه قانونی و عرفی است؛ از یک سو باید به فهرست ۲۹ گانه ستاد کل نیروهای مسلح، به عنوان «فهرست حداقلی» و الزامی بیماری‌های سخت‌درمان نگریسته شود (ضابطه قانونی) و از سوی دیگر چنانچه در عرف پزشکی بیماری وجود دارد که درمان آن دشوار، زمان‌بر و پرهزینه است (ضابطه عرفی)، بایستی به عنوان بیماری سخت‌درمان شناخته شده و ارفاقات قانونی در مورد آن اعمال گردد. بر این اساس، بیماری سخت‌درمان محدود به بیماری‌های جسمی غیرواگیردار نیست و اولاً بسیاری از بیماری‌های واگیردار مانند ایدز و هپاتیت نیز در زمره بیماری سخت‌درمان به شمار می‌آیند و ثانیاً بیماری سخت‌درمان تنها بیماری جسمی نیست و شامل بسیاری از بیماری‌های روانی همچون شیذوفرنی و آلزایمر و مانند آن هم هست.

۲-۲. بیماری‌های واگیردار

بیماری‌های عفونی و واگیردار بیشتر از آن هستند که شمرده شوند، لکن کشنده‌ترین بیماری‌های واگیردار که علت مرگ میلیون‌ها نفر در سراسر جهان بوده‌اند، شامل بیماری‌های سل، ایدز، وبا، مالاریا، سرخک، سیاه سرفه، تب زرد، کزاز، مننژیت، هپاتیت B و بیماری‌های عفونی دستگاه تنفسی تحتانی است (طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۵: ۱۱۳-۱۶۳). پژوهش‌های میدانی نشان داده که ارتباط معناداری بین زندان، اعتیاد و بیماری‌های عفونی و واگیردار مانند ایدز، سفلیس و حتی هپاتیت وجود دارد (ولی‌نواز و واحدی‌زاده، ۱۳۹۷: ۱۵۸). همراهی و هم‌پیوندی نزدیک زندان و مواد مخدر قابل انکار نیست.

در گزارش جهانی مواد مخدر که به تازگی از سوی مرکز مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل ارائه شده، تحلیل مفصل و عمیقی از مصرف مواد و پیامدهای ناگوار آن بر سلامت در محیط زندان ارائه شده است. این گزارش نشان می‌دهد که شیوع بیماری‌های عفونی همچون اچ.آی.وی، هپاتیت سی، و سل و همچنین خطرات

مربوط به آن‌ها، به طور نسبی در زندان‌ها در مقایسه با جمعیت کل بیشتر است؛ در حالی که در همین گزارش آمده است که ۴۶ کشور، امکان ارائه درمان جایگزین مواد شبه افیونی در زندان را ندارند و برنامه‌های سوزن و سرنگ نیز در زندان بسیار به ندرت در دسترس است و فقدان چنین برنامه‌هایی در ۸۳ کشور تأیید شده است (UNODC, 2019: 7). محدودیت دسترسی به امکانات بهداشتی، دشوار شدن حفظ بهداشت فردی و عدم امکان تغذیه مناسب و بیماری‌هایی همچون آلودگی به ایدز، هپاتیت، آنفلوآنزا، سل ریوی، عفونت‌های انگلی، بیماری‌های پوستی و بیماری‌های منتقله از راه جنسی، از جمله مشکلات و بیماری‌های شایع در زندان‌های شلوغ هستند که سلامت جسمی زندانیان را تهدید می‌کنند (کاظمی، ۱۳۹۶: ۲۵۴).

با وجود این، واقعیت پزشکی و بهداشتی این است که حتی در شرایطی که جمعیت زندانیان متناسب با فضای زندان باشد، این جمعیت بیش از جمعیت عادی در معرض خطر مشکلات بهداشتی است. حال اگر در چنین محیطی، تعداد زندانیان هم افزایش یابد، بر شدت مشکلات بهداشت فردی شامل بیماری‌های عفونی مزمن و اختلالات روانی نیز افزوده می‌گردد. از این روی در کنار کوشش‌های متعارف برای اصلاح و درمان معتادان، شایسته است اقدامات قانونی و قضایی صریح و روشن‌تری برای شناسایی اعتیاد به عنوان یکی از مصادیق بیماری سخت‌درمان و اعمال ارفاقات قانونی در این زمینه برداشته شود.

۲-۳. بیماری‌های روانی

بیماری روانی اعم از جنون یا سایر اختلالات روحی و روانی است. آلزایمر شایع‌ترین بیماری در میان افراد بالای ۶۵ سال است. این بیماری نوعی اختلال عملکرد مغزی است که بر اثر آن به تدریج توانایی‌های ذهنی بیمار تحلیل می‌رود. در بیماری ام.اس. نیز سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بینند و این آسیب‌دیدگی می‌تواند در توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط هستند، اختلال ایجاد کند. اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، اختلال استرس حاد، سایکوز، اوتیسم و اختلال هذیانی، نمونه‌های دیگری از بیماری‌های روانی هستند. بیشتر بیماری‌های روانی

برخلاف بیماری‌های جسمی، آثار بیرونی آشکاری ندارند و پیشرفت آن‌ها در مراحل ابتدایی آهسته و پیوسته است. بنابراین حتی بیماری‌هایی مانند افسردگی و اضطراب نیز اگر در مراحل ابتدایی مورد بررسی و رسیدگی جدی‌تر قرار نگیرند، با توجه به عوامل تشدیدکننده بیماری‌های روانی در زندان، پس از زمان اندک درمان آن‌ها دشوار و چه‌بسا غیر ممکن گردد. از این روی اقدامات تشخیصی در بدو ورود زندانی و تشکیل پرونده پزشکی و بررسی مستمر سلامت روانی زندانیان، ضرورت دوچندان دارد. این نکته را هم باید در نظر داشت که اثر مجازات به جهت ترس‌آوری و خوارکنندگی، بر ایجاد و تشدید بیماری و یا تأخیر در بهبودی، بیشتر و ویرانگرتر از اثر آن بر بیماری‌های جسمی است. با وجود این، پژوهش‌های میدانی نشان می‌دهد که پزشکی قانونی در احراز مفهوم «عدم تحمل کیفر» بیشتر به بیماری‌های جسمی مانع اجرای مجازات بدنی نظر دارد. نتایج یک پژوهش نشان داده موارد مهم بیماری‌هایی که موجب عدم تحمل کیفر شلاق می‌شوند، عبارت‌اند از: نارسایی حاد و مزمن قلب، کبد، کلیه و تنفسی؛ پیوند عضو؛ وجود اختلالات همولیزدهنده و انعقادی؛ ابتلا به بیماری‌های عروقی قلب، افزایش فشار خون شدید؛ ابتلا به ضایعات پوستی دارای پدیده کوبنر؛ ابتلا به بیماری صرع؛ بیماران شدیداً ناتوان و کاشکتیک مانند مبتلایان به بدخیمی‌ها، سل پیشرفته، ایدز، و کلیه شرایط مرحله پایانی بیماری (میرجیلی و همکاران، ۱۳۹۷: ۴۶۶۷)؛ در حالی که بیماری روانی نیز می‌تواند در زمره بیماری سخت‌درمان به شمار آمده و درمان بیمار در زندان ناممکن باشد.

