



چالش‌های ارتقاء سلامت زندانیان با تاکید بر آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰

علیرضا عنابی (نویسنده مسئول)

استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه، ایران

dr.a.anabi20@Gmail.com

حسن محمودی

دانشجوی دوره دکتری حقوق بین‌الملل دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه، ایران

hasan0142hp@Gmail.com

جبار زینالی

دانشجوی دوره دکتری حقوق بین‌الملل، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه، ایران

Zeynali.jabbar@Gmail.com

چکیده

سلامت زندانیان در سراسر جهان مورد توجه نظام‌های حقوقی کشورهای مختلف بوده و در این راستا اکثر کشورها در مجموعه قوانین داخلی خود موادی را به سلامت زندانیان اختصاص داده‌اند. در بُعد بین‌المللی سلامت زندانیان هم در اسناد بین‌المللی عام و هم در اسناد بین‌المللی خاص مورد تاکید قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر بررسی «چالش‌های ارتقاء سلامت زندانیان» است، که با روش جمع‌آوری اطلاعات از طریق فیش‌برداری و مراجعه به منابع کتابخانه‌ای انجام شده است. پرسش اصلی تحقیق این است که در مسیر ارتقای سلامت زندانیان چه چالش‌هایی وجود دارد؟ نتایج تحقیق نشان می‌دهد که اولین چالش در مسیر ارتقای سلامت چالش رویه‌ای و ناشی از مواد قانونی آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰ است. دومین چالش به نظریه برچسب‌زنی و دیدگاه امنیت‌محوری آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور و مسوولان برمی‌گردد. از نظر فرهنگی باید دیدگاه نسبت به زندانی تغییر یابد و از لحاظ نظری، زندان باید فقط در سلب آزادی از محکوم خلاصه شود و نباید سایر حقوق زندانی مانند حق سلامت تحت تاثیر قرار بگیرد. آخرین چالش در مسیر ارتقای سلامت زندانیان چالش نهادی است. برای ارتقای سلامت زندانیان باید نهاد متولی سلامت زندانیان تغییر پیدا کند. با توجه به اینکه اولویت اصلی قوه قضاییه و سازمان زندان‌ها، حفظ نظم و مقررات زندان است، بنابراین باید مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی زندان به وزارت بهداشت و سیستم بهداشت ملی انتقال یابد این انتقال و تغییر نهادی موجب بهبود کیفیت سلامت زندانیان و ارتقاء سلامت آن‌ها خواهد شد. یافته‌های تحقیق بر لزوم تغییرات در بعد قانونی، اجرایی و فرهنگی در مدیریت زندان‌ها دارد.

کلید واژه‌ها: زندان، حق سلامت، زندانیان، آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، چالش‌های رویه‌ای.



مقدمه

بیان مساله: بحث راجع به حق برخورداری از بهداشت و خدمات درمانی و مراقبت‌های پزشکی یا به عبارت رساتر حق زندانیان بر سلامت را با یک قاعده فقهی آغاز می‌کنیم. پروردگار حکیم که همه چیز را برای انسان و انسان را برای خویش آفریده است حفظ جان او را واجب و تهیه مقدمات تحقق این واجب بزرگ را نیز واجب قرار داده است (مصباح و سائس، ۱۳۸۶: ۴). لذا تحقق انسان سالم، برای نیل به کمال انسانی به عنوان خلیفه‌الله برای حفظ حیات واجب و ضروری می‌باشد. امام علی (ع) می‌فرماید: بزرگ‌ترین نعمت الهی سلامت جسم و بزرگتر از آن سلامت جان است. هم‌چنین خطرناکترین بلاها، بیماری جسم و خطرناک‌تر از آن بیماری جان است (خسروی و دیگران، ۱۳۹۳: ۳۸-۴۷) سلامت شامل رفاه و آرامش جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. لذا سلامت نداشتن بیماری بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (کریمی، سالاریان، عنبری، ۱۳۸۸: ۱۴) دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی پیش زمینه ایجاد عدالت در جامعه است و حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باعث ایجاد فرصت‌های برابر در جامعه خواهد شد (کریمی، سالاریان، عنبری، ۱۳۸۸: ۱۰۴-۹۲). مساله سلامت هنگامی که درباره زندانیان مطرح می‌شود موضوع اهمیتی دوچندان پیدا می‌کند. دلیل این اهمیت علاوه بر مکان مورد بحث به عناصر حق سلامت برمی‌گردد. در بیشتر کشورها استانداردهای موجود در مورد وضعیت حقوق زندانیان، پایین و در مواردی دهشت‌بار است. زندان‌ها با مشکلاتی نظیر فضای نامناسب فیزیکی، تسهیلات بهداشتی و درمانی ناکافی، سوء استفاده‌های نگهبانان، فساد و خشونت و شکنجه روبرو هستند (ملکی، ۱۳۸۵: ۲۴) چنین شرایطی بی‌اغراق زندگی زندانی‌ها را به خطر می‌اندازد. وقتی یک زندانی بیمار می‌شود مطابق اسناد حقوق بشری نه با یک زندانی بلکه با یک بیمار روبرو هستیم. اعلامیه جهانی حقوق بشر در ماده ۱ بر احترام به شأن ذاتی انسان‌ها تأکید کرده است ماده ۲۵ این اعلامیه تحت عنوان «استانداردهای قابل قبول برای تأمین سلامتی» به عنوان مبنایی برای توسعه حقوق بیمار قرار گرفته است (رمضانی، کیکاووسی آرانی، و عابدینی، ۱۳۸۸: ۱۰۳-۱۲۵) حقوق بیمار آینه‌ای از حقوق بشر، حقوق پزشکی و مبنایی برای ارتقای سلامت بیماران است. حقوق بیمار همان انتظاراتی است که او از مؤسسات خدمات بهداشتی و درمانی دارد. به عبارت دیگر، حقوق بیمار عبارت است از وظایفی که گروه پزشکی در قبال تأمین نیازهای جسمی، روحی، روانی و اجتماعی مشروع و معقول بیمار دارند (پوربخش، ۱۳۸۸: ۶۰-۳۵) بیانیه جهانی حقوق بشر ابزاری برای نشان دادن شأن انسانی در قوانین بین‌المللی بوده که زمینه قانونی و اخلاقی را برای ارتقای استانداردهای مراقبت از بیمار فراهم کرده و دستورالعمل مهمی را برای مباحث حیاتی اجتماعی، قانونی و موضوعات اخلاقی فراهم می‌آورد. در حقوق ما اصل ۲۹ قانون اساسی حق بر خدمات بهداشتی و مراقبت‌های پزشکی را برای همگان به رسمیت می‌شناسد (قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران اصل ۲۹) بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی نیز مرتبط با سلامت می‌باشد که مقرر داشته «پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه از وظایف دولت‌ها است» (بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران اصل ۲۹) علاوه بر قانون اساسی که برخورداری از حق بر سلامت را صریحاً مورد نظر قرار داده در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت اجتماعی فرصت برابر و ... از مشخصات جامعه سالم ایرانی توصیف شده است. در قوانین برنامه توسعه به ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی پرداخته شده و اموری مانند تأمین فضای سالم، برقراری پزشک خانواده، عدالت اجتماعی در سلامت، کاهش زبان‌های فردی اجتماع که همه از جمله مسائل مرتبط با برخورداری از حق بر سلامت می‌باشد مورد تصریح قرار گرفته است. آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور نیز طی مواد مختلف و متعدد به ضرورت و لزوم تأمین نیازهای مختلف بهداشتی متهمان و محکومان اعم از بهداشت فردی، روانی و عمومی در محیط انواع مؤسسه‌های کیفری توجه و اهتمام نموده



است (کرامت و جعفریان، ۱۳۹۲: ۵۳-۷۵) علیرغم این اقدامات قانونی هنوز چالش‌های زیادی در ارتقاء سلامت زندانیان وجود دارد. پرسش اصلی تحقیق این است که در مسیر ارتقای سلامت زندانیان چه چالش‌هایی وجود دارد؟

اهمیت تحقیق: کیفرشناسان هدف از اعمال مجازات زندان را اصلاح و بازپروری اجتماعی فرد می‌دانند و به همین دلیل به منظور تحقق این اهداف، اجرای کیفر حبس را مقید به رعایت قواعد و اصولی نموده‌اند. بر این اساس به لحاظ بین‌المللی، قواعد اجرای کیفر زندان و رفتار با زندانیان و همچنین مدیریت زندان موضوع ارشادات و الزامات بین‌المللی قرار گرفته‌اند. از این حیث، در حقوق کشور ایران، تبلور و تجلی این قواعد مستلزم بررسی آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰ به ویژه در زمینه سلامت زندانیان می‌باشد.

تیموری، بیگی، احدی (۱۴۰۰) در تحقیقی تحت عنوان «حبس‌زدایی سلامت محور؛ برآیند سلامت و عدالت در رویکرد نظام حقوقی ایران و اسناد بین‌المللی حقوق بشر» به این نتیجه رسیده رسیده‌اند که یکی از جلوه‌های حبس‌زدایی سلامت محور، بازنگری و تعدیل در سیاست‌های ناظر بر حبس و مدیریت زندان‌ها است. لذا، سیاست‌های جنایی باید حاصل پیوند سلامت و عدالت بوده و می‌توان گفت که حبس‌زدایی سلامت محور، در کنار توجه بر سلامت زندانیان، روند گرایش به کیفرهای جامعه مدار را تقویت می‌کند (تیموری، بیگی، احدی، ۱۴۰۰: ۱۲۰-۹۵).

رسولخانی و طباطبایی (۱۴۰۰)، در تحقیقی تحت عنوان «مطالعه تطبیقی حق سلامت زنان زندانی در نظام عدالت کیفری ج.ا. و اسناد بین‌المللی با تاکید بر مبانی فقهی» به این نتیجه رسیده رسیده‌اند که اگر هدف اصلی زندان اصلاح و درمان باشد باید لوازم و مقتضیات آن نیز فراهم شود. در غیر این صورت زندان آثار مخربی بر سلامت جسمی و روانی زندانیان خواهد داشت. در میان زندانیان، زندانیان زن با توجه به آسیب‌پذیری بیشتر روانی و جسمی نیازمند توجه و مراقبت‌های ویژه‌ای هستند. ارائه خدمات بهداشتی به زندانیان زن از اهمیت بیشتری برخوردار است. نگارندگان سعی کرده‌اند با رویکرد حقوق بشری و باتوجه به مبانی فقهی، راهکارهای حقوقی-پزشکی برای ارتقای سلامت و درمان زندانیان زن به طور خاص ارائه دهند. اقداماتی همچون طبقه‌بندی زندانیان و نگهداری و معالجه زندانیان مبتلا به بیماری‌های روانی و واگیردار و پرخطر، برگزاری آموزش های ضمن خدمت برای کادر پزشکی زندان و زندانیان، فعال نمودن واحدهای مددکاری، روانشناسی و روان پزشکی برای آسیب پذیران روانی خصوصاً زنان معتاد به مواد روان گردان و ... را می‌توان نام برد (رسولخانی و طباطبایی ۱۴۰۰: ۱-۱۳).

