

حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری

حسین غلامی^۱

چکیده

ماهیت حق بیماران در نظام عدالت کیفری چیست؟ آیا مطابق تحلیل هوفلدی از حق، این حق از جمله انواع حق - وظیفه (تکلیف) است یا حق - امتیاز؟ در این مقاله ضمن تبیین ماهیت حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری و بیان آثار آن، به بررسی ابعاد این حق در مراحل مختلف اجرای عدالت کیفری از جمله در مراحل تعقیب، تحقیق، محاکمه، صدور حکم و اجرای آن پرداخته می‌شود. بدون تردید با توجه به انواع بیماری‌ها و بیماران نظام عدالت کیفری در هر کدام از مراحل مذکور، باید رویکردی افتراقی نسبت به بیماران و از جمله بیماران خاص، روانی و... داشته باشد. بررسی چنین رویکردی در نظام عدالت کیفری ایران، نقاط قوت و ضعف آن را تعیین خواهد نمود. همچنین وظایف مجریان عدالت کیفری از جمله پلیس، مراجع تعقیب و تحقیق، قضات و متصدیان اجرای کیفر و به‌ویژه کیفر سالب آزادی و همچنین وظایف مدیریت بهداشت و درمان مراکز سالب آزادی نسبت به بیماران متهم و محکوم از جمله دیگر مباحث کاربردی در این پژوهش است. به علاوه حق برخورداری از عفو بیماران خاص، برخورداری از بیمه درمانی مناسب، ویزیت و ملاقات مستمر و منظم مدیریت بهداشت زندان از جمله دیگر حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری است که مورد بحث قرار خواهد گرفت. مسئولیت یا عدم مسئولیت بیماران متهم یا محکوم در پرداخت هزینه‌های درمانی نیز از جمله مباحث قابل مطالعه در این خصوص می‌باشد. در پایان به بحث درباره‌ی ضمانت اجرای عدم رعایت حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری پرداخته خواهد شد.

واژگان کلیدی

حقوق بیماران؛ نظام عدالت کیفری؛ زندان؛ محکومان به حبس؛ حق بر درمان.

۱. حسین غلامی؛ دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری

مطابق قسمتی از اصل ۱۲ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران «برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و بهداشت...» از جمله وظایف دولت در ایران است. همچنان‌که مطابق اصل بیست و نهم قانون مذکور «برخورداری از تامین اجتماعی از نظر نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تامین کند».

اصل فوق‌الاشاره قانون اساسی که به نحوی از حق بر سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران حکایت می‌کند، هیچ‌گونه دامنه و گستره محدودکننده‌ای نداشته، شامل همه افراد فارغ از جنسیت، نژاد، زبان و سایر ویژگی‌ها از جمله محکومیت یا عدم محکومیت به مجازات‌اند.

بدین ترتیب حق سلامت بیماران متهم و محکوم به عنوان یکی از اجزای حق سلامت مذکور در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و مواد ۱۰۱ الی ۱۲۰ آیین سازمان زندان‌ها نیز قابل بررسی و مطالعه است. این موضوع در اسناد بین‌المللی حقوق بشری به عنوان نیمی از حقوق انسانی متهمان و محکومان در نظام عدالت کیفری تلقی می‌شود. بررسی ماهیت و جایگاه این حق موضوع بحث ذیل در این پژوهش حاضر است.

در این مقاله قصد بر این است که طی سه گفتار به ماهیت حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری (گفتار اول)، بررسی حقوق متهمان و محکومان بیمار در نظام عدالت کیفری ایران (گفتار دوم) و سپس به بررسی موازین بین‌المللی ناظر به حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری پرداخته شود.

مبحث اول: ماهیت حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری

در اینجا ابتدا به بررسی ماهیت حق به منظور تعیین چیستی حق بیماران متهم و محکوم در نظام عدالت کیفری و سپس به مطالعه انواع آن برای تعیین جایگاه حقوق آنان در نظام عدالت کیفری پرداخته می‌شود.