۳. آثار حق سلامت بیماری سخت‌درمان

در نظام حقوقی کنونی ما، پیامدهای حقوقی بیماری محکوم‌علیه در قالب تعویق و یا تبدیل مجازات نمایان می‌شود. هرچند تأخیر در اجرای مجازات یا تبدیل آن گام بزرگی در راستای حفظ سلامتی محکوم‌علیه است، لکن بسنده نیست و دست کم در مورد زندانیانی که به بیماری‌های سخت‌درمان دچارند، معافیت و سقوط مجازات باید مورد بررسی قرار گیرد. در ادامه، پیامدهای قانونی موجود در خصوص بیماری محکومان بررسی شده و نهاد سقوط مجازات امکان‌سنجی می‌گردد.

۳-۱. تعویق اجرای مجازات

برابر ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری:

«هر گاه محکوم علیه به بیماری جسمی یا روانی مبتلا باشد و اجرای مجازات موجب تشدید بیماری و یا تأخیر در بهبودی وی شود، قاضی اجرای احکام کیفری با کسب نظر پزشکی قانونی تا زمان بهبودی، اجرای مجازات را به تعویق می‌اندازد».

گفته شده که این تعویق شامل اجرای همه مجازات‌ها، اعم از حدود، قصاص، دیات و تعزیرات می‌گردد و تا بهبودی محکوم علیه ادامه می‌یابد (خالقی، ۱۳۹۳: ۳۹۷).
تعویق اجرای مجازات محکوم علیه در بردارنده بیماری‌های جسمی (شامل بیماری‌های حرکتی، واگیردار و مانند آن) و روانی (شامل جنون و اختلالات روحی و روانی) است و در صورتی انجام می‌شود که اجرای مجازات، موجب «تشدید بیماری» و یا «تأخیر در بهبودی» بیمار شود. با وجود این، قانون‌گذار در ماده ۵۰۳ قانون آیین دادرسی کیفری در جرایم تعزیری، نوع خاصی از بیماری روانی یعنی جنون را - جز در مجازات‌های مالی که از اموال محکوم علیه وصول می‌شود-، به طور مطلق موجب تعویق دانسته است: «هر گاه محکوم علیه در جرائم تعزیری، پس از صدور حکم قطعی، مبتلا به جنون شود، تا زمان افاقه، اجرای حکم به تعویق می‌افتد».

در واقع می‌توان گفت قانون‌گذار تشدید بیماری یا تأخیر در بهبودی را در مورد «بیماری جنون» مسلم فرض کرده و جنون را اماره قانونی تشدید بیماری دانسته است. حکم تعویق اجرای مجازات موضوع ماده ۵۰۱ ق.آ.د.ک. ناظر به زمانی است که محکوم علیه پس از صدور حکم قطعی و پیش از ورود به زندان دیوانه شود.^۱ با وجود این، هر گاه حین اجرای مجازات نیز بیماری حادث شود و تعویق اجرای مجازات فوریت داشته باشد، قاضی اجرای احکام کیفری ضمن صدور دستور توقف اجرای آن، طبق

۱. به تازگی برابر بند الف ماده ۲ دستورالعمل ساماندهی زندانیان و کاهش جمعیت کیفری زندانیان مصوب ۱۳۹۸/۵/۳۱ رئیس قوه قضاییه، به منظور کاهش صدور قرارهای تأمین کیفری منتهی به بازداشت، دادستان‌ها یا معاونان آن‌ها تا حد امکان باید شخصاً نسبت به ضرورت قانونی، عواقب و آثار قرار بازداشت برای بیماران بررسی و اعلام نظر نمایند. الزام دادستان یا معاون وی به اظهار نظر شخصی در این مورد به خودی خود می‌تواند در کاهش صدور قرار بازداشت موقت برای بیماران مؤثر باشد.

مقررات این ماده اقدام می‌کند.

همچنین اگر کسی در حین تحمل حبس دچار جنون گردد، تا زمان بهبودی در بیمارستان روانی یا مکان مناسب دیگری نگهداری می‌شود. در این زمینه برخی معتقدند که احتساب این ایام جزء مدت محکومیت اگرچه به نفع محکوم است، ولی با اهداف مجازات‌ها همخوانی ندارد؛ چرا که وقتی محکوم در حال جنون است، نه اصلاح در اثر حبس حاصل می‌گردد و نه تنبیه را درک می‌کند؛ چون در آن زمان فاقد شعور و ادراک لازم است (صفاری، ۱۳۹۲: ۱۷۷). با وجود این از نظر قانون‌گذار، این ایام جزء مدت محکومیت وی محاسبه می‌شود (تبصره ماده ۵۰۳ ق.آ.د.ک.).