علیزاده، عباسی، اسماعیلی (۱۴۰۰)، در تحقیقی تحت عنوان «حق بر سلامت اطفال زندانی در پرتو اسناد بین‌المللی» به این نتیجه رسیده‌اند که حق بر سلامت در قامت یک اصل بین‌المللی و به صورت بسیار گسترده در ارتباط با همه افراد مورد شناسایی قرار گرفته است. اما باید توجه داشت که طبقات و اقشار آسیب‌پذیر در هر جامعه، نیاز مبرمی به حفاظت و حمایت قانونی دارند. اساساً محیط زندان، یک محیط آسیب‌زا می‌باشد که خطر آن برای اطفال و نوجوانان چندین برابر می‌باشد. در نتیجه، شناسایی حق بر سلامت اطفال به صورت پراکنده و ضمنی در اسناد مختلف نمی‌تواند تضمین محکمی برای وضعیت اطفال مزبور باشد (علیزاده، عباسی، اسماعیلی، ۱۴۰۰: ۹۳۹-۹۱۹).

حاج ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی تحت عنوان «ساختارهای مختلف مراقبت‌های سلامت زندانیان: یک مطالعه مروری» به این نتیجه رسیده است که مسائل و مشکلات بهداشتی و درمانی مجرمان و زندانیان، یکی از چالش‌های حوزه سلامت می‌باشد. محیطی که مهم‌ترین اولویت آن حفظ نظم، کنترل و انضباط است، حفظ سلامت و ارائه خدمات بهداشتی درمانی، چالش‌های خاص خود را به همراه خواهد داشت. به همین دلیل برخی از کشورها، مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی در زندان را به وزارت بهداشت انتقال داده‌اند. نتایج بیانگر این بود، با توجه به اینکه اولویت اصلی وزارت دادگستری و سازمان زندان‌ها، حفظ نظم و مقررات زندان است، بنابراین در صورت انتقال مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی زندان به وزارت بهداشت و سیستم بهداشت ملی، کیفیت کار و بازدهی کارکنان بیش‌تر خواهد بود و فرصت تحقیقات و آموزش‌های پیشرفته در این زمینه نیز افزایش خواهد یافت (حاج ابراهیمی، علی‌محمدزاده، حسینی، بهادری، ۲۳۹۰-۲۳۰).



حیدری (۱۳۹۸) در تحقیقی تحت عنوان «مبانی، قلمرو و آثار فقهی حقوقی «حق سلامت» به این نتیجه رسیده است که زندانیان دارای «بیماری سخت درمان» سیاری از محکومان کیفری پیش از ورود یا در دوران زندان، دچار بیماری می شوند که درمان برخی از آن‌ها دشوار و به اصطلاح «سخت درمان» است. در فقه جزایی، اجرای کیفر بدنی بیماران به تاخیر 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 تاخیر 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 (حیدری، ۱۳۹۸: ۲۰-۶۶).

با عنایت به پیشینه‌ای که ذکر گردید با توجه به اینکه در تحقیقات انجام گرفته صرفاً به ارائه کلیاتی از چالش‌های کیفرشناختی قواعد استاندارد حاکم بر زندان پرداخته، و یا در مواردی به ارائه کلیاتی از حقوق زندانیان در زندان‌ها پرداخته شده است و نقص تحقیقاتی وجود داشته ضمن اینکه در این مقاله به چالش‌های ارتقاء سلامت زندانیان با تأکید بر آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰ پرداخته شده است.

روش تحقیق: روش تحقیق به صورت اسنادی و تحلیل محتوای آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰ انجام شده است تا چالش‌های ارتقاء سلامت زندانیان روشن گردد زیرا مسائل و مشکلات بهداشتی و درمانی مجرمان و زندانیان، یکی از چالش‌های حوزه سلامت می‌باشد.

اهداف تحقیق: هدف پژوهش حاضر بررسی «چالش‌های ارتقاء سلامت زندانیان» است، که با روش جمع‌آوری اطلاعات از طریق فیش‌برداری و مراجعه به منابع کتابخانه‌ای انجام شده است.

فرضیه تحقیق: تحقیق براین فرضیه استوار است که لزوم تغییرات در بُعد قانونی، اجرایی و فرهنگی مدیریت زندان‌ها نیاز به تغییرات دارد.

۱. تبیین مفاهیم

با توجه به تکرر و تنوع آراء و اندیشه‌های انتزاعی و غیر واقع‌گرایانه، ضرورت دارد ابتدا واژه‌ها و مفاهیم تحقیق مورد بحث قرار گیرد.

۱.۱ تعریف زندان

زندان در معنای عام، کلمه محلی است که در آن‌جا متهمان یا محکومان کیفری با قرار یا حکم کتبی مقامات صلاحیت‌دار قانونی موقتاً یا برای مدت معین و یا به طور دائم نگهداری می‌شود (آخوندی، ۱۳۷۴: ۸۷) پیش‌بینی حبس به عنوان مجازات اصلی را می‌توان در تبعیت از اندیشه کسانی دانست که مجازات زندان را تنها کیفر جرایم در جوامع متمدن می‌دانند (صفاری، ۱۳۹۰: ۲۳) لذا لازم است «کیفر سالب آزادی» و محلی که آزادی مجرمان سلب می‌گردد و در آن نگهداری می‌شوند (زندان)، تعریف و تبیین گردد. به محل نگهداری کسانی که آزادی آن‌ها سلب شده است «زندان» گفته می‌شود. حبس و زندان در «فرهنگ معین» مترادف یکدیگر به کار رفته‌اند (معین، ۱۳۸۲: ۳۹۱ و ۵۳۷) زندان محلی است که در آن محکومانی که حکم آنان قطعی شده است با معرفی مقامات صلاحیت‌دار قضایی و قانونی برای مدت معین یا به طور دائم با هدف تحمل کیفر، حرفه‌آموزی، بازپروری و بازسازی نگه‌داری می‌شوند. در کشور ایران مطابق آیین‌نامه قانونی و مقررات اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی، مصوب ۱۳۷۲، زندان‌ها بطور کلی شامل بازداشتگاه و زندان بود که نوع اخیر زندان محکومان یا زندان به معنی اخص کلمه بر سه نوع طبقه‌بندی شده بود: زندان بسته، زندان نیمه بسته و زندان باز (مواد ۴-۸ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، ۱۳۷۲) اما در آیین‌نامه‌های بعدی تحت عنوان «آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور» مصوب ۱۳۸۰/۴/۳۱ و ۱۳۸۴/۹/۲۰ با حفظ شکل کلی تقسیم‌بندی



سابق، انواع دیگری نیز به زندان به معنی اخص کلمه یعنی زندان محکومان اضافه شده است. در ماده ۵ آیین نامه ۱۳۸۰ آمده بود: «زندان‌ها به شرح مواد آتی به زندان بسته، زندان نیمه باز، زندان باز و مجتمع‌های حرفه‌آموزی و کاردرمانی «اردوگاه» تقسیم می‌شوند» (ماده ۵ آیین نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، ۱۳۸۰). بند «ب» ماده ۱ آیین نامه اجرایی شماره ۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ ریاست محترم قوه قضائیه در خصوص «سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور» از اصطلاح مؤسسه کیفری استفاده کرده است که در این آیین نامه به اختصار «مؤسسه» نامیده می‌شود، مؤسسه کیفری واحدی زیرمجموعه سازمان (سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور) است که متهم یا محکوم به دستور مرجع قضایی یا قانونی صلاحیت‌دار، بازداشت و یا برای تحمل محکومیت حبس با هدف اصلاح و تربیت و بازسازی اجتماعی در آن جا نگهداری می‌شود که انواع آن عبارت است از: زندان‌های بسته، نیمه‌باز، مرکز حرفه‌آموزی و اشتغال یا زندان باز، بازداشتگاه، اردوگاه کاردرمانی و کانون اصلاح و تربیت اطفال و نوجوانان (ماده ۱ آیین نامه اجرایی شماره ۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور). مطابق قسمت یک بند «ب» ماده ۱ آیین نامه اجرایی، زندان بسته، زندان محصور با برج‌های دیده‌بانی که دارای دو پوسته یا حصار داخلی و خارجی و برخورد از شرایط و ضوابط امنیتی و حفاظتی کامل است. در این نوع از زندان، خوابگاه، هواخوری، مکان فرهنگی، آموزشی و کارگاه‌های حرفه‌آموزی و اشتغال، همگی در پوسته داخلی قرار دارد. مطابق قسمت دوم بند «ب» ماده ۱ آیین نامه اجرایی زندان نیمه‌باز، مکان محصور است با حفاظت مناسب در حد فاصل حصار داخلی و خارجی زندان بسته، که در آن جا محکومان، در زمان معین و تحت نظارت مأمور مراقب مسلح، به کار گمارده می‌شوند و پس از خاتمه کار، مجدداً به خوابگاه گروهی یا اختصاصی بازگشت داده می‌شوند. این نوع زندان، بخشی از کارگاه‌های صنعتی، خدماتی، کشاورزی و عمرانی درون یا محوطه زندان بسته را نیز شامل می‌شود. مطابق قسمت سوم بند «ب» ماده ۱ آیین نامه اجرایی بازداشتگاه، محل نگهداری موقت متهم تحت قرار تأمین کیفری که با دستور کتبی مقام قضایی یا قانونی صلاحیت‌دار، به آنجا معرفی شده و تحت مدیریت یا نظارت سازمان است و شامل بازداشتگاه‌های عمومی، امنیتی، انتظامی یا نظامی می‌باشد. در بند «پ» ماده ۱ نیز به تعریف ندامتگاه عمومی پرداخته است. ندامتگاه عمومی مکان نگهداری عموم محکومان به تحمل حبس و دیگر الزامات قانونی (شامل زندان بسته، نیمه باز و مرکز حرفه‌آموزی) به جز مواردی که فرد باید در دیگر انواع مؤسسه‌های کیفری مانند اردوگاه کاردرمانی و کانون نگهداری شود (ماده ۱ آیین نامه اجرایی شماره ۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور).

۲.۱ تعریف حق سلامتی

حق بر سلامت به عنوان یک حق ذاتی به این معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست تمیز را در برمی‌گیرد (عباسی، رضایی، دهقانی، ۱۳۹۳: ۱۸۳). حق بر سلامتی و بهداشت عمومی در راس حق‌هایی قرار دارد که بر بهره‌مندی از سایر حقوق بشری تأثیر عمیقی می‌گذارد. تا قبل از سال ۱۹۴۲ سلامت به معنی کارکرد مطلوب و فیزیولوژیک ارگان‌های بدن^۱ تلقی می‌شد. در دهه ۵۰ و ۶۰ میلادی این‌گونه تصور می‌شد که بیماری نتیجه عدم کارکرد مطلوب و فیزیولوژیک ارگان‌های بدن است و لذا استراتژی‌های پیشنهادی انجام مداخلاتی را در سطح کلینیکی افراد مطرح می‌کرد و موجب گسترش خدمات درمانی^۲ با محوریت بیمارستان‌ها می‌شد. سلامتی در این دوره در معنای مضیق به وضعیت فرد به دور از بیماری یا ناهنجاری اطلاق می‌گردید (Hellsten, 2005: 148-149). در حالی که در معنای موسع، سلامتی به معنای داشتن وضعیت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است که فقدان بیماری جزئی از آن محسوب می‌گردد. در واقع

^۱ . Soundness of Body.

^۲ . Curative Services.



تکامل به سوی تعریف سلامت به عنوان یک موضوع اجتماعی منجر به تأسیس سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۶ شد. با ظهور سلامت به عنوان یک موضوع عمومی، مفهوم سلامت تغییر کرد. درک سلامت به عنوان «وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً عدم وجود بیماری یا ناتوانی» در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی منعکس گردید (Constitution of the World Health Organization, Basic Documents, Official Document No. 240, Washington, 1991).