گفتار اول: ماهیت حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری

حقوق بیماران از جمله شقوق حق داشتن (در مقابل حق بودن) است. این امر به معنای آن است که شخص بیمار در موقعیتی قرار دارد که براساس آن دارای برخی حقوق است. لیکن صرف داشتن حق، بیانگر ماهیت حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری نیست، زیرا حسب تحلیل هوفلدی از مفهوم حق^۱، می‌توان چهره‌ها و گزاره‌های متفاوت را که ناظر به ماهیت متنوع حقوق هستند از یکدیگر تفکیک کرد. بدین ترتیب که گاه حق، در مطالبه یا امکان مطالبه ظهور دارد. در این قالب، شخص محق مستحق مطالبه حق خویش از دیگری در جهت ایفای آن است، به ترتیبی که «دیگری» در چنین قضیه و رابطه‌ای، مکلف و متعهد به ایفای حق ذی‌حق و تحقق آن در عالم خارج است. «به زبان دقیق‌تر حقوقی می‌توان گفت که لازمه حق مطالبه، وجود وظیفه‌ای در طرف مقابل است» (قاری سید فاطمی، ۱۳۸۸، ص ۲۹).

یکی دیگر از گزاره‌های حق، حق - آزادی و یا حق - امتیاز است که در قالب آن افراد دارای امتیازها و یا آزادی‌های خاصی می‌شوند که در نتیجه آنها را از برخی تعهدات معاف می‌نماید. در این گزاره، فرد محق، دارای آزادی و امتیاز اقدام یا عدم اقدام به امری است، در حالی که فاقد هرگونه تعهد و یا وظیفه‌ای در آن خصوص می‌باشد. برای مثال حق شخص بر عدم ادای شهادت علیه همسرش، از

جمله چنین حقوقی است، به نحوی که نمی‌توان وی را مکلف و متعهد به ادای آن نمود.

سومین گزاره از چهره‌های حق، حق - قدرت است که طبق آن «ذی‌حق می‌تواند حق دیگران را نیز تحت تأثیر قرار دهد». در این زمینه ذی‌حق نه تنها اقدام به اعمال حق خویش می‌کند، ممکن است از این طریق حقوق دیگران را نیز تحت تأثیر قرار دهد. برای مثال مورث در قالب توزیع اموال خود از طریق وصیت، بر حقوق وراثت و کاهش یا افزایش دارایی آنها تأثیرگذار است. به‌عنوان چهارمین گزاره، حق - مصونیت، قابل بررسی است. در این فرض، ذی‌حق نه تنها اقدام به اعمال حق خویش می‌نماید، بلکه در مقابل هرگونه تعدی دیگری نیز مورد حمایت قرار می‌گیرد. نتیجه آن که هیچ‌گونه مسئولیتی متوجه ذی‌حق در صورت اعمال حق وی نگردیده و در عین حال او در مقابل تعرض دیگران به دلیل اعمال چنین حقی، نیز مصونیت دارد.

در زمینه ماهیت حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری، با توجه به تقسیمات چهارگانه حق، می‌توان گفت چهره غالب حقوق بیماران در نظام مذکور، حق مطالبه است. حق بیمار بر به رسمیت شناخته شدن به عنوان بیمار و اعمال سایر آثار آن در اجرای عدالت کیفری از جمله حقوقی است که بیمار می‌تواند آن را از مراجع مجری عدالت کیفری مطالبه نموده و در عین حال مراجع مذکور مکلف و متعهد به ایفای آن می‌باشند. برای مثال شخص دارای اختلال کامل روانی (در اصطلاح حقوقی جنون) فاقد مسئولیت کیفری است و امکان اعمال مجازات بر وی وجود ندارد (ماده ۵۳ قانون مجازات اسلامی). همچنان که مطابق تبصره ماده ۱۱۶ آیین‌نامه سازمان زندان‌ها) دسته‌ای از بیماران موسوم به بیماران خاص، حق بر عفو و عدم مجازات دارند. ماهیت این دسته از حقوق به‌گونه‌ای است که در مقام

رعایت و ایفای آنها، شخص بیمار (ذی‌حق) مستحق استیفای آنها بوده، در مقابل مراجع ذی‌ربط در نظام عدالت کیفری مکلف به ایفا و متعهد به رعایت آنها می‌باشند. بدین ترتیب، حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری اصولاً از دسته حق - مطالبه است که در آن بیمار محق و مراجع اجرای عدالت کیفری از جمله پلیس، دادسرا، دادگاه و نظام اجرای پاسخ‌های کیفری، متعهد و مکلف می‌باشند.