تعویق اجرای مجازات به جهت بیماری جسمی یا روانی محکوم علیه، اقدامی قضایی است که با جلب نظر کارشناسی پزشکی قانون انجام می‌شود.^۱ برابر بند ۴۸۹ قانون آیین دادرسی کیفری، اتخاذ تصمیم درباره محکومان سالمند، مبتلایان به بیماری‌های روانی و بیماری‌های جسمی صعب‌العلاج و سایر افراد محکوم نیازمند به مراقبت و توجه ویژه، از قبیل صدور اجازه بستری برای آن‌ها در مراکز درمانی بر اساس ضوابط و مقررات، از جمله وظایف قاضی اجرای احکام است.^۲ در راستای عمل به

۱. برابر تبصره ۳ ماده ۱۷ دستورالعمل ساماندهی زندانیان، رئیس زندان زندانیان بیمار را جهت اخذ نظر پزشکی قانونی به قاضی اجرای احکام کیفری معرفی می‌نماید. اظهار نظر پزشکی قانونی باید صریح، روشن و منطبق بر قیود مذکور در ماده ۵۰۲ قانون مذکور باشد. از دید نگارنده هرچند ضرورت صراحت و روشن بودن اظهار نظر پزشکی قانونی هر گونه ابهام در نظریه او را از بین می‌برد، لکن سختگیری در رعایت دقیق قیود و شرایط ماده ۵۰۲، عملاً موجب کاهش موارد اعمال این ماده قانونی و در نتیجه اجرای بیشتر مجازات زندان می‌شود.

۲. برابر ماده ۱۷ دستورالعمل ساماندهی زندانیان، قضات اجرای احکام کیفری مطابق مفاد مواد ۴۸۹، ۵۰۲، ۵۵۲ و ۵۵۳ قانون آیین دادرسی کیفری، وظیفه اتخاذ تصمیم درباره محکومان سالمند، محکومان مبتلا به بیماری‌های جسمی و روانی و دیگر زندانیان نیازمند به مراقبت و توجه ویژه و پیشنهاد کاهش مدت تعلیق اجرای مجازات محکومان را بر عهده داشته و مکلف‌اند با بررسی پرونده‌ها در اسرع وقت اقدام مقتضی را به عمل آورند. مفاد این ماده از جهت الزام قاضی اجرای احکام به سرعت بخشی در انجام وظایف، امری پذیرفتنی است؛ لکن راهکار ویژه‌ای برای زندان‌زدایی از بیماران ارائه نکرده است. افزون بر این، نظارت قاضی اجرای احکام به عنوان یک مدل نظارتی درون‌سازمانی از سوی برخی، مورد انتقاد قرار گرفته و گفته شده اراده قانون‌گذار در مورد مسئله نظارت بر زندان و تظلم زندانیان هیچ‌گاه بر آن نبوده است تا مدل نظارت خارج از نظام قضایی - برای مثال از سوی جامعه مدنی یا دیگر قوای حاکمیتی - را بپذیرد (غلامپور و دیگران، ۱۳۹۷: ۲۰۷).

وظیفه مندرج در بند ث ماده ۴۸۹ قانون آیین دادرسی کیفری، قاضی اجرای احکام موظف است محکوم را به پزشکی قانونی اعزام کند و دستور دهد در خصوص بیماری یا ابتلاء محکوم به جنون اظهار نظر نمایند. پزشکان قانونی، زندانی را معاینه و پس از انجام مشاوره معمولاً یکی از سه متن زیر را اعلام می‌دارند: ۱. رو به بهبود است و می‌تواند برای ادامه درمان در بیمارستان زندان بستری شود و پس از بهبود به بازداشتگاه اعزام گردد؛ ۲. با درمان از شدت بیماری کاسته شده و لازم است به مدت... روز دیگر تحت درمان باشد، با معاینه مجدد اظهار نظر خواهد شد؛ ۳. درمان‌ها مؤثر نبوده، حال بیمار وخیم است، احتمال خطر می‌رود (گودرزی و کیانی، ۱۳۹۳: ۳۸۸).

در عمل، پزشک قانونی به سؤالاتی از این قبیل پاسخ می‌دهد: آیا محکوم قادر به تحمل کیفر حبس می‌باشد؟ آیا اجرای حبس بیماری محکوم را تشدید نمی‌کند؟ آیا با اجرای حکم حبس در بهبودی بیماری محکوم تأخیر ایجاد می‌شود؟

از حیث اجرایی، معمولاً زندانیان اگر بیمار باشند، طبق دستورالعمل به بهداری زندان معرفی می‌شوند که اگر بیماری سرپایی باشد، برایش دارو تجویز می‌شود و اگر نیاز به بستری شدن داشته باشد، بستری و درمان می‌شود. گاهی زندانی دچار بیماری صعب‌العلاج است که در بهداری زندان، وسایل لازم برای درمان او موجود نیست. در این صورت، مراتب به دادیار ناظر زندان اعلام می‌شود و زندانی از جانب وی به پزشکی قانونی معرفی می‌گردد. پزشکان قانونی با معاینه زندانی اظهار نظر می‌کنند که امکان درمان او در بهداری زندان وجود دارد یا باید به بخش تخصصی منتقل شود. این بخش اگر در بیمارستان نیروی انتظامی وجود داشته باشد، ارجح است وگرنه به یک بخش ترجیحاً دانشگاهی فرستاده می‌شود. در آنجا پزشکان قانونی به اتفاق پزشکان معالج پس از مدت مناسب زندانی را معاینه می‌کنند و پس از انجام مشاوره و در خصوص ادامه درمان، بهبودی و عودت به زندان اعلام نظر می‌کنند (زعفری و پنجه‌پور، ۱۳۹۵: ۳۲۰).

در یک پژوهش میدانی، پرونده ۳۰۰ مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی مدعی عدم تحمل کیفر شامل ۲۸۵ مرد (۹۵٪) و ۱۵ زن (۵٪) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج پژوهش نشان داد که ۴۰ درصد محکومان قادر به تحمل کیفر نبودند.

بیماری‌هایی که باعث عدم تحمل کیفر شد، عبارت بود از بیماری‌های قلبی و عروقی در ۶۲ نفر (۲۰/۷٪)، بیماری‌های کلیوی در ۱۰ نفر (۳/۳٪)، بیماری‌های اعصاب و روان در ۶۷ نفر (۲۲/۳٪)، بیماری پوستی در ۲ نفر (۰/۷٪)، و ۱۵۹ نفر (۵۳٪) نیز سایر بیماری‌ها را داشتند و ۵۰ نفر (۱۶/۷٪) سن بیشتر از ۶۰ سال داشتند (نجاری و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۹۸).