بنابراین حق بر سلامتی را نباید به حق بر سالم بودن، مریض نشدن یا نبودن، ناتوان نشدن و ... تعریف کرد. اختلاف در تعبیر مربوط به این حق نیز تا حدودی از همین اختلافات ناشی می‌شود اما با این حال اصطلاح «حق بر سلامتی» به جهت مفهوم گسترده‌ای که دارد و شامل سایر تعبیر نیز می‌گردد. هرچند اصطلاح «حق بر سلامت» را نمی‌توان دقیقاً به معنای برخورداری از سلامت معمول و متعارف فرض نمود. ولی در معنای موسع، سلامتی به معنای داشتن وضعیت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است که فقدان بیماری جزئی از آن محسوب می‌گردد.

حق بر سلامتی تنها دو بار در اسناد بین‌المللی مورد اشاره قرار گرفته است. یک بار در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی و بار دیگر هنگامی که ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی به «مسئولیت‌های خاص دولت‌ها در ارتباط با سلامت» اشاره می‌کند، از «حق مسئولیت‌های بهداشتی» سخن به میان آمده است (Mann, Gostin, Gruskin, et al. 1994: 19). اگرچه هنوز یک تعریف مورد توافق جهانی از حق بر سلامت وجود ندارد، تعریف ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی و دفتر کمیساریای عالی حقوق بشر سازمان ملل یک نقطه شروع خوبی است. این تعریف که توسط «آندریجا استامپار»^۱ محقق برجسته کرواسی در زمینه علوم پزشکی و بهداشت عمومی و یکی از بنیانگذاران سازمان بهداشت جهانی سلامت ارائه شده است بعدها توسط سایر محققان و نویسندگان نظیر فلاویا بوسترئو، پل هانت، سوفیا گراسکین و دیگران در کتاب بهداشت زنان و کودکان: شواهد تأثیر حقوق بشر مورد توجه قرار گرفته است (Bustreo, Hunt, Gruskin, et al. 2013: 20).

گرچه حق سلامت در سال ۱۹۴۶ جایگاه خود را در سازمان ملل متحد باز کرد، اما به مدت بیش از ۳۰ سال بعد تحت بررسی‌های آکادمیکی قرار نگرفت. اولین مدیر کل سازمان بهداشت، براک چیشولم، مدافع پر انرژی حق بر سلامت بود، و تا حدی به لطف رهبری او بود که این حق به طور محکم در منشور بین‌المللی حقوق تشبیت شد (Meier, 2010: 12). اما تنها در سال ۱۹۷۸ و بعد از ۳۰ سال از تصویب اعلامیه جهانی حقوق بشر و ۱۲ سال پس از تصویب میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی دانشمندان برجسته، سیاست‌گذاران و سیاستمداران حق بر سلامت را در یک کارگاه سه روزه سازماندهی شده توسط آکادمی حقوق بین‌الملل لاهه بررسی کردند. نتایج بررسی در سال ۱۹۷۹ با عنوان حق بر سلامت به عنوان یک حق بشری منتشر شد. در سال ۱۹۷۸ اعلامیه آلمان مقرر نمود که سلامت «حق اساسی بشر» است. در سال ۱۹۸۵، دانشگاه شربروک، ایالت کبک، میزبان رویداد مشابهی بود که پس از آن مقالاتی در مورد حق بر سلامت در مجله بین‌المللی Revue Québécoise de Droit منتشر شد. حق بر سلامت اکنون جایگاه استواری در اسناد حقوق بشری و عرف بین‌المللی داشته و می‌توان آن را در شمار اصول کلی پذیرفته شده نظام‌های حقوقی توسعه یافته دانست (آل کجیاف، ۱۳۹۲: ۱۷۰-۱۳۹). با وجود شناسایی حق بر سلامتی، معنی و مفهوم محتوای این حق به طور کامل روشن نبوده و تبیین حق مزبور امری دشوار و پیچیده است. زیرا تعبیر «حق بر سلامتی»، تعبیری نارسا بوده و از طرفی مسأله سلامتی نیز امری نسبی و اضافی است که نسبت به اشخاص و محیط زندگی و نوع فعالیت و کار متفاوت می‌شود. سلامتی در مکان‌های سالب آزادی به تنوعی از تسهیلات، امکانات و خدماتی اطلاق می‌گردد که دولت‌های عضو به موجب معاهدات بین‌المللی، بدان متعهد و زندانیان به واسطه آن، قابلیت برخورداری داشته و استحقاق بهره‌مندی از آن را یافته‌اند.

¹ . Andrija Štampar.



۲. منابع و جایگاه حق سلامت زندانیان در نظام بین‌المللی حقوق بشر

حق داشتن بالاترین سطح استاندارد سلامت قابل دسترس برای انسان‌ها، در نظامنامه سازمان بهداشت جهانی و عهدنامه‌های متعدد بین‌المللی گرامی داشته شده است. اما مقدار بهره‌مندی مردم از این حقوق، در نقاط مختلف جهان متفاوت است (عالمی، ۱۳۹۰: ۸). برخورداری از خدمات و مراقبت‌های پزشکی حقی همگانی است که تمام افراد یک جامعه باید امکان بهره‌مندی از آن را داشته باشند. به همین منظور هر دولتی مکلف است نیازمندی‌های درمانی و پزشکی شهروندان خود را تأمین نماید. اعلامیه جهانی حقوق بشر در ماده بیست و پنجم خود حق بر بهداشت را برای تمامی انسان‌ها پیش‌بینی نموده است «UDHR, 1948: Art 25». بارزترین نمود و شاخص‌ترین بیان از تعهدات دولت‌ها در خصوص حق بر سلامتی را می‌توان در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مشاهده نمود. که بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامت جسمی و روانی را به رسمیت می‌شناسد (سیدموسوی، ۱۳۹۹: ۲۷۳). همچنین کنوانسیون بین‌المللی رفع کلیه اشکال تبعیض‌نژادی (ICERD, 1965: Art 5)، کنوانسیون امحای کلیه اشکال تبعیض علیه زنان (CEDAW, 1979: Art 12(2)، کنوانسیون حقوق کودک (CERD, 1989: Art 24(1)، کنوانسیون حقوق افراد معلول (CRPD, 2006: Art 25)، منشور اجتماعی اروپا (ESC, 1996: Art 11)، اعلامیه آمریکایی حقوق و تکالیف بشر (ADRDM, 1948: Art 11)، پروتکل الحاقی به کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر معروف به پروتکل سان‌سالوادور (Protocol of San Salvador, 1988, Art: 10) و ماده ۱۷ اعلامیه حقوق بشر اسلامی ۱۹۹۰ نیز به فراخور موضوع خود به مقوله حق بر سلامتی پرداخته‌اند.

۱.۲ حق سلامت زندانیان در اسناد بین‌المللی عام

حق بر سلامت یکی از مهم‌ترین حقوقی است که در اسناد و معاهدات بین‌المللی و نیز در اسناد داخلی ایران به‌ویژه قانون اساسی و برنامه پنج‌ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و سند چشم‌انداز بیست‌ساله نظام به رسمیت شناخته شده و مورد تأیید قانون‌گذاران و سیاست‌مداران قرار گرفته است (رضایی‌زاده، ۱۳۹۹: ۱۹۳). اولین تجلی ضمنی حق بر سلامتی را در ماده ۵۵ منشور سازمان ملل متحد^۱ (۱۹۴۵) می‌توان مشاهده نمود. ماده مزبور سازمان را الزام به ارتقاء استانداردهای بالاتر زندگی و یافتن راه کارهای مسایل بین‌المللی... در ارتباط با سلامتی نموده است. همچنین در مقدمه اساسنامه زمان بهداشت جهانی^۲ (۱۹۴۶)، بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی، یکی از حق‌های بنیادی هر انسانی شناخته شده است و تأکید گردید که سلامتی ملت‌ها، جهت دستیابی به صلح و امنیت، اهمیت بنیادی دارد (کوکبی‌سقی، ۱۳۹۹: ۴۰۵). ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸) نیز به گونه‌ای دیگر حق بر سلامتی را مورد شناسایی قرار داده است. در این ماده آمده: «هر کس بر چنان سطحی از زندگی حق دارد که برای سلامتی و رفاه خود او و خانواده‌اش، از جمله غذا، پوشاک، مسکن و مراقبت پزشکی و خدمات ضروری اجتماعی، کافی باشد...»^۳ (عباسی، دهقانی، رضایی، ۱۳۹۴: ۱۳۸-۱۴۶). شفاف‌ترین و کامل‌ترین بیان از حق بر سلامتی را در ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی^۴ (۱۹۶۶) می‌توان مشاهده نمود که در بند آن آمده: «دولت‌های عضو میثاق حاضر، حق هر فردی را به بهره‌مندی از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند.» و در بند ۲ هم اقداماتی را که دولت‌ها باید در تحقق کامل حق سلامتی اتخاذ نمایند، مطرح نموده است (قلی‌زاده و ذاکراردکانی، ۱۴۰۰: ۸۴). در کنار اسناد مطرح شده، ماده ۵ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض‌نژادی^۵ (۱۹۶۵) دولت‌های عضو را متعهد ساخته تا حق هر فردی را نسبت به سلامتی عمومی، مراقبت پزشکی، تأمین اجتماعی و خدمات اجتماعی

^۱ . United Nations charter (UNC), 59 stat. 1031, T.S.993, 3 Bevans 1153, Entered into Force 24 oct. 1945.

^۲ . Constitution of the world Health organization (WHO) , 14 U. N.T.S. 186 , 22 July 1946 Entered in to Force 7 April 1948.

^۳ . Universal Declaration of Human Rights, G A, Res. 217 A (III), UN Doc. A/810 , 10 Dec. 1948.

^۴ . International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, GA, Res. 2200 A (XXI), UN Doc. A/16316 (1966).

^۵ . Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, UN, GA, Res. 2106 A (XX), 21 Dec. 1965, UN Doc . A /6014 (1965).



تضمین کنند. ماده ۱۲ کنوانسیون محو کلیه اشکال تبعیض علیه زنان^۱ (۱۹۷۹) دولت‌های عضو را مکلف به اتخاذ اقدامات مقتضی در جهت تضمین دسترسی یکسان زنان و مردان به خدمات مراقبت سلامتی نموده و ماده ۲۳ کنوانسیون حقوق کودک^۲ (۱۹۸۹) از حق هر کودک نسبت به سطحی از زندگی که برای توسعه جسمی، روانی و ... کودک کافی باشد و بهره‌مندی کودک از بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی و ... را تضمین نماید، حمایت کرده است (فیروزپور، ۱۴۰۰: ۳۲۵). اسناد مهم منطقه‌ای نظیر ماده ۲۶ کنوانسیون آمریکایی حقوق بشر^۳ (۱۹۷۸)، ماده ۱۶ منشور آفریقایی حقوق بشر و ملت‌ها^۴ (۱۹۸۱) و ماده ۱۱ منشور اجتماعی اروپا^۵ (۱۹۶۱) و ماده ۱۷ اعلامیه قاهره درباره حقوق بشر در اسلام^۶ (۱۹۹۰) و ... نیز حق بر سلامتی را به رسمیت شناخته‌اند. در سطح ملی نیز حق مزبور در اکثر قوانین اساسی کشورها مورد شناسایی قرار گرفته است. به این ترتیب می‌توان ادعا نمود پذیرش حق بر سلامتی به عنوان قاعده‌ای از حقوق بین‌الملل عرفی است و بر تمامی کشورها الزامی می‌باشد.