گفتار دوم: جایگاه حقوق بیماران میان انواع حق‌ها

با الهام از اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر و میثاقین (میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که با یکدیگر منشور حقوق بشر را تشکیل می‌دهند) و صرف‌نظر از دسته‌های نوظهور حقوق بشر از جمله حق بر توسعه، می‌توان از پنج نوع حق سیاسی، مدنی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به عنوان انواع شناخته شده حقوق در اسناد بین‌المللی یاد کرد. هر کدام از دسته‌های پنج‌گانه‌ی حقوق در تقسیم‌بندی مذکور، دارای انواع و گونه‌های دیگری هستند که از جمله می‌توان به حق مشارکت سیاسی در انتخابات به حیث انتخاب‌کننده یا انتخاب‌شونده به عنوان یکی از انواع حقوق سیاسی، حق بر تابعیت و تشکیل خانواده به عنوان گونه‌هایی از حقوق مدنی، حق بر مالکیت و اشتغال به عنوان گونه‌هایی از حقوق اقتصادی، حق بر آموزش و پرورش به عنوان یکی از مصادیق حقوق اجتماعی و حق بر اظهارنظر، انتشار عقیده و بیان به عنوان جزئی از حقوق فرهنگی اشاره کرد. حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری که مشتمل بر حق تامین سلامت، دسترسی به امکانات درمانی، انتخاب پزشک و نوع درمان، حق بر عفو و عدم تحمل مجازات در وضعیت خاص بیماری و... می‌باشد از جمله حقوق بهداشتی - درمانی است. حقوق بهداشتی درمانی، خود از جمله حقوق

رفاهی (بهبودی) تلقی می‌شود که علاوه بر حقوق مذکور شامل حق بر حداقل‌های معیشتی، آموزشی و تامین اجتماعی می‌گردد. می‌توان گفت که حقوق رفاهی اصولاً دارای ماهیت اقتصادی - اجتماعی‌اند، لیکن برخی از آنها همچون حق بر حداقل‌های معیشتی و بهداشتی - درمانی دارای وجه غالب اقتصادی و بعضی دیگر مانند حقوق تامین اجتماعی دارای وجه غالب اجتماعی‌اند. حقوق بیماران به عنوان جزیی از حقوق بهداشتی - درمانی است که اصولاً با مداخله‌ی دولت محقق شده و به اصطلاح از جمله «حق بر» محسوب می‌شوند.

با این حال حق بر سلامت بیماران اگر چه موجود حق بیماران در مطالبه مداخله دولت جهت ایجاد امکانات لازم برای مداوا، درمان و... می‌باشد، نافی آزادی آنها در انتخاب درمان، نوع درمان و... نخواهد بود. درست به همین دلیل است که گفته‌اند حق بر سلامت، تلفیقی از حقوق مثبت شامل برخورداری از نظام بهداشتی - حمایتی و حق منفی یعنی مصونیت از مداخله‌ی دولت در تحمیل نوع و کیفیت درمان و یا انجام آزمایش‌های پزشکی بدون رضایت بیمار می‌باشد (قاری سید فاطمی، ۱۳۸۸، ص ۳۰۴).

با وجود این، نظر به اینکه در قلمرو نظام عدالت کیفری، حکومت و نمایندگان آن از جمله بازیگران اصلی فرآیندهای مختلف اجرای عدالت کیفری یعنی مراحل تعقیب، تحقیق، محاکمه، صدور و اجرای حکم تلقی می‌شوند، و نیز با توجه به این که متهمان و محکومان به ویژه محکومان به تدابیر سلب آزادی اعم از بازداشت‌های موقت و حبس از دسترسی آزادانه به امکانات بهداشتی - درمانی به طور کامل یا نسبی محروم می‌باشند، ویژگی مطالبه‌ای بودن حقوق بیماران متهم یا محکوم به خصوص محکومان مشمول تدابیر سلب آزادی از قوت و اهمیت بیشتری برخوردار است، به نحوی که حکومت با سلب آزادی از اشخاص مذکور،