در خصوص جنون نیز هر زمان که موضوع جنون توسط مسؤولان زندان گزارش شد، قاضی اجرای احکام دستور می‌دهد محکوم تحت‌الحفظ مأموران مراقب به پزشکی قانونی اعزام شود تا پزشک قانونی پس از معاینه راجع به سلامتی یا جنون محکوم اظهار نظر نماید. چنانچه مطابق نظر پزشکی قانونی، جنون محکوم تأیید شود، محکوم به زندان اعزام و معرفی و ضمن نامه اعلام محکومیت، تذکر داده می‌شود که محکوم علیه تحت نظر و مراقبت مسؤولان و مأموران زندان تا زمان بهبودی در بیمارستان روانی نگهداری شود (احمدی موحد، ۱۳۸۷: ۱۸۰).

ماهیت تعویق اجرای مجازات در هر دو حالت بیماری جسمی و روانی، مقتضی آن است که در صورت بهبودی، محکوم علیه باید به زندان برگردد؛ لکن واقعیت این است که این حکم قانونی، بیش از آنکه بر مبنای واقعیات بیرونی باشد، مبتنی بر استدلالات محض حقوقی و ادعای عادلانه بودن این حکم است. استدلال حقوقی این است که معافیت بیمار یا دیوانه با عدالت سازگاری ندارد؛ چون ارتکاب جرم موجب اشتغال ذمه بزهکار شده و مجازات علیه او ثابت می‌شود. اسقاط ذمه یقینی، برائت ذمه یقینی می‌طلبد و بیماری یا جنون، دلیلی که موجب این برائت باشد، به شمار نمی‌آید.

در استدلال بالا به این نکته توجه نمی‌شود که مجازات کردن فردی که دچار بیماری سخت‌درمان است و بازگرداندن وی به زندان و نگهداری او در حال تحمل درد و رنج، در حقیقت اعمال دو مجازات همزمان علیه بزهکار است؛ چرا که این کار نه تنها احتمال تثبیت بهبودی و امید به زندگی او را کاهش داده و چه بسا زمینه مرگ زودرس او را فراهم می‌کند، بلکه هزینه‌ها و گاه دردهای فراوانی برای مدیران و مأموران زندان دارد و حتی گاه موجب آزار روحی بقیه زندانیان یا ابتلای آنان به افسردگی یا بیماری واگیر هم‌بندشان می‌شود. همچنین این پرسش بی‌پاسخ می‌ماند که

فردی که دچار جنون شده و مدتی در حال جنون بوده، آیا از چنان بهبودی برخوردار خواهد شد که برگرداندن او به زندان موجب تشدید زمینه‌های روانی و برگشت دوباره جنون نشده و یا موجب تأخیر در بهبودی همیشگی او نگردد؟ و آیا مجازات کردن فردی که با ابتلا به جنون، پیوند فکری او با گذشته‌اش قطع شده و در واقع شخصیت پیشین زمان ارتکاب جرم نیست، با عدالت سازگاری دارد؟ بنابراین معاف کردن بیمار سخت‌درمان از تحمل زندان، بهترین راهکار است.

این راهکار به جهت گسترده‌تر بودن اختیارات قانون‌گذار در جرایم تعزیری، قابل پذیرش است و از آنجا که بیشتر محکومیت‌های زندان هم ناظر به جرایم تعزیری است، پرکاربرد نیز خواهد بود.

۲-۳. تبدیل مجازات

همان گونه که گفته شد، برابر ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری، بیماری جسمی و روحی محکوم علیه موجب تعویق مجازات است و در صورت بهبودی، مجازات مورد حکم دوباره اجرا می‌شود. با وجود این، در بخش دیگری از ماده ۵۰۲ این قانون آمده است:

«چنانچه در جرائم تعزیری امیدی به بهبودی بیمار نباشد، قاضی اجرای احکام کیفری پس از احراز بیماری محکوم علیه و مانع بودن آن برای اعمال مجازات، با ذکر دلیل، پرونده را برای تبدیل به مجازات مناسب دیگر با در نظر گرفتن نوع بیماری و مجازات، به مرجع صادرکننده رأی قطعی ارسال می‌کند».

هرچند در این ماده اصطلاح «بیماری سخت‌درمان» به کار نرفته است، اما می‌توان گفت که قانون‌گذار در این ماده، ویژگی بیماری سخت‌درمان را در نظر داشته است. تبدیل مجازات به جهت بیماری منوط به چند شرط است: شرط نخست اینکه جرم ارتكابی از جرایم تعزیری باشد؛ شرط دوم این است که امیدی به بهبودی بیمار نباشد و چنانچه در زمان اجرای مجازات، امیدی به بهتر شدن حال او نسبت به پیش از اجرای مجازات نباشد، باید مجازات متهم تبدیل شود. از دید نگارنده، رویکرد قانون‌گذار در این زمینه سختگیرانه است؛ زیرا قاضی اجرای احکام را موظف کرده که ابتدا بیماری

«بیمار» و سپس مانع بودن بیماری برای اعمال مجازات را احراز کند و در صورتی که بیماری محکوم علیه را که امیدی به بهبودی آن نیست، احراز کند، ولی نتواند مانعیت آن برای اعمال مجازات را اثبات کند، نمی تواند تقاضای تبدیل مجازات کند!