۲.۲ حق سلامت زندانیان در اسناد بین‌المللی خاص

اسناد ارشادی خاص زندانیان نیز به حق برخورداری از بهداشت و خدمات درمانی و مراقبت‌های پزشکی پرداخته‌اند. در همین راستا قطعنامه ۱۷۳/۴۳ مجمع عمومی سازمان ملل متحد، در اصل بیست و چهارم، لزوم برخورداری متهمان و محکومان از حق بهره‌مندی از خدمات درمانی را تأکید دارد. قطعنامه ۱۷۳/۴۳ مجمع عمومی سازمان ملل متحد، در اصل بیست و چهارم، لزوم برخورداری متهمان و محکومان از حق بهره‌مندی از خدمات درمانی را تأکید داشته، بیان می‌دارد: «یک معاینه پزشکی مناسب باید در اسرع وقت پس از پذیرش در محل بازداشت یا زندان، از فرد در بازداشت یا زندان به عمل آید، و پس از آن مراقبت و درمان پزشکی باید در هنگام لزوم برای وی فراهم شود. این مراقبت و درمان باید رایگان باشد». اعلامیه اصول اساسی رفتار با زندانیان در ماده ۹ به رعایت حق بهره‌مندی آنان از خدمات بهداشتی به این شرح تأکید کرده است: «زندان‌یان باید به خدمات بهداشتی که در کشور وجود دارد، بدون تبعیض از جهت وضعیت حقوقی آنان، دسترسی داشته باشند» (UN Basic Principles for the Treatment of Prisoners Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990, Art: 9). ماده ۶ نظامنامه رفتار مأموران نیروی انتظامی مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد طی قطعنامه شماره ۳۴/۱۶۹ مورخ ۱۷ دسامبر ۱۹۷۹ مقرر می‌دارد: مأموران نیروی انتظامی حفاظت کامل از سلامت اشخاص در حبس تحت نظر آنان را اطمینان داده و به ویژه به منظور تأمین مراقبت به هنگام نیاز اقدام به عمل خواهند آورد. اعلامیه اصول اساسی رفتار با زندانیان در اصل ۹ به رعایت حق بهره‌مندی آنان از خدمات بهداشتی به این شرح تأکید کرده است: «زندان‌یان باید به خدمات بهداشتی که در کشور وجود دارد، بدون تبعیض از جهت وضعیت حقوقی آنان، دسترسی داشته باشند» (UN Basic Principles: 9).

در بند ۴۹ مقررات سازمان ملل متحد برای حمایت از نوجوانانی محروم از آزادی تصویب شده طی قطعنامه شماره ۴۵/۱۱۳ مجمع عمومی مقرر شده است: «هر نوجوانی باید مراقبت پزشکی کافی، اعم از پیشگیرانه و درمانی، از جمله برای دندان، چشم و بهداشت روانی، و محصولات دارویی و مواد غذایی ویژه که به وسیله پزشک تجویز شده، دریافت کند» (UN Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty, 1990). قاعده ۲۴ (۱) قواعد حداقل استاندارد سازمان ملل برای رفتار با حبس‌شدگان ارائه مراقبت‌های بهداشتی برای زندانیان را مسئولیت (تکلیف) دولت می‌داند. مطابق قاعده ۲۷ همه زندان باید دسترسی فوری به مراقبت‌های پزشکی را داشته باشند (SMR Mandela Rules: 27). پزشک یا در صورت امکان، دیگر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی واجد

¹ . Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against women, UN, GA, Res. 34/180 (18 Dec. 1979), UN Doc. A/Res/34/36.

² . Convention on the Rights of the child, GA, Res. 44/25, UN Doc. A/44/49 (1989).

³ . American Convention on Human Rights, OAS T.S. No. 36, OEA/Ser. L/V/II. 23 Doc. Rev. 2, 144 UNTS 123 (1969).

⁴ . African [Banjul] charter on Human and peoples, Rights , OAU Doc. CAB/LEG/67/3 Rev. 5, 21 ILM 58 (1982).

⁵ . European social charter, ETS No. 35, Entered into Force 26 Feb. 1965.

⁶ . The Cairo Declaration on Human Rights in Islam, signed by the organization of the Islamic Conference on 5 Aug. 1990.



شرایط، هر روز باید زندانیان بیمار را ملاقات نمایند یعنی همه زندانیانی را که از بیماری شکوه دارند... روح حاکم بر این مقررات، اصول و قواعد بین‌المللی مبتنی بر ضرورت درمان زندانیان بیمار، حفظ بهداشت جسمی و روحی آنان و انتقال زندانیان بیمار به بیمارستان‌های خارج از زندان در مواقع ضرورت جهت حفظ حق حیات است.

۳. چالش‌های ارتقاء سلامت زندانیان

علیرغم اقدامات و اصلاحات شایسته که طی شش دوره اصلاح در آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور نظیر انطباق با استانداردهای بین‌المللی، تغییر نظام مالی زندان، بازمهندسی یا باز طراحی فیزیکی زندان‌ها و هوشمندسازی زندان‌ها صورت گرفته است، اما حق سلامت زندانیان هنوز با چالش‌هایی مواجه است. این چالش‌ها را می‌توان در سه بخش چالش‌های رویه‌ای، فرهنگی و نهادی قابل بررسی است.

۱.۳ چالش‌های رویه‌ای

آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰، ششمین آیین‌نامه زندان‌ها بعد از انقلاب است، با ابلاغ و اجرایی شدن این مقرره، «آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی مصوب ۱۳۸۴ با اصلاحات بعدی»، «آیین‌نامه اجرایی قانون اصلاح و تربیت مصوب ۱۳۴۷» و دیگر آئین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و بخشنامه‌های مغایر، ملغی است. آئین‌نامه اخیرالتصویب مشتمل بر ۷ فصل و ۳۴۲ ماده بوده و در معاونت حقوقی و امور مجلس قوه قضائیه، با همکاری و تعامل وزارت دادگستری و سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی تهیه و تدوین شده است. تأکیدات و تصریحات این آیین‌نامه نسبت به آیین‌نامه قبلی در خصوص رسیدگی به وضعیت زندانیان بیمار و حمایت از حق سلامت، به خصوص در بحث بیماری‌هایی که تصریح شده که هر روز باید از نظر سلامتی زندانیان پایش شوند (به طور مثال در مواد ۶۰، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۲۳، ۱۳۸، ۱۴۴، ۱۴۹، ۱۵۰، ۲۹۶ و ۳۰۰) هرچند قابل ذکر و اقدام اصلاحی قابل توجهی است، اما علیرغم اصلاحات مکرر آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰ در زمینه حق سلامت دارای موارد و نکاتی هست که در ارتقای سلامت زندانیان تاثیر منفی دارد. این موارد عبارتند از:

۱.۱.۳ انتقال زندانی به بیمارستان

در قوانین داخلی، مواد متعددی از آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها به بیماری زندانی و درمان او اشاره می‌کند. ماده ۱۳۶ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰، مقرر می‌دارد: نیازمندی‌های درمانی و بهداشتی زندانیان بیمار تا حد امکان توسط واحد بهداشت و درمان مؤسسه تأمین می‌شود تا ضرورتی به انتقال زندانیان به خارج از مؤسسه نباشد (ماده ۱۳۶ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۰۰/۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور). ماده ۱۳۸ در ادامه مقرر می‌دارد: واحد بهداشت و درمان مؤسسه موظف است از زندانیان تازه‌وارد در بخش تشخیص معاینه کامل به عمل آورده و در صورت نیاز نسبت به درمان و یا معرفی زندانی به مراکز درمانی دیگر اقدام کند. تمام اقدام‌های درمانی و پزشکی باید در پرونده درمانی و پزشکی زندانی درج شود (ماده ۱۳۸ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۰۰/۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور). بنابراین پزشک زندان مکلف به رسیدگی و مراقبت از سلامت جسمی بیماران است و در صورت وجود هرگونه مشکلی برای سلامت زندانیان باید به آن رسیدگی کند. اما ممکن است که رسیدگی و درمان زندانی در محیط بهداری زندان ممکن نباشد و یا امکانات مورد نیاز وجود نداشته باشد که در این صورت در ماده ۱۰۳ آیین‌نامه ۱۳۸۴ پیش‌بینی شده بود که در این شرایط خروج محکوم از زندان برای انتقال به بیمارستان با اجازه رئیس زندان و موافقت قاضی ناظر امکان‌پذیر



است. برای انتقال به بیمارستان باید ضرورت وجود داشته باشد که تشخیص وجود این ضرورت به عهده پزشک زندان به عنوان متخصص امر است. اما ممکن است حتی با وجود تشخیص پزشک، قاضی ناظر با انتقال زندانی مخالفت کند. در بسیاری از زندان‌های کشور امکانات درمانی تخصصی وجود ندارد که به همین دلیل در موارد متعددی زندانی بیمار باید به بیمارستان منتقل شود اما متأسفانه تا سال ۱۴۰۰ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور تفاوتی بین موارد فوری و غیر فوری برای اخذ اجازه از قاضی ناظر قائل نشده بود که این امر باعث تأخیر نا به جا و به خطر افتادن جان زندانی می‌شد. اما آیین‌نامه اجرائی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰/۳/۲۸ با تغییراتی مقرر کرده است: خروج زندانی از موسسه برای درمان و معالجه با تأیید رئیس واحد بهداشت و درمان و موافقت قاضی اجرا و رئیس موسسه صورت می‌گیرد. در موارد فوری (اورژانسی)، زندانیان بیمار به دستور مسوول واحد بهداشت و درمان و اجازه رئیس موسسه یا جانشین آن‌ها به بیمارستان و مراکز درمانی خارج از موسسه انتقال می‌یابند و موضوع در اسرع وقت به قاضی اجرا و مرجع بازداشت کننده اطلاع داده می‌شود تا مطابق قانون آیین دادرسی کیفری اقدام کند (ماده ۱۳۷ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۰۰/۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور). ماده ۵۲۲ قانون آیین دادرسی کیفری (مصوب سال ۱۳۹۲) مداوای محکومان به حبس را پیش‌بینی کرده و مقرر می‌دارد: «در صورتی که مداوای محکوم به حبس در خارج از زندان ضروری باشد، قاضی اجرای احکام کیفری، مدت زمان مورد نیاز برای مداوا را با توجه به نظر پزشکی قانونی تعیین می‌کند و با أخذ تأمین متناسب، اجرای حبس را به تعویق می‌اندازد و هرگاه محکوم‌علیه تأمین متناسب ندهد، معالجه وی در بیمارستان تحت نظر ضابطان صورت می‌گیرد و مدت معالجه جزء محکومیت وی محسوب می‌شود». حال پرسش این هست که آیا مشکل انتقال زندانی نیاز به درمان در خارج از موسسه مطابق تغییرات و اصلاحات آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۰۰/۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور حل شده است؟ آیا دستور مسوول واحد بهداشت و درمان بدون کسب اجازه رئیس موسسه یا جانشین آن می‌تواند به تنهایی زندانی را به بیمارستان و مراکز درمانی خارج از موسسه انتقال دهد؟ آیا اجازه رئیس موسسه صرفاً اطلاعی هست یا رئیس موسسه نیز باید مجاب شود که زندانی واقعا به درمان خارج از موسسه نیاز دارد؟ اگر اجازه رئیس موسسه نوعی نظارت استصوابی باشد آیا رئیس موسسه، توانایی تشخیص تمارض به بیماری از سوی زندانی برای خروج از زندان را دارد؟ معلوم نیست دستور مسوول واحد بهداشت و درمان تا چه حدی بدون اجازه رئیس موسسه یا جانشین آن بتواند هدف قانون را تأمین کند. ماده ۵۲۲ قانون آیین دادرسی کیفری (مصوب سال ۱۳۹۲) درباره مداوای محکومان به حبس نیز دارای پروسه‌ای است که بر تأخیر نا به جا و به خطر افتادن جان زندانی دامن می‌زند. تعیین مدت زمان مورد نیاز برای مداوا با توجه به نظر پزشکی قانونی و یا أخذ تأمین متناسب از مواردی هستند که در تحقق حق سلامت زندانیان تأثیر منفی می‌گذارد. این در حالی است که زمان طلایی رساندن بیمار دچار سکتة مغزی به بیمارستان کمتر از سه ساعت است. همچنین در بیماری انفارکتوس میوکارد افرادی که پس از شروع درد کمتر از دو ساعت به بیمارستان مراجعه می‌کنند، مراجعه بهنگام، ۴-۲ ساعت تأخیر جزیی، ۸-۴ ساعت تأخیر متوسط و بیشتر از ۸ ساعت، تأخیر محسوب می‌گردد (تقدسی، و سیدی نیاسر و موسوی، ۱۳۸۶: ۴۵).