اگر چه حق تصدی و تعرض به سلامت و تمامیت جسمانی آنها را ندارد، به واسطه ایجاد محدودیت در دسترسی آزادانه آنها به امکانات درمانی - بهداشتی، وظیفه و تعهد بیشتری بر تامین امکانات مذکور و رفع موانع موجد افزایش مخاطرات برای سلامت جسمانی و روانی آنها دارد. چنین تعهد و تکلیفی، هم از طریق مداخله مثبت و ایجاد امکانات مناسب درمانی - بهداشتی و هم از طریق ترک مداخله و تقلیل آن به حداقل موارد ضروری و ایجاد امکان دسترسی آزادانه متهم یا محکوم به منابع بهداشتی - درمانی در خارج از محیط اعمال تدابیر سالب آزادی (مداخله منفی) عملی و محقق می‌گردد. بدین ترتیب اگر تعهد نهادهای حکومتی به مداخله مثبت در تأمین حقوق بیماران حاضر در نظام عدالت کیفری از رهگذر تاسیس مراکز درمانی - بهداشتی، استخدام پزشکان و نیروهای درمانی، اتخاذ تدابیر پیشگیری از تشدید بیماری و... در محیط‌های کیفری از جمله بازداشتگاه‌ها و زندان‌ها عملی می‌شود، تعهد آنها به مداخله منفی مستلزم ایجاد فرصت لازم برای بیماران جهت دسترسی به امکانات فوق‌الذکر در درون و بیرون محیط‌های کیفری از رهگذر اجازه‌ی دسترسی، اعطای مرخصی و... فراهم می‌شود. بدیهی است در مقام تضمین حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری، عدم پایبندی نهادهای مذکور به تعهدات فوق‌الذکر باید موجبات پاسخگویی و مسؤلیت اداری - انضباطی، مدنی و یا کیفری آنها را حسب مورد به دنبال داشته باشد. با درک چنین رویکردی به حقوق اشخاص و به خصوص زندانیان در نظام عدالت کیفری است که مطابق ماده‌ی ۵ بیانیه اصول اساسی رفتار با زندانیان (۱۹۹۷م.): «صرف‌نظر از محدودیت‌های ناشی از مسأله بازداشت، کلیه زندانیان از حقوق بشری و آزادی‌های اساسی مندرج در اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی و

پروتکل‌های اختیاری آن و حقوق دیگر مندرج در اسناد ملل متحد برخوردار خواهند بود». همچنان که مطابق ماده‌ی ۹ سند مذکور: «زندانیان باید به خدمات بهداشتی که در کشور وجود دارد بدون تبعیض به خاطر وضعیت حقوقی خود، دسترسی داشته باشند».

مبحث دوم: حقوق متهمان و محکومان بیمار در نظام عدالت کیفری ایران

یکی از اصول اساسی در نظام عدالت کیفری، رعایت موازین دادرسی عادلانه است. عملکرد قانون‌گذار و دستگاه قضا به عنوان مجری قانون باید در جهت رعایت و حفظ این اصل مهم باشد. در همین راستا برخی از متهمان و محکومان به جهت ابتلا به بیماری جسمی یا روحی مستحق حمایت ویژه و اعمال سیاست افتراقی در سیر دادرسی کیفری هستند. در نظام کیفری ایران نیز نمونه‌هایی از اعمال این سیاست افتراقی - حمایتی درباره‌ی بیماران مشاهده می‌گردد.

گفتار اول: حقوق متهمان بیمار

۱. تعقیب و تحقیق

اگرچه دو مرحله تعقیب و تحقیق در سیر دادرسی کیفری مجزا و جدا از هم می‌باشند، با عنایت به اینکه تعقیب متهم و انجام دادن تحقیقات مقدماتی هر دو در محدوده وظایف دادرسی تعریف شده و ضمناً در سیستم کیفری ایران به دادستان که در اصل مقام تعقیب است و مدعی‌العموم نه مقام تحقیق، همانند بازپرسان اختیار انجام دادن تحقیقات مقدماتی در اغلب جرایم اعطا شده، در این قسمت به بررسی حقوق متهمان بیمار در هر دو مرحله تعقیب و تحقیق در قوانین کیفری،

اعم از ماهوی و شکلی خواهیم پرداخت (ماده ۳ قانون آیین دادرسی کیفری از این پس ق.آ.د.ک).

شایان ذکر است که سیستم دادرسی کیفری ایران در خصوص تعقیب متهمان از سیستم قانونی بودن تعقیب تبعیت می‌کند. لذا مقام تعقیب تحت هیچ شرایطی ولو در جرایم خرد و احراز شرایط خاص مثل بیماری متهم حق متوقف نمودن تعقیب با صدور قرار تعلیق تعقیب را ندارد.^۲

۱-۱. احضار، جلب

نخستین اقدامی که در دادرسی کیفری نسبت به متهم صورت می‌گیرد اعمال شیوه‌ای برای دسترسی به وی به منظور انجام تحقیقات مقدماتی است. دسترسی به متهم حسب مورد به یکی از دو طریق احضار و جلب انجام می‌شود. احضار متهم که از طریق ابلاغ احضارنامه به نشانی وی و یا انتشار آگهی در روزنامه در مورد متهمان مجهول‌المکان صورت می‌گیرد در واقع نوعی دعوت به دادرسی است و به موجب آن متهم مکلف می‌شود در موعد مقرر نزد مقام قضایی جهت پرسش و پاسخ حضور یابد.