تبدیل مجازات به جهت بیماری سخت درمان نیز همانند تعویق آن، مبتنی بر مفهوم «عدم توان تحمل کیفر» است و در این مورد هم عدم توان تحمل کیفر توسط پزشکی قانونی و پس از انجام معاینات پزشکی احراز می شود. در ارتباط با کارشناسی تحمل کیفر حبس می توان تقسیم بندی سه گانه ای را نسبت به بزهکاران بیمار پذیرفت؛ گروه اول، بزهکارانی که بیماری آن ها با دارو تحت کنترل باشد. این گروه با نظارت پزشک متخصص حاضر در درمانگاه زندان، قادر به تحمل کیفر خواهند بود. گروه دوم، شامل بزهکارانی است که برای تنظیم داروها یا عمل جراحی، نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند، مانند بیماری سل. این بزهکاران نیز قدرت تحمل کیفر را داشته و با نظر کارشناس برای حضور در بیمارستان مرخصی می گیرند و با طی زمان درمان و پایداری وضعیت، دوران حبس را می گذارند. اما گروه سوم، بزهکارانی را در بر می گیرد که بیماری آن ها پیشرفته و صعب العلاج است، مانند سیروز، ایدز، بیماری مزمن کلیه و... در رابطه با گروه سوم، پرهزینه بودن نگهداری این محکومان و نیاز این بیماران به مراقبت های ویژه و مسری بودن بیماری و احتمال سرایت آن به دیگر زندانیان، صدور دستور یا حکم عدم تحمل کیفر را ضروری می سازد (داداش پور اشکذری و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۷۵). رابطه بیماری سخت درمان با بیماری موجب صدور گواهی عدم تحمل کیفر، رابطه تساوی نیست؛ بلکه در برخی بیماری ها مانند سرطان پس از طی دوره شیمی درمانی، از نظر پزشکی اجرای مجازات مانعی ندارد و ممکن است بیمار به زندان برگردانده شده و ادامه دوره محکومیت را در زندان سپری کند. این مطلب در رویه قضایی نیز مورد پذیرش است و قضات کمیسیون تخصصی دیوان عالی کشور به اتفاق آراء اعلام کرده اند که آنچه در ماده ۲۱۱ ق.آ.د.ک. ۱۳۷۸ (ماده ۵۰۲ ق.آ.د.ک. ۱۳۹۲) آمده، تشدید بیماری یا تأخیر در بهبودی وی است و صعب العلاج بودن ملاک نیست؛ مثلاً فردی که دستش قطع شده، ممکن است قادر به تحمل حبس باشد و مشکلی هم نداشته باشد، اما دچار عارضه ای صعب العلاج است (باختر، ۱۳۸۸: ۱۶۰) و از

نظر اعضای کمیسیون با کسب نظر پزشکی قانونی یا پزشکی معتمد، ویژگی بیماری صعب‌العلاج یا موارد شدت‌پذیری بیماری قابل تشخیص است. بنابراین اگر زندانی، مبتلا به بیماری علاج‌ناپذیر یا وخیم گردد، با معاینه و مطالعه پرونده بالینی و مشاوره با پزشکان معالج و بهداری زندان اظهار نظر می‌شود. در این موارد با سه دسته بیمار روبه‌رو می‌شویم: ۱. بیمارانی که تحت درمان دارویی و در حال کنترل هستند؛ ۲. بیمارانی که تحت درمان دارویی هستند، ولی وضع آنان متغیر است؛ ۳. بیمارانی که نیاز به بستری شدن در بیمارستان و یا مراقبت ویژه دارند. دسته اول و دوم قادر به تحمل حبس بوده، ولی دسته سوم قادر به تحمل حبس نخواهند بود (محمدی و صابری، ۱۳۹۱: ۵۵). از دید نگارنده، مفهوم «توان تحمل» نباید تنها در چارچوب دانش پزشکی تفسیر شود، بلکه در خصوص محکومان کیفری بیشتر باید از منظر علم اجرای زندان مورد بررسی قرار گیرد که از این نگاه، «توان تحمل» مفهومی نسبی و متناسب با نوع بیماری، امکانات و تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی برخوردار از مهارت و در دسترس برای درمان زندانی تفسیر گردد. از این منظر، روند درمان بسیاری از بیماری‌های زندانیان در زندان‌های کشور، کند و دشوار و تحمل زندان در این وضعیت مشقت‌بار است. نمونه‌ای از این دست بیماری آسم است که در وضعیت عادی با دارودرمانی و استراحت در منزل یا مراجعه کوتاه‌مدت به بیمارستان بهبودی نسبی حاصل می‌شود؛ اما در محیط بسته زندان با توجه به شرایط حاکم بر آن از جمله آلاینده‌های محیطی مانند دود سیگار، حمله‌های آسمی بیشتر شده و کنترل آن دشوارتر می‌گردد. با وجود این، در سازمان زندان‌های ما اولاً ادعای «عدم تحمل کیفر» باید از سوی زندانی مطرح شود و ثانیاً بتواند این ادعا را در پزشکی قانونی با معیارهای مورد پذیرش دانش پزشکی به اثبات رساند و چنانچه از نظر معیارهای پزشکی اثبات نگردد که نگهداری بیمار سخت‌درمان یا بی‌درمان در زندان تأثیر بسزایی در وخیم‌تر شدن بیماری او دارد، پزشکی قانونی گواهی به توان تحمل کیفر داده و بیمار همچنان در زندان می‌ماند؛ در حالی که شایسته است بیماری سخت‌درمان به عنوان یک «فرض قانونی» شناخته شود و پزشکی قانونی یا پزشک معتمد زندان تنها به احراز بیماری بسنده کند و پس از آن قاضی اجرای احکام، موظف به معافیت و ترخیص او از زندان

گردد.

از سوی دیگر، بیشترین ارفاق قانونی که در این موارد در نظر گرفته شده، «تبدیل مجازات» است و در این راستا تصور رایج بر این است که محکومیت به جزای نقدی، هیچ گونه آسیبی برای سلامتی بیمار ندارد، در حالی که محکومیت به جزای نقدی نیز برای محکومان به زندان که چه بسا مدتی را در محیط زندان به سر برده و منبع درآمدی نداشته‌اند، به ویژه در شرایط اقتصادی کنونی که گاه برخی افراد به جهت مشکلات مالی دست به خودکشی می‌زنند، کیفر ساده‌ای نیست و تصور بی‌تأثیری این مجازات در بهبودی بیمار - به ویژه بیماری‌های روحی و روانی - بسیار ساده‌انگارانه است. از این روی برخی اجبار محکوم‌علیه به پرداخت مبلغی پول یا ضبط اموال را موجب آزرده‌گی وی دانسته و پیشنهاد داده‌اند که با توجه به توانایی مالی محکوم بیمار، پرداخت جزای نقدی به نحو تقسیط انجام گیرد (افضلیان، ۱۳۹۰: ۸۲). نگارنده بر این باور است که پس از احراز و تشخیص بیماری سخت‌درمان، بهترین راهکار، «معافیت محکوم‌علیه از مجازات» است.