۲.۱.۳ عدم سازگاری محیط زندان‌ها با آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ۱۴۰۰
زندان‌های موجود متناسب با اجرای آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ۱۴۰۰/۲/۲۸ نیست. ماده ۱۲۶ مقرر می‌دارد: در هر مؤسسه باید حمام و سرویس بهداشتی مناسب و به تعداد کافی و همچنین محلی مناسب برای شست و شوی ظروف و البسه وجود داشته باشد (ماده ۱۲۶ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۰۰/۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور). در همین راستا پیش‌بینی امکانات لازم برای پیشگیری از وقوع حوادث و رعایت مقررات ملی و دستورالعمل‌های بهداشتی ساختمان در خصوص تعداد واحدهای حمام،



توالف و دستشویی در طراحی و ساخت مؤسسه‌ها ضروری است. ماده ۱۲۹ مقرر می‌دارد: در مؤسسه باید آب گرم کافی جهت استحمام و شستشو در اختیار زندانیان قرار گیرد (ماده ۱۲۹ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۴۳۳۹/۹۰۰۰/۱۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور). مطابق ماده ۱۳۲ در مؤسسه‌ها واحد رخت‌شویی (خشک‌شویی) با ظرفیت مناسب برای شست و شوی پتو، ملحفه و لباس زندانیان راه‌اندازی می‌شود. براساس ماده ۱۳۳ گرما و خنکی مورد نیاز محیط سالن‌ها و اتاق‌ها از طریق سیستم‌های مرکزی دارای استاندارد و ایمن و مطابق با اصول بهداشتی، تأمین و متناسب با فصول مختلف سال و شرایط اقلیمی هر یک از این سیستم‌ها به کار گرفته می‌شود (ماده ۱۳۲ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۴۳۳۹/۹۰۰۰/۱۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور). ماده ۱۳۶ مقرر می‌دارد: نیازمندی‌های درمانی و بهداشتی زندانیان بیمار تا حد امکان توسط واحد بهداشت و درمان مؤسسه تأمین می‌شود. مطابق ماده ۱۳۹ نیازسنجی و اعلام تجهیزات بهداشتی و پزشکی و نیروی انسانی متخصص مربوط، حداقل هر شش ماه یک نوبت بر اساس استانداردها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت و برنامه‌های ابلاغی سازمان بر عهده واحد بهداشت و درمان مؤسسه است (ماده ۱۳۹ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۴۳۳۹/۹۰۰۰/۱۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور). این مواد نشان می‌دهند که مقنن درصدد حرکت با موازین بین‌المللی است. اما آیا در واقعیت نیز زندان‌ها و به بیان آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور «مؤسسه‌های کیفری» ظرفیت اجرایی کردن این مواد جدید را دارند. چیزی که واضح است این موضوع هست که بعد از انقلاب زندان جدیدی ساخته نشده است. هرچه هست، برای پیش از انقلاب بوده است. در تهران هم که اقدام به ساخت زندان شده، می‌بینیم که زندان‌ها متناسب با اجرای این آیین‌نامه نیست. ماده شش این آیین‌نامه می‌گوید سازمان ضمن مشورت با صاحب‌نظران حوزوی و دانشگاهی باید اقدام کند. آیا واقعاً چنین عمل شده است؟ از زمان تصویب این آیین‌نامه که در ۱۴۰۰/۰۲/۲۸ اجرایی شده، بنابر اذعان صاحب‌نظران این شاخه، کسی از آن‌ها دعوتی نکرده است. البته گفته شده هر سه سال یکبار، شاخص‌ها و استانداردهای زندان و زندانبانی باید مورد بازبینی قرار گیرد. مطابق ماده ۶ هم سازمان زندان‌ها و هم قوه قضائیه نسبت به اجرایی کردن ماده مسئولیت دارند یعنی هر دوی این نهادها مکلفند هر سه سال یکبار شاخص‌های مربوط به زندان و زندانبانی را مورد بازنگری قرار دهند و این شاخص‌ها شامل حداقل و حداکثرهای سرانه‌های اسکان، بهداشت، درمان، امور رفاهی، اشتغال، اصلاح و تربیت، ایمنی و امنیت متناسب با اصول طبقه‌بندی هر یک از مؤسسات می‌شود. البته هنوز سه سال نگذشته و باید منتظر ماند و دید بعد از دو سال این اتفاق خواهد افتاد یا نه. در هر حال ماده شش ماده بسیار مهم و مثبتی است و می‌شود از علم صاحب‌نظران حوزوی و دانشگاهی در این زمینه استفاده کرد. در این مسیر حتی می‌توان از تجربیات زندانیان هم استفاده کرد. بهره‌مندی از تجربیات زندانیان نکته ظریفی است که در آیین‌نامه مغفول مانده است. تنها کسانی که می‌توانند پیشنهادات مفید و سازنده‌ای ارائه دهند، همین زندانیانی هستند که چند سالی زندانی بوده‌اند. در مورد استانداردها، اولین استاندارد این است که شکل ساختمان «مؤسسه‌های کیفری» باید در همه‌جا یکسان باشد. اولین کار قوه قضائیه، یکسان‌سازی و متناسب‌سازی زندان‌هاست. یکی از اقدامات رئیس اسبق قوه قضائیه - درست‌کردن ساختمان دادگستری بوده است. الان ساختمان دادگستری در هر استان و شهرستانی تقریباً یکنواخت و یک‌شکل است. این اقدام قابل ستایش و تحسین است. در مورد زندان‌ها هم باید این کار انجام شود. در مورد زندان که زندانی باید عمرش را آن‌جا سپری کند، باید امکانات فراهم شود. بنابراین، اولین کاری که قوه قضائیه باید در اجرای این آیین‌نامه انجام دهد، ایجاد زندان‌های یکنواخت و یکسان با امکانات برابر است.

۳.۱.۳ چالش قطعیت و فراگیر بودن: پوشش ناکافی هزینه‌های درمانی به دلیل درج استثنای تفصیر

در حالی که مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی در زندان برعهده سازمان زندان‌ها بوده و اصل در حفظ سلامت و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به زندانیان فراگیری هزینه‌های درمانی است اما غلبه استثناء بر قاعده در آیین‌نامه اجرایی سازمان



زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور موجب ایجاد چالش‌هایی نظیر عدم فراگیری پوشش هزینه‌های درمانی یا پوشش محدود هزینه‌های درمانی در مواقع بیماری زندانیان شده است. امروزه، قوانین و مقررات هر نظام حقوقی در جهان دارای محدودیت‌های صریح یا ضمنی است، چه در قوانین عادی، چه در دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و حتی بخشنامه‌ها شاهد یک استثناء هستیم (Law and Versteeg, 2013: 863). بنابراین، عمل محدود کردن یک واقعیت تقریباً جهانی است (Gardbaum, 2007: 789). اما این استثناءها باید خود مطابق با ضوابطی باشد تا به قول آلبرت ون دایسی (۱۸۳۵-۱۹۲۲)، آینده‌نگری، کلیت، برابری، قطعیت و پیش‌بینی‌پذیری قانون از بین نرود (Dicey, 1982: 110-115). قطعیت و جامعیت از ویژگی‌های یک قانون خوب است (Craig, 1997: 467, Gowder, 2013: 565-618). اکثر قوانین از مشکل فراشمول بودن و جامعیت رنج می‌برند. قوانین، دستورالعمل‌های کلی هستند که از قبل برای دستیابی به اهداف خاص یا حفظ نظم هنجاری بیان شده‌اند. مشکل زمانی است که قوانین گاهی اوقات نتایجی را ایجاد می‌کنند که با هدف قانون سازگار نیست. منظور استثنائاتی هست که گاهی اوقات، قطعیت و جامعیت قانون را می‌کاهد. مذاقه در آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ۱۴۰۰/۲/۲۸ نشان می‌دهد آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، در تمامی مواردی که به نحوی منجر به بیماری زندانی براساس نظریه تقصیر می‌شود تأمین هزینه معاینه و معالجه زندانیان بیمار را از تحت پوشش موسسه، خارج نموده است و عملاً زندانیان بیمار بدون تقصیر را پوشش می‌دهد که آن نیز در اکثر موارد تحصیل حاصل است. چنین نگرشی از حق سلامت دیدگاهی مضیق و تفسیری نادرسی از حقوق درمانی زندانیان است. اولاً در آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ۱۴۰۰/۲/۲۸ معلوم نیست منظور از تقصیر شامل قصور نیز می‌باشد یا خیر؟ البته برخی نویسندگان قصور و تقصیر را یکی می‌دانند (علیمحمدی، ۱۴۰۰: ۱۱۴-۱۱۷) اما بعضی معتقدند که تفاوت «قصور» و «تقصیر» در این است که در «تقصیر» نوعی عمد نهفته است و اراده قبلی در آن دخالت دارد اما در «قصور» نوعی غفلت وجود دارد که از روی سهو اتفاق می‌افتد (صهبا، ۱۳۹۹: ۱). ماده ۱۴۸ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ۱۴۰۰/۲/۲۸ نیز در بیان تأمین هزینه معاینه و معالجه زندانیان بیمار از واژه «تقصیر» استفاده کرده است. که نشان می‌دهد آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور تأمین هزینه معاینه و معالجه زندانیان بیمار را از تحت پوشش موسسه، خارج نموده است و عملاً هزینه‌های درمانی زندانیانی را تحت پوشش قرار می‌دهد که بیماری آن‌ها ناشی از «تقصیر» نباشد. ماده ۱۴۸ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ۱۴۰۰/۲/۲۸ نیز از واژه «تقصیر» و نه «قصور» استفاده کرده است. لذا اگر یک زندانی در اثر تقصیر پزشک یا تقصیر خود، بیمار شود تأمین هزینه معاینه و معالجه حسب مورد بر عهده زندانی یا مقصر است. دوماً معلوم نیست آیا این تقصیر شامل تقصیر پزشک زندان نیز می‌شود که در این صورت و با چنین نگرشی جرات و شهادت معالجه زندانیان از پزشک زندان گرفته می‌شود. زیرا مطابق صراحت ماده ۱۴۸ هزینه درمان عوارض و بیماری‌های سابق که در اثر تقصیر ناشی شده است، حسب مورد بر عهده زندانی یا مقصر است که مطابق حکم مقرر در ماده ۴۶ این آیین‌نامه دریافت می‌شود. استفاده از پیوند واژه «یا» پس از زندانی نشان می‌دهد که مقصر می‌تواند خود زندانی، پزشک زندان، مسئولان ناظر زندان و سایر زندانیانی باشند که موجب بیماری زندانی شده‌اند. تقصیر پزشکی مصادیقی دارد که بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، نبود مهارت و رعایت نکردن نظامات دولتی، مصادیق آن را تشکیل می‌دهد. قانون‌گذار در قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ مصادیق تقصیر پزشکی یا همان خطای جزایی را شامل «بی‌احتیاطی» و «بی‌مبالاتی» می‌داند و نبود مهارت و رعایت نکردن نظامات دولتی، ذیل بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی قرار می‌گیرند. معلوم نیست چرا تدوین‌کنندگان آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ۱۴۰۰/۲/۲۸ مسئولیت ناشی از خطای محض را تحت پوشش موسسه، قرار داده است اما تأمین هزینه معاینه و معالجه زندانیان بیمار ناشی از تقصیر حرفه‌ای را از تحت پوشش موسسه، خارج نموده است. هرچند از لحاظ تئوری و نظری امکان ندارد که در علم پزشکی خطای محضی اتفاق بیفتد. به عبارتی ممکن است حادثه‌ای که در اثر درمان رخ می‌دهد، در اثر قصور و خطا باشد اما در اثر خطای محض نخواهد بود زیرا پزشک، جراحی و درمان را مشخصاً با قصد انجام آن اعمال روی بیمار انجام می‌دهد و از لحاظ