مقنن به موجب بند ۲ ماده ۱۱۶ ق.آ.د.ک برای متهمان بیمار این حق را پیش‌بینی کرده که اگر مبتلا به بیماری بوده که به موجب آن قادر به حرکت نباشند، با فرستادن گواهی عدم امکان حضور به مرجع قضایی مربوطه، در موعد مقرر در احضارنامه حاضر نشده و با اثبات عذر موجه مانع از اعمال حربه شدیدتر یعنی صدور برگ جلب نسبت به خود شوند. چرا که اگر عدم حضور متهم در موعد مقرر که در احضارنامه قید شده بدون عذر موجه باشد به موجب ماده ۱۱۷

ق.آ.د.ک به دستور مقام قضایی برگ جلب صادر و متهم توسط ضابطان دادگستری دستگیر می‌شود.

۱-۲. صدور قرار تأمین کیفری

نخستین و مهم‌ترین تصمیم قضایی که در یک پرونده کیفری توسط مقام قضایی در دادسرا اتخاذ می‌شود صدور قرار تأمین کیفری است؛ چرا که این قرار در برخی موارد ممکن است توأم با سلب آزادی متهم باشد. قرارهای تأمین کیفری به ترتیب شدت و ضعف در ماده ۱۳۲ ق.آ.د.ک احصا شده‌اند و مقام قضایی در انتخاب هر یک از آنها در خصوص متهم مخیر است.^۳ البته مقنن به موجب ماده ۱۳۴ ق.آ.د.ک مقام قضایی را مکلف نموده که با در نظر گرفتن معیارهایی که در این ماده احصا شده قرار تأمین متناسب را انتخاب نماید. برخی از این معیارها ناظر به جرم و مجازات، برخی ناظر به سهولت جمع‌آوری دلایل و برخی ناظر به خود متهم است. در خصوص نوع اخیر می‌توان به ضرورت تناسب قرار تأمین با وضعیت مزاج متهم اشاره نمود. در واقع مقنن با گنجانیدن این موضوع در انتهای ماده، مقام قضایی را مکلف نموده که در انتخاب نوع قرار تأمین، سلامت و شرایط جسمی و روحی متهم را لحاظ کند و در صورتی که متهم مبتلا به بیماری جسمی یا روحی خاصی است که نگهداری وی در بازداشتگاه با سلامت وی منافات دارد، حتی‌الامکان از صدور قرار سنگین بازداشت موقت در خصوص وی امتناع ورزیده و قرارهای سبک‌تری چون کفالت و وثیقه را انتخاب نماید. همچنین اگر به لحاظ وجود وضعیت خاصی از قبیل بیم فرار متهم مقام قضایی ناگزیر به بازداشت متهم بیمار است، بهتر بود مقنن وی را مکلف می‌نمود که:

اولاً - ترتیبی اتخاذ نماید که در طول مدت نگهداری متهم در بازداشتگاه، امکانات لازم جهت حفظ سلامت وی از قبیل دارو و معاینه توسط پزشک در اختیار وی قرار گیرد.^۴

ثانیاً - در صورت رفع شرایط خاص که منجر به صدور قرار بازداشت موقت گردیده نسبت به تبدیل قرار به قرار سبک‌تر اقدام نماید.

ثالثاً - با سرعت بخشیدن به سیر تحقیقات، حتی‌الامکان طول مدت نگهداری را کوتاه نماید.

۳-۱. بازجویی

بعد از حضور متهم نزد مقام قضایی و احراز هویت، بازجویی از وی به عمل می‌آید. مقنن در ماده ۱۲۹ ق.آ.د.ک در راستای حفظ موازین دادرسی عادلانه در خصوص لزوم تفهیم اتهام به متهم و منع پرسیدن سؤالات تلقینی قواعدی را بیان نموده است، ولی در این خصوص که برای شروع بازجویی باید متهم از آمادگی جسمی و روحی لازم جهت فهم اتهام و پاسخگویی به سؤالات برخوردار باشد ساکت است. این امر در حالی است که مقنن در مواد ۲۰۲، ۱۶۱، و ۲۰۴ ق.آ.د.ک به ترتیب امکان حضور مقام قضایی در اقامتگاه شهود بیمار جهت استماع شهادت، حضور مترجم برای متهمان غیر فارسی زبان و حضور شخص خبره برای متهمان کر و لال را پیش‌بینی نموده است. لذا به نظر می‌رسد بهتر بود مقنن مقام تحقیق را مکلف می‌نمود:

اولاً - در حین بازجویی وضعیت جسمی و روحی متهم را در نظر گرفته و از انجام اقداماتی از قبیل بازجویی طولانی مدت و بدون وقفه که با سلامت متهم منافات دارد، امتناع ورزد.