گفتنی است که قانون‌گذار در ماده ۵۰۴ این قانون مقرر داشته که در غیر مجازات حبس، هر گاه رئیس قوه قضاییه با پیشنهاد عفو یا تخفیف مجازات محکوم‌علیه به مقام رهبری موافقت کند و دستور توقف اجرای حکم دهد، اجرای حکم متوقف می‌شود. این در حالی است که نگهداری بیمار سخت‌درمان در زندان بسیار دشوارتر از بقیه مجازات‌ها و پیامدهای ناگوار آن برای خود محکوم‌علیه و دیگر زندانیان و مدیران زندان بسیار بیشتر است. از این روی مسئولان اداره زندان‌ها نیز بهترین راهکار برای این دست از بیماران را درخواست عفو از رهبری دانسته‌اند و یکی از موارد همیشگی عفوهای مناسبتی رهبر انقلاب، بیماران سخت‌درمان هستند که تازه‌ترین نمونه آن در بند ب موافقت‌نامه رهبری با عفو و تخفیف مجازات محکومان به مناسبت فرا رسیدن چهلمین سالروز پیروزی انقلاب اسلامی به چشم می‌خورد که برابر آن باقی‌مانده محکومیت حبس بیماران صعب‌العلاج یا لاعلاج که مراتب بیماری آنان تا قبل از پایان دوره محکومیت مورد تأیید کمیسیون پزشکی قانونی قرار گیرد، مورد عفو قرار می‌گیرند و در همین بند تصریح شده که:

«اقدامات دادگاه در جهت اجرای مواد ۵۰۲ و ۵۲۲ قانون آیین دادرسی کیفری، مانع اعمال این عفو نیست» (آملی لاریجانی، ۱۳۹۷: ش ۲۱۵۳۳).

سخن نگارنده این است که چه مبانی فقهی یا حقوقی اقتضاء کرده که در غیر مجازات حبس، رئیس قوه قضاییه می‌تواند دستور توقف اجرای حکم دهد، ولی در مجازات حبس این امکان را ندارد؟ پرسش دیگر اینکه اگر اجرای کیفر برای بیماران دارای بیماری سخت‌درمان از چنان پیامدهای ناخوشایندی برخوردار است که تقاضای عفو مجازات رهبری در مناسبت‌های گوناگون را اقتضاء می‌کند، چرا این معافیت در قالب یک قاعده کلی درنیاید و جایگاه قانونی پیدا نکند، تا از صرف ساعت‌ها وقت و هزینه برای احراز شرایط معافیت در کمیسیون عفو و بخشودگی جلوگیری شود؟

نتیجه‌گیری

بنا بر آنچه گفته شد، در حال حاضر بیماری محکوم‌علیه در قالب مفهوم «توان تحمل کیفر» مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و تشخیص آن تنها بر مبنای معیار صرف «پزشکی» است و از سوی پزشکی قانونی احراز می‌گردد؛ در حالی که این رویکرد باید اصلاح شده و با کاربست معیار «پزشکی - قضایی» برای تشخیص «توان تحمل کیفر»، این مفهوم از منظر علم اداره زندان‌ها نیز مورد توجه قرار گیرد و نقش مسئولان اداره زندان از جمله «پزشک زندان» در تشخیص این مفهوم پررنگ‌تر گردد.

مطلب دیگر آنکه هرچند رابطه بین «توان تحمل کیفر» و «بیماری سخت‌درمان»، رابطه عموم و خصوص من‌وجه است، لکن بر پایه معیار «پزشکی - قضایی» مورد پیشنهاد برای تشخیص توان تحمل کیفر، از آنجا که در بیشتر بیماری‌های سخت‌درمان جسمی یا روحی، اجرای مجازات موجب تشدید بیماری یا تأخیر در بهبودی است، از این روی رابطه «توان تحمل کیفر» و «بیماری سخت‌درمان» باید از نوع عموم و خصوص مطلق دانسته شده و به جای اینکه قاضی اجرای احکام موظف باشد علاوه بر بیماری، «مانعیت» آن در اجرای کیفر را هم اثبات کند، به صرف احراز بیماری سخت‌درمان، عدم توان تحمل زندان مفروض انگاشته شده و نهاد ارفاقی اعمال گردد.

از سوی دیگر، تضمین حق سلامت زندانیان منوط به حضور پزشک زندان است.

برابر قوانین زندان اروپایی، «هر زندان باید از خدمات یک پزشک عمومی برخوردار باشد و سازوکاری پیش‌بینی شود که اطمینان از در دسترس بودن یک پزشک متخصص در مواقع ضروری را تضمین کند» (Council of Europe, 2006, Art. 41, Para. 1). روشن است که این پزشک باید متعهد به مراقبت از بهداشت جسمی و روانی زندانیان باشد و باید روزانه همه زندانیان بیمار، همه زندانیانی که از بیماری شکایت دارند، یا کسانی که علائم بیماری دارند، ولی خودشان متوجه نیستند را معاینه کند و در صورت دیدن علائم بیماری خطرناک، فوراً فرایند درمان را آغاز و حسب مورد به مراکز بیمارستانی اعزام کند. برابر بند ۲۵-۲ قواعد حداقل رفتار استاندارد با زندانیان سازمان ملل، «پزشک زندان هر گاه متوجه شود که سلامت جسمی یا روانی یک زندانی بر اثر ادامه حبس یا هر علت دیگر ناشی از حبس، به حد زیان‌آوری تحت تأثیر قرار گرفته یا خواهد گرفت، باید موضوع را به مدیر زندان اطلاع دهد» (سازمان اصلاحات جزایی بین‌المللی، ۱۳۸۱: ۹۵).