نظری امکان ندارد که خطای محضی در این حالت اتفاق بیفتد. خطای محض در صورتی است که جانی نه قصد جنایت نسبت به مجنی علیه را داشته باشد و نه قصد فعل واقع شده بر او را مانند آنکه تیری به قصد شکاری رها کند و به شخص برخورد نماید.» اما پزشک، جراحی و درمان را مشخصاً با قصد انجام آن اعمال روی بیمار انجام می‌دهد. لذا دغدغه پزشکان در بحث مسئولیت، نه خطای محض که در علم پزشکی فرض خطای محض محال است و نه افعال عمدی که تکلیفش روشن است، بلکه افعال و اعمال غیر عمد یا شبه عمد (بدون مسئولیت) ولی همراه با تقصیر (حرفه‌ای) است. ضابطه شبه‌عمد را عمد در فعل، خطای در نتیجه ذکر کرده‌اند. در واقع، شبه‌عمد حداقل عمد و خطا است و در مرز بین عمد و خطای محض در نوسان است (رستمی، بزرگر بفرونیعی، قربانی، ۱۳۹۴: ۲۴۲-۲۳۵). بی‌گمان، بهتر است که در هر دو صورت (تقصیر یا عدم تقصیر) وظیفه درمان و یا در صورت لزوم انتقال بیمار به بیمارستان همچنان بر عهده مسئولان زندان باقی بماند و از حقوق درمانی زندانیان محسوب شود.

۲.۳ چالش‌های فرهنگی و دیدگاه منفی نسبت به وضعیت قضایی

در اسناد حقوق بشری افراد به صرف انسان بودن دارای حقوقی هستند از جمله حق حیات، آزادی، بهداشت و درمان که این حقوق همگانی است و زندانی بودن تغییری در رعایت این حقوق ایجاد نمی‌کند. در ماده ۱۰ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی که ایران نیز به آن پیوسته بیان شده است: با کلیه افرادی که از حقوق خود محروم شده‌اند باید با انسانیت و احترام به حیثیت ذاتی شخص انسان رفتار کرد. در ماده ۹ مجموعه اصول اساسی مربوط به معالجه زندانیان اشاره شده است که زندانیان باید به خدمات بهداشتی موجود در داخل کشور دسترسی داشته باشند بدون آنکه به خاطر وضعیت قضایی خود دچار تبعیض شوند. بنابراین حق درمان از جمله حقوق اساسی افراد است که محکومیت، عقیده و وضعیت قضایی زندانی تفاوتی در دسترسی برابر افراد به آن ایفا نمی‌کند اما متأسفانه در مواردی مشاهده شده است که به نام مسائل امنیتی انتقال زندانیان با تاخیر مواجه شده و یا به کل با آن مخالفت شده است. به عبارت دیگر حق سلامت زندانیان شدیداً تحت تأثیر نظریهٔ برچسب‌زنی قرار دارد. این دیدگاه را گاهی نگرش «واکنش جامعه‌محور» به انحرافات نیز می‌نامند و نخستین بار، ادوین. م. لمرت و هاوارد بکر آن را فرمول‌بندی کردند (شیخاوندی، ۱۳۷۹: ۹۴). درحقیقت، تأکید اصلی این نظریه دربارهٔ طبیعت و ماهیت رفتار متقابل یا کنش و واکنش بین بزه‌کار و فرد بزه‌دیده و همچنین، مقامات قضایی و مسئولان زندان است؛ یعنی بهره‌مند زندانیان از حقوق، از نگرش مأموران و عملکرد و فعالیت‌های نظام عدالت کیفری نشئت می‌گیرد (وایت و هینس، ۱۳۸۲: ۱۲۳). نگرش منفی نسبت به زندانیان حتی در متن آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور قابل حس است. به عنوان نمونه مطابق ماده ۱۴۰ زندانی به محض احساس کسالت نمی‌تواند مستقیماً به پزشک مراجعه کند بلکه دسترسی به پزشک خود دارای پروسه‌ای ویژه است. براساس ماده ۱۴۰ زندانی به محض احساس کسالت، جریان را به مأمور مراقب یا مسئول سالن اطلاع داده و با اخذ معرفی‌نامه به بهداری مؤسسه اعزام و پس از معاینه و با لحاظ کردن محتویات پرونده درمانی، دارو، خدمات و دستورهای لازم پزشکی را دریافت می‌کند. شرح حال بیمار و دستور پزشک در سوابق مربوط ثبت و ضبط می‌شود و روند درمان وی و دسترسی به داروی مورد نیاز تا بهبودی از سوی بهداری پیگیری می‌شود. شاید نگرش یک ماده روی کاغذ بسیار آسان و ساده باشد اما چگونه می‌توان اجرای حق مهم و ضروری همانند حق سلامت را به مأمور مراقب یا مسئول سالن سپرد یا به او اعتماد کرد. چه تضمینی برای اجرای ماده ۱۴۰ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ۱۴۰۰ وجود دارد؟ اگر مأمور مراقب یا مسئول سالن، معرفی‌نامه مذکور را صادر نکند زندانی چه اقدامی می‌تواند انجام دهد؟ رجوع به آیین‌نامه نشان می‌دهد هیچ‌گونه ضمانت اجرایی برای ماده پیش‌بینی نشده است. فقط برای عدم تحویل داروهای حیاتی همراه بیماران قلبی، دیابتی، فشار خون بالا و مبتلا به آسم و دیگر بیماری‌های خطرناک به تشخیص پزشک مؤسسه و بروز آسیب بدنی، حسب مورد مسئولیت مدنی، کیفری و تخلف اداری برای مسئولین مربوطه پیش‌بینی شده است. بی‌تردید دیدگاه منفی نسبت به وضعیت قضایی باعث شده بود تا آیین‌نامه قبلی (مصوب ۱۳۸۴) رویکرد امنیتی در پیش بگیرد که این دیدگاه نسبتاً



در آیین‌نامه مصوب ۱۴۰۰ تا حدودی اصلاح و تغییر پیدا کرده است. مهم‌ترین شاخصه و تفاوت آیین‌نامه مصوب ۱۴۰۰ با آیین‌نامه قبلی (مصوب ۱۳۸۴)، تغییر رویکرد است. بر اساس مباحثه‌های صورت گرفته و مذاقه در مفاد هر دو آیین‌نامه، به نظر می‌رسد آیین‌نامه قبلی بر اساس رویکرد امنیتی نوشته شده است. بی‌شک سازمان زندان‌ها نه فقط در کشور ما بلکه در تمام کشورها یک نهاد امنیتی محسوب می‌شود؛ ولی باید این نکته را در نظر داشت که در درجه اول، هدف اصلی سازمان «اصلاح و تربیت» و در عین حال «صیانت از امنیت جامعه» است؛ لذا رویکرد مدیریت جدید سازمان زندان‌ها از رویکرد امنیتی به رویکرد فرهنگی و اجتماعی تغییر یافته است. بر این اساس و مطابق با سیاست کلی قوه قضائیه مبنی بر جذب مشارکت‌های مردمی و تشکل‌های مردم نهاد، فضای زندان‌ها از حیث فضای امنیتی، تعدیل شد و به نوعی درهای زندان به روی فعالان فرهنگی، پژوهشگران و کارآفرینان گشوده شد تا تعامل مثبتی بین حوزه علم، فرهنگ و صنعت با آسیب‌دیدگان اجتماعی و اقتصادی که معمولاً جرم آن‌ها ناشی از فقر فرهنگی و مشکلات مالی است، ایجاد شود. این تعامل در سایه تغییر رویکرد در آیین‌نامه، قطعاً منجر به رشد و بهبود وضعیت سازمان زندان‌ها خواهد شد.

۳.۳ چالش‌های نهادی و لزوم انتقال مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی در زندان‌ها از قوه قضائیه به وزارت بهداشت و درمان

در ایران خدمات درمانی در زندان‌ها توسط قوه قضائیه و واحد بهداشت و درمان موسسه کیفری ارائه می‌شود. بدیهی است در محیطی که حفظ نظم، کنترل و انضباط در اولویت است، حفظ سلامت و ارائه خدمات بهداشتی دارای چالش‌های خاص خود خواهد بود. در چنین شرایطی ساده‌ترین نیازهای بهداشتی به دلایل امنیتی محدود شده و دسترسی به تیم پزشکی برای زندانیان محدود خواهد شد. از پرسنل زندان خواسته می‌شود کارهایی را انجام دهند که به حرفه آن‌ها مرتبط نیستند. برخی از زندانیان ممکن است سعی کنند داروهای غیر ضروری دریافت کنند (۷). به دلیل ماهیت ذاتی امنیت‌محور، سازمان زندان‌ها سلامت زندانیان در خطر تهدید قرار می‌گیرد. به همین دلیل است که برخی کشورها مانند فرانسه و انگلستان، مسئولیت بهداری زندان به وزارت بهداشت منتقل شده است (Pizziferri, Kittler, Volk, Honour, Gupta, Wang, et al. 2005: 176-88). اما ماده ۱۱۹ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مقرر می‌دارد: دستورالعمل‌های مربوط به استانداردهای ایمنی، بهداشت عمومی، محیط و حرفه‌ای و دیگر استانداردهای ناظر بر تأمین حق حیات، آموزش، کار و محیط ایمن و سالم، توسط سازمان و منطبق بر استانداردهای ارائه شده از سوی مراجع صلاحیت‌دار از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و هر سال به موسسه ابلاغ می‌شود (ماده ۱۱۹ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور). کاملاً مشخص است که ماده ۱۱۹ مرجع صلاحیت‌دار برای تدوین دستورالعمل‌های مربوط به استانداردهای ایمنی، بهداشت عمومی، محیط و حرفه‌ای و دیگر استانداردهای ناظر بر تأمین حق حیات و محیط ایمن و سالم را سازمان زندان‌ها قرار داده است که البته سازمان زندان‌ها نیز این دستورالعمل‌ها را منطبق بر استانداردهای ارائه شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه می‌کند. بهتر بود ماده ۱۱۹ تهیه و تدوین دستورالعمل‌های مربوط به استانداردهای ایمنی، بهداشت عمومی، محیط و حرفه‌ای و دیگر استانداردهای ناظر بر تأمین حق حیات و محیط ایمن و سالم را برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌داد. ماده ۱۲۰ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور نیز مقرر داشته: کارشناسان ایمنی و بهداشت حرفه‌ای، بهداشت محیط، بهداشت عمومی موسسه حسب مورد فهرست بازبینی (چک لیست) مربوط به هر بخش موسسه را ماهانه تکمیل، اسناد آن را در مرکز نگهداری و مشکلات موجود را به رئیس موسسه اعلام می‌کند. معلوم نیست اعلام مشکلات موجود به رئیس موسسه چه مشکلی را می‌تواند از مشکلات مربوط به امکانات پزشکی-درمانی حل کند مگر اینکه رئیس موسسه علم لازم پزشکی را داشته و از تجهیزات پزشکی و یا داروهای مورد نیاز کاملاً آگاه باشد. هم‌چنین مستنبط از مواد ۶۰، ۱۴۴، ۱۵۱ و ۲۹۷ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰، پزشک یا مسئول