ثانیاً - اگر متهم به لحاظ ابتلا به بیماری روحی یا جسمی قادر به شروع بازجویی نبوده یا اینکه ادامه بازجویی منافات با سلامت وی داشته با صدور قرار، بازجویی را تا زمان حدوث آمادگی لازم متوقف نماید چراکه پرسش و پاسخ از فرد بیمار با موازین دادرسی عادلانه که متضمن حفظ حقوق دفاعی متهم است سازگار نیست.

ثالثاً - اگر توقف بازجویی تا زمان حدوث آمادگی لازم برای متهم، منجر به اطاله دادرسی شود و ضرورتی مبنی بر حضور خود متهم وجود نداشته باشد، می‌تواند بازجویی را با حضور وکیل متهم ادامه داده و اگر متهم بیمار به جهت عدم توانایی مالی قادر به تعیین وکیل نباشد نسبت به تعیین وکیل تسخیری برای وی اقدام نماید.^۵

البته مقنن در تبصره ماده ۶ ق.آ.د.ک حدود جنون بعد از ارتکاب جرم و قبل از صدور حکم قطعی را از موجبات توقف تعقیب تا زمان افاقه دانسته، ولی باید گفت که از یک سو معنای اصطلاح «جنون» در علم پزشکی و حقوق مبهم است و از سوی دیگر در فرض رفع ابهام فقط بیماری‌های روانی حاد و شدید را که منجر به زوال عقل می‌گردد پوشش می‌دهد. لذا پیش‌بینی این تبصره در قانون، جهت حفظ حقوق متهمان بیمار کفایت نمی‌کند.

۲. محاکمه

پرونده کیفری بعد از تکمیل تحقیقات، احراز مجرمیت متهم در دادسرا و صدور کیفرخواست برای محاکمه متهم و صدور حکم به دادگاه ارسال می‌شود. این مرحله تعیین‌کننده سرنوشت متهم از حیث محکومیت یا برائت وی از اتهام انتسابی

است. لازم به ذکر است که صدور کیفرخواست در دادسرا موجب تغییر عنوان متهم به مجرم نمی‌گردد.

۲-۱. استماع دفاعیات متهم

یکی از ارکان اساسی در محاکمه‌ی کیفری جهت رعایت اصل تساوی سلاح‌ها که از اصول مهم دادرسی عادلانه است استماع دفاعیات متهم یا وکیل وی در دادگاه است که مقنن در بند ۳ ماده ۱۹۳ قانون آیین دادرسی کیفری نیز به آن اشاره نموده است.

با عنایت به اینکه اظهارات متهم در این مرحله به نسبت مراحل قبل دادرسی کیفری (کشف، تعقیب و تحقیق) تاثیر بیشتری در سرنوشت وی خواهد داشت لذا باید متهم از نظر جسمی و روحی از توانایی لازم برای دفاع از خود در جلسه‌ی دادگاه برخوردار باشد. در همین راستا بهتر بود مقنن، قاضی دادگاه را مکلف می‌نمود که اگر متهم به جهت ابتلا به بیماری، توانایی لازم جهت دفاع از خود را نداشته نسبت به تجدید جلسه و تعیین وقت دادرسی مناسب اقدام نماید. چرا که ممکن است متهم به جهت بیماری به عواقب اظهارات خود آگاه نباشد و مطالبی را بیان کند که مسیر دادرسی را به ضرر وی تغییر دهد.