پیشهادات

۱. توان تحمل کیفر باید اعم از «توان اولیه» و «توان ثانویه» دانسته شود. توان اولیه ناظر به بردباری در حین اجرا، و توان ثانویه ناظر به تاب‌آوری در برابر پیامدهای پس از اجرای مجازات است.
۲. تشخیص «بیماری سخت‌درمان» مبتنی بر دو معیار «احصاء قانونی» مندرج در مصوبه ستاد کل نیروهای مسلح و نیز «عرف پزشکی» است. بر این اساس، فهرست ۲۹ گانه ستاد کل باید به عنوان فهرست حداقلی الزامی به کار گرفته شده و تشخیص کارشناسی در عرف پزشکی، به عنوان معیار مکمل شناخته شود.
۳. در حال حاضر، پیامد قانونی بیماری، تعویق یا تبدیل مجازات است، منوط به اینکه اجرای مجازات، موجب تشدید بیماری یا تأخیر در بهبودی و مانع اجرای مجازات باشد؛ در حالی که بایسته است فراتر از تعویق یا تبدیل مجازات، بیماری سخت‌درمان از معاذیر قانونی معافیت و موجب «سقوط مجازات» دانسته شود.
۴. معافیت از زندان در صورت دچار شدن زندانی به بیماری سخت‌درمان باید با رویکرد حمایتی و با موافقت خود زندانی انجام شود. بنابراین اگر برخی بیماران

در صورت آزادی از زندان توان مالی پرداخت هزینه‌های بیماری خود را نداشته باشند و خواهان ماندن در زندان یا درمان تحت نظارت مسئولان زندان باشند، حاکمیت و دستگاه عدالت قضایی نباید به بهانه رهاسازی محکوم علیه از زندان، از زیر بار این مسئولیت شانه خالی کند.

۵. از آنجا که برخی بیماری‌ها مانند سرطان در ابتدای بیماری علایم برجسته‌ای ندارند، ولی در صورت تشخیص زودهنگام بهتر قابل درمان‌اند، از این روی برای تضمین حق سلامت همه بیماران زندانی به ویژه بیماران سخت‌درمان، تخصیص پزشک زندان با الزام به حضور در زندان ضروری است.

کتاب‌شناسی

۱. آلبرشت، هانس‌یورگ، تورم جمعیت زندان‌ها؛ در جست‌وجوی کارآمدترین راه حل‌ها، ترجمه محمدعلی اردبیلی و دیگران، تهران، معاونت امور اجرایی و اطلاع‌رسانی مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۹۵ ش.
۲. آل کجیاف، حسین، «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هفتم، شماره ۲۴، ۱۳۹۲ ش.
۳. آملی لاریجانی، محمدصادق، «دستورالعمل شماره ۹۰۰۰/۵۵۳۱۷/۱۰۰ مورخ ۱۳۹۷/۱۱/۱۰ در خصوص شرایط و ضوابط عفو به مناسبت چهلین سالگرد انقلاب شکوهمند اسلامی»، روزنامه رسمی، سال هفتاد و پنجم، شماره ۲۱۵۳۳، ۱۳۹۷ ش.
۴. ابراهیمی، شهرام، «مدیریت زندان در سنجه موازین حداقل سازمان ملل درباره نحوه رفتار با زندانیان (درباره قواعد ماندلا)»، مقاله در: دائرةالمعارف علوم جنایی؛ مجموعه مقاله‌های تازه‌های علوم جنایی، زیر نظر علی حسین نجفی ابرندآبادی، تهران، میزان، ۱۳۹۸ ش.
۵. ازل، رود، جرم‌شناسی محکومان؛ افق‌های نوین در جرم‌شناسی، به کوشش فرهاد شاهیده، تهران، میزان، ۱۳۹۷ ش.
۶. افضلیان، مینا، «حقوق متهمین و محکومین بیمار در نظام عدالت کیفری ایران»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال پنجم، شماره ۱۶، ۱۳۹۰ ش.
۷. باختی، سیداحمد، اجرای احکام کیفری در آیین قوانین و رویه قضایی، چاپ سوم، تهران، جنگل، جاودانه، ۱۳۸۸ ش.
۸. البار، محمدعلی، الطیب ادبه و فقهه، دمشق، دار القلم، ۱۴۲۹ ق.
۹. پیوندی، غلامرضا، «حکمت‌های کیفر در نظام جزایی اسلام»، فصلنامه حقوق اسلامی، سال سیزدهم، شماره ۴۸، بهار ۱۳۹۵ ش.
۱۰. جوان آراسته، حسین، حقوق بشر در اسلام؛ مفاهیم، مبانی و مصادیق، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۳۹۷ ش.
۱۱. حبیب‌زاده، توکل، و علی‌اصغر فرج‌پور اصل مرندی، «کرامت انسانی و ابتنای حقوق بشری و شهروندی مندرج در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بر آن»، فصلنامه مطالعات حقوق عمومی، دوره چهل و ششم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵ ش.
۱۲. حرّ عاملی، محمد بن حسن، تفصیل وسائل الشیعة الی تحصیل مسائل الشریعة، قم، آل‌البتین، ۱۴۰۹ ق.
۱۳. الخالصی، محمدباقر، احکام المحبوسین، قم، دفتر انتشارات اسلامی، ۱۴۱۳ ق.
۱۴. خالقی، علی، نکته‌ها در قانون آیین دادرسی کیفری، تهران، شهر دانش، ۱۳۹۳ ش.
۱۵. خانی، محمد، زینب لکی و محمدعلی نصرآبادی، «عدم تحمل کیفر؛ مبانی و معیارهای حقوقی - پزشکی»، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هفتم، شماره ۲۶، پاییز ۱۳۹۲ ش.
۱۶. داداش‌پور اشکدری، محسن، محمد دلیر راد، حسن توفیقی زواره و سیدامیرحسین مهدوی، «عدم تحمل کیفر، بررسی موارد ارجاع‌شده به سازمان پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۸۱»، مجله علمی پزشکی قانونی، دوره نهم، شماره ۳۲، زمستان ۱۳۸۲ ش.
۱۷. الرملی، شهاب‌الدین، نهایی‌المحتاج، دمشق، المکتب الاسلامی، ۱۴۱۰ ق.