بهداری بازداشتگاه موظف است در صورت تشخیص، به مدیر مؤسسه گزارش کند که شرایط جسمی یا روانی یک متهم یا زندانی با تداوم بازداشت یا به خاطر شرایط بازداشتگاه یا زندان، وخیم‌تر شده است یا خواهد شد (موضوع مواد ۶۰، ۱۴۴، ۱۵۱ و ۲۹۷ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۰۰/۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور) که بهتر بود پزشک یا مسئول بهداشتی بازداشتگاه در صورت تشخیص، به جای گزارش به مدیر مؤسسه، به مراکز و مراجع صلاحیت‌دار بهداشتی گزارش کند. مطابق مواد ۱۵۱ و ۱۵۶ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، مسئول واحد بهداشت و درمان باید به طور منظم نسبت به موارد زیر نظارت و نتایج را به رئیس مؤسسه گزارش نماید: وضعیت ثبت اطلاعات در پرونده‌های سلامت و شخصیت، وضعیت بیماریابی و مداوا و اعزام به-موقع به مراکز درمانی، وضعیت ترک اعتیاد، مشاوره و روانشناسی، بهداشت فردی و محیطی، کمیت و کیفیت تجهیزات، ملزومات و مواد بهداشتی، پزشکی، دارویی و غذایی مؤسسه در تمام مراحل خرید، تهیه نگهداری، توزیع، طبخ، مصرف و دفع پسماند (موضوع مواد ۱۵۱ و ۱۵۶ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۰۰/۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور). بهتر بود متولی امور مذکور وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌شد و مسئول واحد بهداشت و درمان ضمن نظارت بر موارد فوق، نتایج را به جای رئیس مؤسسه به وزارت بهداشت گزارش می‌کرد. این موضوع مطلب جدیدی نیست و در سایر کشورها شاهد انتقال مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی از وزارت دادگستری (سازمان زندان‌ها) به وزارت بهداشت هستیم. تدوین‌کنندگان آیین‌نامه اجرایی می‌توانستند از تجربیات سایر کشورها استفاده کنند. ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۰۰/۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ ریاست محترم قوه قضائیه در خصوص «سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور» بر «استفاده از تجارب دیگر کشورها» در حفظ بهداشت فردی و عمومی تأکید کرده است. رجوع به تجارب دیگر کشورها نشان می‌دهد که انتقال مسئولیت سلامت زندانیان از وزارت دادگستری به وزارت بهداشت در فرانسه، اسکاتلند، هلند، نروژ، افغانستان، انگلستان، ولز، و استرالیا نیو ولز جنوبی تغییرات و تحولات زیادی در ارتقای سلامت ایجاد کرده است. اتحادیه اروپا درباره لزوم ارائه مراقبت‌های بهداشتی به زندانیان از سوی وزارت بهداشت، توصیه کرده است: نقش وزارت بهداشت باید در ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی زندانیان بر اساس قوانین ملی و تقسیم روشن وظایف و مسئولیت‌ها بین وزارت بهداشت و سایر وزارتخانه‌های مرتبط باید تقویت شود. در اجرای سیاست‌های یکپارچه بهداشتی نقش وزارت بهداشت باید در ارتقای سلامت زندانیان تعیین شود.» (Fazel, Baillargeon, 2011: 956-65) اما برخی کشورها به این نتیجه رسیدند که این رابطه نزدیک کافی نیست و معتقدند بهداشت زندان باید بخشی از خدمات بهداشت عمومی کشور باشد نه اینکه یک واحد ویژه تحت مسئولیت وزارت بهداشت باشد. این تغییرات منجر به دستاوردهای زیر شده است: دستاوردها و تجربیات چهار کشور انگلستان و ولز، فرانسه، نروژ و نیو ساوت ولز در استرالیا نشان می‌دهند که می‌توان از مزایای قابل توجه ادغام خدمات بهداشتی زندان و خدمات بهداشت عمومی بهره برد. به عنوان مثال، به گفته نماینده فرانسه: قانون ۱۸ ژانویه که یک واحد مشاوره و خدمات بیمارستانی سرپایی در هر زندان باید ایجاد شود که مسئولیت ارائه مراقبت‌های اولیه را بر عهده دارد، یک انقلاب واقعی بوده است. با انتقال مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی به وزارت بهداشت سلامت زندانیان اولویت اصلی برای پرسنل زندان، تلقی می‌گردد. اما زمانی که مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی تحت صلاحیت وزارت دادگستری یا قوه قضائیه و سازمان زندان‌ها باشد اولویت اول پرسنل زندان حفظ قوانین و نظم زندان خواهد بود (Minkman, Ahaus, Fabbricotti, Nabitz, Huijsman, 2008: 66-75). انتقال مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی به وزارت بهداشت دسترسی به خدمات اجتماعی مانند خدمات بهداشت روانی و اجتماعی یا خدمات دندانپزشکی را تسهیل می‌کند. انتقال مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی به وزارت بهداشت زمان انتقال زندانیان به بیمارستان‌های خارج از زندان را کاهش می‌دهد (Verdot, Godin-Blandeau, Gremy, Develay, 2014: 72-167). از طرفی کیفیت امکانات و تجهیزات زندان را بهبود می‌بخشد و امکان نظارت بر وضعیت بیمار در داخل و خارج از زندان را فراهم می‌کند. زمانی که وزارت بهداشت مسئولیت سلامت زندانیان را بر عهده دارد، می‌تواند برنامه‌های آموزش بهداشت موجود را که توسط متخصصان



بهداشت ارائه می‌شود، افزایش دهد. در انگلستان و ولز، فرآیند انتقال مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی به وزارت بهداشت منجر به شناسایی زندان‌هایی با کیفیت خدمات ضعیف شده است و تلاش‌هایی توسط سیستم بهداشت ملی برای بهبود وضعیت ۱۷ زندان انجام شده است که کیفیت آنها طی سال‌های ۱۹۹۹-۲۰۰۳ افزایش یافته است (Butler, Murphy, 2014: 487-92).

نتیجه‌گیری

اجرای هر گونه مجازات، موضوع حقوق بشر را مطرح می‌سازد. این امر به ویژه در مورد مجازات حبس (زندان) اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. قواعد مربوط به رفتار با زندانیان در اسناد بین‌المللی مختلفی مدون شده است. از جمله آن که زندانی باید از غذا و آب کافی برخوردار باشد و در محل مناسب که هوا و نور کافی و درجه مناسب دما دارد، نگهداری شود. مطابق اصل بیست و چهارم قطعنامه ۱۷۳/۴۳ مجمع عمومی سازمان ملل متحد، در لزوم برخورداری متهمان و محکومان از حق بهره‌مندی از خدمات درمانی: «یک معاینه پزشکی مناسب باید در اسرع وقت پس از پذیرش در محل بازداشت یا زندان، از فرد در بازداشت یا زندان به عمل آید، و پس از آن مراقبت و درمان پزشکی باید در هنگام لزوم برای وی فراهم شود. این مراقبت و درمان باید رایگان باشد». اعلامیه اصول اساسی رفتار با زندانیان در ماده ۹ به رعایت حق بهره‌مندی آنان از خدمات بهداشتی به این شرح تأکید کرده است: «زندان‌ها باید به خدمات بهداشتی که در کشور وجود دارد، بدون تبعیض از جهت وضعیت حقوقی آنان، دسترسی داشته باشند». خوشبختانه آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰ منطبق با استانداردهای بین‌المللی تدوین شده است. تأکیدات و تصریحات این آیین‌نامه نسبت به آیین‌نامه قبلی در خصوص رسیدگی به وضعیت زندانیان بیمار و حمایت از حق سلامت، به خصوص در بحث بیماریابی تصریح شده که هر روز باید از نظر سلامتی زندانیان پایش شوند (به طور مثال در مواد ۶۰، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۲۳، ۱۳۸، ۱۴۴، ۱۴۹، ۱۵۰، ۲۹۶ و ۳۰۰) از برجستگی‌های این آیین‌نامه در زمینه ارتقای سلامت زندانیان است. بازداشت‌شدگان باید ملزم به حفظ پاکیزگی شوند و به منظور حفظ بهداشت فردی و محیطی، باید آب گرم و لوازم بهداشتی در اختیار داشته باشند و همچنین برای حفظ سلامت، همه روزه از امکانات لازم برای تمرین ورزشی، هواخوری، استحمام، مطالعه، خدمات پزشکی، آب آشامیدنی و غذای مناسب برخوردار باشند (موضوع مواد ۹۴، ۱۲۶، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۵۳ و ۱۵۴ آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰) علیرغم این اقدامات هنوز حق سلامت زندانیان با چالش‌هایی مواجه است. این چالش‌ها را می‌توان در سه بخش چالش‌های رویه‌ای، نهادی و فرهنگی قابل بررسی است. اولین چالش در مسیر ارتقای سلامت چالش رویه‌ای و ناشی از مواد قانونی آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۴۰۰ است. نحوه انتقال زندانی به مراکز درمانی، عدم سازگاری محیط زندان‌ها با آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور ۱۴۰۰ و چالش قطعیت و فراگیر بودن از چالش‌های رویه‌ای محسوب می‌گردد. دومین چالش به نظریه برچسب‌زنی و دیدگاه امنیت‌محوری نسبت به زندان و زندانی برمی‌گردد. از نظر فرهنگی باید دیدگاه نسبت به زندانی تغییر یابد و از لحاظ نظری، زندان باید فقط در سلب آزادی از محکوم خلاصه شود و نباید سایر حقوق زندانی مانند حق سلامت تحت تأثیر قرار بگیرد. آخرین چالش در مسیر ارتقای سلامت زندانیان چالش نهادی است. برای ارتقای سلامت زندانیان باید نهاد متولی نیز تغییر پیدا کند با توجه به اینکه اولویت اصلی قوه قضاییه و سازمان زندان‌ها، حفظ نظم و مقررات زندان است، بنابراین باید مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی زندان به وزارت بهداشت و سیستم بهداشت ملی انتقال یابد این انتقال و تغییر نهادی موجب بهبود کیفیت کار و ارتقاء سلامت زندانیان خواهد شد.

منابع و مآخذ

۱. آخوندی، محمود (۱۳۷۴)، *آیین‌دادرسی کیفری*، ج ۳، تهران، وزارت فرهنگ و ارشاد، چاپ دوم.
۲. آل کجبا، حسین (۱۳۹۲)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین‌المللی حقوق بشر، *مجله علمی پژوهشی*



حقوق پزشکی، ۷ (۲۴): ۱۷۰-۱۳۹.