در این خصوص نیز اگر به نظر قاضی دادگاه، تجدید جلسه منجر به اطلاع دادرسی شده و الزامی به حضور خود متهم جهت رسیدگی به پرونده وجود نداشته باشد، می‌توان جلسه دادگاه را با استماع دفاعیات وکیل متهم ادامه داده و مبادرت به صدور رای نمود. البته اگر متهم به جهت عدم توانایی مالی قادر به تعیین وکیل نباشد دادگاه مکلف است در کلیه جرایم نسبت به تعیین وکیل تسخیری برای متهم بیمار اقدام نماید.^۶

۲-۲. تعیین مجازات

قاضی دادگاه بعد از احراز مجرمیت متهم وارد مرحله‌ی صدور حکم و تعیین نوع و میزان مجازات می‌گردد. اولین و مهم‌ترین معیار برای تعیین نوع و میزان مجازات در راستای اصل قانونی بودن مجازات نوع جرم ارتكابی است، چرا که مقنن برای هر نوع جرم نوع و میزان خاصی از مجازات را معین نموده است. ولی قاضی دادگاه می‌تواند در راستای اصل فردی کردن مجازات‌ها (تناسب مجازات با شرایط بزه‌کار) با در نظر گرفتن شرایطی از قبیل وضعیت جسمی و روحی فرد، نسبت به تخفیف، تبدیل مجازات تعیین شده در قانون و یا تعلیق مجازات اقدام نماید.

ضمناً مقنن در برخی از جرایم با استفاده از لفظ «یا» بین انواع مجازات‌ها در متن قانون، قاضی را در انتخاب نوع مجازات مخیر نموده است. لذا قاضی دادگاه می‌تواند در چنین شرایطی با در نظر گرفتن وضع جسمی و روحی فرد مجازات متناسب را از میان دو یا چند نوع مجازات انتخاب نماید. برای مثال اگر فردی به جهت بیماری توانایی تحمل مجازات شلاق را نداشته، می‌توان در صورت فقدان مانع (حدی بودن جرم) مجازات دیگری برای وی در نظر گرفت.^۷

گفتار دوم: حقوق محکومان بیمار

بعد از طی مراحل دادرسی و صدور حکم محکومیت قطعی وارد آخرین مرحله دادرسی کیفری یعنی مرحله اجرای حکم می‌شویم. در این مرحله دادرسی نسبت به اعمال مجازات مقرر در حکم صادره از دادگاه اقدام می‌نماید. حکم صادره ممکن است مشتمل بر یک یا چند نوع از مجازات‌های ذیل باشد:

الف) مجازات‌های بدنی ب) مجازات‌های سالب و محدودکننده آزادی

ج) مجازات‌های مالی (د) مجازات‌های محرومیت‌زا
 در این بند با تقسیم مجازات‌ها به دو شاخه عمده مجازات‌های بدنی و غیربدنی به بررسی این موضوع خواهیم پرداخت که ابتلای محکوم به بیماری جسمی یا روحی بعد از صدور حکم محکومیت قطعی چه تاثیری در اجرای حکم در مورد وی خواهد داشت.

۱. مجازات‌های بدنی

مجازات‌های بدنی نوعی واکنش جامعه علیه بزهکار هستند که در مقام اعمال مجازات بدن محکوم را مورد تعرض و حمله قرار می‌دهند. در قانون مجازات اسلامی (از این پس ق.م.ا) سه نوع مجازات‌های بدنی به شرح ذیل معرفی شده است:

الف) مجازات سالب حیات
 ب) مجازات قطع عضو
 ج) مجازات شلاق یا تازیانه

۱-۱. مجازات سالب حیات

مجازات سالب حیات به عنوان شدیدترین نوع مجازات در نظام عدالت کیفری به هیأت حاکمه این اجازه را می‌دهد که در پاسخ به جرم ارتكابی مجرم، جان وی را ستانده و او را از ادامه زندگی محروم نماید. این مجازات که در نظام کیفری ایران منحصر به سه نوع اعدام، قصاص و رجم است موافقان و مخالفان متعددی دارد که پرداختن به دلایل آنان از ذیل موضوع مقاله خارج است. ولی باید گفت که تنها هدف و فایده‌ای که اعمال این‌گونه مجازات در پی خواهد داشت نیل به ارباب و بازدارندگی عام است.

در خصوص نحوه اجرای اینگونه مجازات‌ها آیین‌نامه‌ای تحت عنوان آیین‌نامه‌ی نحوه اجرای احکام قصاص، رجم، قتل، صلب، اعدام و شلاق (از این پس آیین‌نامه اجرای احکام بدنی) در تاریخ ۱۳۸۲/۶/۲۷ به تصویب رسیده است. به موجب ماده‌ی ۵ آیین‌نامه مذکور جنون یا بیماری محکوم مانع اجرای حد، قصاص یا اعدام نیست، ولی مقنن در ادامه همین ماده با عدول از اصل تاخیرناپذیری اجرای احکام قطعی که از اصول اساسی اجرای احکام است، تعویق اجرای حکم در مورد محکوم مریض را چنانچه طبق نظر و تجویز پزشک قانونی یا پزشک معتمد و تایید قاضی صادرکننده حکم بدوی یا دادستان مربوطه بیماری وی در حدی باشد که مانع اجرای تشریفات مقرر در آیین‌نامه باشد، تا رفع مانع پذیرفته است.