۱۸. زعفری، زیبا و جواد پنجه‌پور، «نقش پزشکان قانونی در فرایند دادرسی کیفری بر اساس قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲»، *مجله پزشکی قانونی ایران*، دوره بیست و دوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۵ ش.
۱۹. زمانی، سیدقاسم، «شبیه‌سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین‌الملل بشر»، *پژوهش حقوق و سیاست*، شماره ۱۹، ۱۳۸۵ ش.
۲۰. سازمان اصلاحات جزایی بین‌المللی و سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، *رویه عملی در زندان؛ کاربرد مقررات بین‌المللی در امور زندان‌ها*، تهران، راه تربیت، ۱۳۸۱ ش.
۲۱. صفاری، علی، *کیفرشناسی؛ تحولات، مبانی و اجرای کیفر سالب آزادی*، چاپ بیست و پنجم، تهران، جنگل، جاودانه، ۱۳۹۲ ش.
۲۲. طباطبایی، سیدمحمد، محسن زهرایی، هاله احمدنیا، مرجان قطبی و فرانک رحیمی، *اصول پیشگیری و مراقبت از بیماری‌ها*، تهران، روح قلم، ۱۳۸۵ ش.
۲۳. طبسی، نجم‌الدین، *موارد السجن فی النصوص و الفتاوی*، قم، دفتر تبلیغات اسلامی، ۱۳۷۴ ش.
۲۴. عباسی، محمود، راحله رضایی و غزاله دهقانی، «مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران»، *فصلنامه حقوق پزشکی*، سال هشتم، شماره ۳۰، پاییز ۱۳۹۳ ش.
۲۵. عبدی، یاسین و احمد کتابی رودی، «جایگاه حق بر سلامت در اسلام و حقوق بین‌الملل»، *فصلنامه تأمین اجتماعی*، سال دوازدهم، شماره ۴۴، پاییز ۱۳۹۳ ش.
۲۶. غلامپور، مهدی، محمد فرجیها، محمود صابر و محمدجعفر حبیب‌زاده، «سازوکارهای نظارت بر بازداشتگاه‌ها و زندان‌ها در پرتو اسناد بین‌المللی و حقوق کیفری تطبیقی»، *پژوهش‌های حقوق تطبیقی*، دوره بیست و دوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۷ ش.
۲۷. قاری سیدفاطمی، سیدمحمد، «حق حیات»، *تحقیقات حقوقی*، شماره‌های ۳۱-۳۲، ۱۳۷۹ ش.
۲۸. کاظمی، سیمین، «پیامدهای بهداشتی زندان‌های شلوغ و ضرورت مداخله برای پیشگیری»، *سلامت اجتماعی*، دوره چهارم، شماره ۴، ۱۳۹۶ ش.
۲۹. کریون، متیو سی. آر.، *چشم‌اندازی به توسعه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی*، ترجمه محمد حبیبی مجنده، قم، دانشگاه مفید، ۱۳۸۸ ش.
۳۰. گودرزی، فرامرز و مهرزاد کیانی، *پزشکی قانونی برای دانشجویان رشته حقوق*، چاپ نهم، تهران، سمت، ۱۳۹۳ ش.
۳۱. متقی، سمیرا، آناهیتا سیفی و مجید درودیان، «ماهیت حق بر سلامت و جایگاه دولت در تحقق آن»، *پژوهش‌نامه حقوق اسلامی*، سال هجدهم، شماره ۲ (پیاپی ۴۶)، ۱۳۹۶ ش.
۳۲. محمدی، محمدرضا و سیدمهدی صابری، *نگرشی نوبه روان‌پزشکی قانونی؛ دانش بهره‌وری از مفاهیم روان‌شناختی در حیطه قضایی*، تهران، تیمورزاده، طبیب، ۱۳۹۱ ش.
۳۳. موسوی سبزواری، سیدعبدالاعلی، *مهدب الاحکام*، قم، دفتر انتشارات اسلامی، ۱۴۱۳ ق.
۳۴. میرجلیلی، محمدحسین، افشین اسلامی سامانی، احسان بلادی مقدم و مرضیه ساریخانی، «مروری بر موضوع تحمل کیفر شلاق»، ۱۳۹۷ ش.، قابل دستیابی در پایگاه علمی - تحلیلی عصر اسلام به نشانی: <http://www.asrislam.com/fa/news/4667>.
۳۵. نجفی، محمدحسن بن باقر، *جواهر الکلام فی شرح شرائع الاسلام*، چاپ هفتم، بیروت، دار احیاء التراث العربی، ۱۴۰۴ ق.

۳۶. نیاورانی، صابر و احسان جاوید، «قلمرو حق سلامتی در نظام بین‌المللی حقوق بشر»، *فصلنامه پژوهش حقوق عمومی*، سال پانزدهم، شماره ۴۱، ۱۳۹۲ ش.
۳۷. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، *مجموعه دستورالعمل‌های برنامه تحول نظام سلامت؛ دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند*، ۱۳۹۵ ش.، قابل دسترسی در وبگاه مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی امید به نشانی:
<http://omid.mui.ac.ir/sites/omid.mui.ac.ir/files/6_hemayat_az_b_khas.pdf>.
۳۸. ولی‌نواز، داریوش و جواد واحدی‌زاده، «مبانی، معیارها و چالش‌های حقوق کیفری و پزشکی قانونی در بیماری‌های منجر به عدم تحمل حبس»، *فصلنامه پزشکی قانونی*، سال دوازدهم، شماره ۴۴، بهار ۱۳۹۷ ش.
۳۹. هاشمی، سیدمحمد، *حقوق اساسی جمهوری اسلامی ایران*، ج ۱ (اصول و مبانی کلی نظام)، چاپ سیزدهم، تهران، میزان، ۱۳۹۴ ش.
40. Council of Europe, *European Prison Rules*, Council of Europe Publishing, Strasbourg Cedex, June 2006, Available at: <<http://book.coe.int>>.
41. Coyle, Andrew & Helen Fair, "A Human Rights Approach to Prison Management, Handbook for Prison Staff", 3rd Ed., London, Institute for Criminal Policy Research Birkbeck, University of London, 2018.
42. Farlex, Inc., *Segen's Medical Dictionary*, 2012, Available at: <<https://medical-dictionary.thefreedictionary.com>>.
43. Miller, Benjamin Frank & Claire Brackman Keane & Marie T. O'Toole, *Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health*, 7th Ed., Elsevier Publishing, Imprint of W. B. Saunders, 2003.
44. UK Statutory, *The Prison Rules, UK Statutory in Instruments*, 1999, Available at: <<http://www.legislation.gov.uk>>.
45. United Nation Office on Drug and Crime (UNODC), *World Drug Report 2019*, Pre-release to Member States, Vienna, 19 June 2019, Available at: <<http://www.unodc.org>>.
46. United Nation, Guidance Document on The Nelson Mandela Rules, Implementing The United Nation Revised Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, Office for Democratic Institutions and Human Rights (ODIHR) and Penal Reform International (PRI), 2018.