۳. پوریخ، سید محمدعلی (۱۳۸۸)، بررسی معیارهای منطقی در تدوین منشور حقوق بیماران، *فصلنامه حقوق پزشکی*، دوره نهم، ش ۳.
۴. تقدسی، محسن و سیدی نیاسر، سید محمود و موسوی، سید غلامعباس (۱۳۸۶)، بررسی میزان و علل تاخیر در مراجعه بیماران مبتلا به انفارکتوس میو کارد حاد قلب به بیمارستان شهید بهشتی کاشان، *دوماهنامه فیض*، ۱۱ (۳): ۴۵-۵۱.
۵. رستمی، هادی؛ بزرگ بفرئیعلی، عبدالرزاق؛ قربانی، اصغر (۱۳۹۴)، پیامدهای کیفری ناشی از قصور پزشکی منجر به فوت و راهکارهای قانونی آن، *مجله پزشکی قانونی ایران*، دوره ۲۱، شماره ۳: ۲۳۵-۲۴۲.
۶. رضاییزاده، محمدجواد (۱۳۹۹)، بررسی نظام حقوقی دارویی ایران از منظر حق بر سلامت، *نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت*، ۴ (۲): ۱۹۳-۲۰۱.
۷. رضایی، مژده، کیکاووسی آرانی، لیلا، و عابدینی، پرستو. (۱۳۸۸). بررسی حقوق بیماران در استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران، *اخلاق پزشکی*، ۳ (۱۰): ۱۰۳-۱۲۵.
۸. سیدموسوی، میرسجاد (۱۳۹۹)، رویکردی بر نظریه: حق بر بالاترین سطح قابل حصول سلامت، *تحقیقات حقوقی*، دوره ۲۳، شماره ۸۹، شماره پیاپی ۸۹: ۲۷۳-۲۹۶.
۹. شیخاوندی، داور (۱۳۷۹)، *جامعه‌شناسی انحرافات*، مسائل جامعه، مشهد: نشر مرنديز.
۱۰. صفاری، علی (۱۳۹۰)، *کیفرشناسی*، تهران، جنگل، چاپ اول، ص ۸۰.
۱۱. صهباء، آزاده (۱۳۹۹)، تفاوت قصور و تقصیر در مسئولیت کیفری پزشک پرستار، محل انتشار: *دومین کنگره بین‌المللی تحقیقات بین رشته‌ای در علوم انسانی اسلامی*، فقه، حقوق و روانشناسی: ۱-۲۴.
۱۲. عباسی، محمود، رضایی، راحله، دهقانی، غزاله (۱۳۹۳)، مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران. *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۸ (۳۰): ۱۸۳-۱۹۹.
۱۳. عباسی، محمود؛ دهقانی، غزاله؛ رضایی، راحله (۱۳۹۴)، الزامات حقوقی اسناد بین‌المللی در قبال بهداشت و سلامت عمومی و چالش‌های فراوری آن، *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، دوره ۳۳، شماره ۲: ۱۳۸-۱۴۶.
۱۴. علی محمدی، علی محمد (۱۴۰۰)، انواع تخلفات پزشکی و راه‌های پیشگیری از آن‌ها، *نشریه زنان و زایمان*، شماره ۱۱۴ (۱): ۱۱۴-۱۱۷.
۱۵. فیروزپور، کوثر (۱۴۰۰)، دستاوردهای حقوق بین‌الملل در تحقق حق بر سلامت کودکان ناتوان، *پژوهش‌های حقوقی*، دوره ۲۰، شماره ۴۶: ۳۲۵-۳۴۶.
۱۶. قلی‌زاده حیدر، ذاکراردکانی محمد (۱۴۰۰)، مطالعه تطبیقی حق بهره‌مندی از بهداشت و سلامت در حقوق ایران، اسناد بین‌المللی و رویه قضایی دیوان اروپایی حقوق بشر، *مطالعات حقوق بشر اسلامی*، سال دهم، ۲ (۲۱): ۷۹-۱۰۰.
۱۷. کرامت، قاسم و علی محمد جعفریان (۱۳۹۲)، وضعیت رعایت حقوق متهمین در بازداشتگاه‌های امنیتی، *فصلنامه پژوهش‌های حفاظتی-امنیتی دانشگاه جامع امام حسین (علیه السلام)*، سال دوم، ش ۲: ۵۳-۷۶.
۱۸. کریمی، ایرج؛ آریتا، سالاریان؛ عنبری، زهره (۱۳۸۸)، مطالعه تطبیقی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور توسعه یافته و رایه الگوی مناسب برای ایران، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، سال ۱۲، ش ۴، شماره پیاپی ۴۹: ۱۰۴-۹۲.
۱۹. کوبی سقی، فاطمه (۱۳۹۹)، حق سلامت کودکان در ایران؛ پیاده‌سازی قوانین بین‌المللی، *اخلاق و تاریخ پزشکی ایران*، ۱۳: ۴۰۳-۴۱۷.
۲۰. مصباح، پوهنیار عبدالخالق، سائس، سیدآقا (۱۳۸۶)، *طبابت از دیدگاه اسلام*، وزارت تحصیلات عالی ریاست طبی کابل، معاونت علمی دیارتمان ثقافت اسلامی.



۲۱. معین، محمد (۱۳۸۲)، **فرهنگ معین**، تهران، نشر سرایس، چ ۵.
۲۲. ملیکی، ایوب (۱۳۸۵)، زندان و حقوق بشر، **فصلنامه اصلاح و تربیت**، سال بیستم، ش ۵۵: ۲۳-۲۷.
۲۳. وایت، ر. و هینس، ف. (۱۳۸۲)، **درآمدی بر جرم‌شناسی**، ترجمه: روح‌الله صدیق بطحایی، تهران: نشر دادگستر.
۲۴. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.
۲۵. آیین‌نامه اجرایی شماره ۱۰۰/۱۴۳۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۱۴۰۰/۲/۲۸ رئیس قوه قضائیه در خصوص سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور.
26. Bustreo F., Hunt P., Gruskin S., et al. (2013), *Women's and children's health: Evidence of impact of human rights*, Geneva: WHO;P.20.
27. Butler B, Murphy J. The impact of policies promoting health information technology on health care delivery in jails and local communities, *Health Aff*, 33(3): 487-92.
28. Craig, P.P. (1997) "*Formal and Substantive Conceptions of the Rule of Law: An Analytical Framework*", Public Law, Pp.467-87.
29. Dicey, Albert Venn (1982), *Introduction to the Study of the Law of the Constitution*, (Indianapolis: Liberty Fund Inc., at 110-115.
30. Fazel S, Baillargeon J.(2011), The health of prisoners, *The Lancet*, 377(9769): 956-65.
31. Gardbaum, S. (2007), "Limiting Constitutional Rights", *UCLA Law Review*, 54 (2): 789-854.
32. Gowder, Paul (2013), "The Rule of Law AND and Equality", *Law and Philosophy*, Vol. 32, No. 5 (September 2013), Pp. 565-618.
33. Law, D. and Versteeg, M. (2013), 'Sham Constitutions', *California Law Review*, 101/4(August) pp. 863-952.
34. Mann J., Gostin L., Gruskin S., et al.(1994), "Health and human rights," *Health and Human Rights: An International Journal*,1(1):19.
35. Meier B. (2010), "*Global health governance and the contentious politics of human rights: Mainstreaming the right to health for public health advancement*," *Stanford Journal on International Law*, 46 (1):1-50.
36. Minkman M, Ahaus K, Fabbriotti I, Nabitz U, Huijsman R. (2008), A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study, *Int J Qual Health C*, 21(1):66-75.
37. Pizziferri L, Kittler AF, Volk LA, Honour MM, Gupta S, Wang S, et al.(2005), Primary care physician time utilization before and after implementation of an electronic health record: a time-motion study, *J Biomed Inform*, 38 (3):176-88.
38. Verdot C, Godin-Blandeau E, Gremy I, Develay A-E.(2014), Monitoring systems and national surveys on prison health in France and abroad, *Eur J Public Health*, 25(1): 72-167.
39. American Declaration of the Rights and Duties of Man (1948).
40. Basic Principles for the Treatment of Prisoners, Adopted and proclaimed by General Assembly resolution 45/111 of 14 December 1990.
41. Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment: resolution/adopted by the General Assembly, 9 December 1988, A/RES/43/173, (UN Principles).
42. Charter of Fundamental Rights of the European Union(2000/C 364/01).
43. European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1950).
44. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, (1966).
45. Protocol to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms Paris, 20.III.1952, Article 2, Right to education.
46. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolution 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977.
47. The Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (the "Torture Convention"), 10 December 1984 (resolution 39/46).(UNCAT)
48. The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women, adopted in 1979 by the United Nations General Assembly.(CEDAW).
49. The European Social Charter, 1996.(ESC).
50. The Inter-American Convention to Prevent and Punish Torture(IACPPT).



51. Universal Declaration of Human Rights, UN, G. A. Res. No 217 A (III) on 1948
52. United Nations Charter (UNC), signed on 26 June 1945. October 1945.
53. International Convention on the Elimination of all forms of Racial Discrimination, (1965).
54. Convention Against Torture and other Cruel, inhuman or Degrading treatment or punishment (1984).
55. UN General Assembly, United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty: resolution/adopted by the General Assembly., 14 December 1990, A/RES/45/113, available at: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3b00f18628.html> [accessed 6 July 2011].
56. Constitution of the World Health Organization, Basic Documents, Official Document No. 240, Washington, 1991
57. The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules) General Assembly resolution 70/175, annex, adopted on 17 December 2015.
58. Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners Adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, held at Geneva in 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolutions 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977.



The Challenges of Improving the Health of Prisoners with an Emphasis on the Executive Regulations of the Prisons Organization and Security and Educational Measures of the Country Approved in 1400

Alireza Annabi (author Responsible)

Assistant professor and faculty member of Islamic Azad University, Maragheh branch, Iran
dr.a.anabi20@gmail.com

Hassan Mahmoudi

PhD student in International Law, Islamic Azad University, Maragheh Branch, Iran.
hasan0142hp@Gmail.com

Jabar Zinali

PhD student in International Law, Islamic Azad University, Maragheh Branch, Iran.
Zeynali.jabbar@Gmail.com

Abstract

The health of prisoners has been the focus of the legal systems of different countries around the world, and in this regard, most of the countries have dedicated articles to the health of prisoners in their internal laws. In the international dimension, the health of prisoners has been emphasized in international documents. The purpose of the current research is to examine the "challenges of improving the health of prisoners", which has been done by collecting information through card collection and reference to library resources. The main research question is, what are the challenges in improving the health of prisoners? The findings of the research show that the first challenge in the path of health promotion is the procedural challenge and caused by the legal articles of the executive regulations of the prisons organization and security and educational measures of the country approved in 1400. The second challenge to labeling theory and the security-centric perspective. From the cultural point of view, the view towards the prisoner should be changed, and from the theoretical point of view, the prison should only be limited to depriving the convict of his freedom, and other rights of the prisoner, such as the right to health, should not be affected. The last challenge in improving the health of prisoners is the institutional challenge. In order to improve the health of prisoners, the custodian institution must also be changed, considering that the main priority of the judiciary and the prison organization is to maintain prison order and regulations, so the responsibility for providing prison health services must be transferred to the Ministry of Health and the National Health System. An institution will improve the quality of work and improve the health of prisoners.

Key words: Prison, Right to Health, Prisoners, Executive Regulations of the Prisons Organization and Security and Educational Measures of the Country, Procedural Challenges.