به همین لحاظ به موجب بند دال ماده ۷ و ماده ۸ آیین‌نامه اجرای احکام بدنی معاینه محکوم توسط پزشک قانونی یا پزشک معتمد و اظهارنظر در خصوص وضعیت جسمانی وی قبل از اجرای حکم، بدو در محبس محکوم و سپس در محل اجرای حکم الزامی است.

لذا باید گفت که در مقررات فعلی ابتلای محکوم به هر نوع بیماری جسمی و روحی، ولو بسیار حاد مثل جنون موجب سقوط مجازات سالب حیات نبوده و فقط تحت شرایطی اجرای آن را به تاخیر می‌اندازد. این موضوع در مواد ۹۵ و ۱۸۰ ق.م.ا نیز تصریح شده است.

این امر در حالی است که امروزه اکثر حقوقدانان اعمال هر نوع مجازات را نسبت به فرد مجنون و دیوانه بی‌فایده می‌دانند؛ چرا که با حدوث جنون هیچ یک از اهداف مجازات اعم از ارعاب و اصلاح محقق نمی‌شود. زیرا از یک سو مجرم

دیوانه در حالتی نیست که دلیل مجازات خود را درک کند و اصلاح شود و از سوی دیگر مجازات فرد دیوانه بیشتر در جامعه حس ترحم برمی‌انگیزد تا ارعاب.

۱-۲. مجازات قطع عضو

این نوع مجازات در نظام کیفری ایران گاهی به عنوان حد (حد محاربه و سرقت) و گاهی در مقام قصاص پیش‌بینی شده است. همان‌گونه که در مورد مجازات‌های حدی سالب حیات گفته شد، ابتلای فرد محکوم به قطع عضو حدی به هر نوع بیماری جسمی و روحی موجب سقوط آن نبوده و فقط اجرای آن را به تجویز پزشک به تاخیر می‌اندازد.

در مورد قصاص عضو نیز با عنایت به بند ۴ ماده ۲۷۲ ق.م.ا (قصاص موجب تلف جانی یا عضو دیگر نباشد) که یکی از شرایط اساسی ثبوت قصاص عضو است و همچنین ضرورت حضور پزشک به موجب ماده ۲۶ آیین‌نامه اجرای احکام بدنی در هنگام اجرای حکم، جهت رعایت مفاد ماده ۲۷۲ ق.م.ا می‌توان گفت که اگر فرد محکوم به قصاص عضو، طبق نظر پزشک، مبتلا به بیماری باشد که اجرای حکم نسبت به وی سلامت وی را به مخاطره انداخته، یا اینکه بیم مرگ وی باشد، قصاص عضو منتفی و تبدیل به دیه می‌گردد.

۱-۳. مجازات شلاق یا تازیانه

تازیانه یا شلاق نیز کیفر بدنی است که اعمال آن بر بدن مجرم درد و رنج وارد می‌کند. در نظام کیفری ایران مجازات شلاق گاهی به عنوان حد و گاهی به عنوان تعزیر پیش‌بینی شده است. در خصوص نحوه اجرای مجازات شلاق نسبت به محکومان بیمار آیین‌نامه اجرای احکام بدنی ساکت است، ولی با عنایت به ماده ۵

آیین‌نامه مذکور و مواد ۹۳ و ۹۴ ق.م.ا باید گفت که همانند سایر مجازات‌های حدی ابتلای محکوم به هر نوع بیماری جسمی و روحی موجب سقوط شلاق حدی نگردیده و فقط اجرای آن را تا رفع مانع به تاخیر می‌اندازد. ضمناً اگر امیدی به بهبود مریض نباشد، یا حاکم شرع مصلحت بداند، یک دسته تازیانه یا ترکه مشتمل بر صد واحد فقط یک بار به محکوم مریض زده می‌شود که اصطلاحاً ضغث نامیده می‌شود.^۱

در خصوص نحوه اجرای شلاق تعزیری نسبت به محکوم بیمار نیز بند ج ماده ۲۸۸ ق.آ.د.ک حکمی مشابه شلاق حدی پیش‌بینی نموده است. البته باید گفت که در خصوص جرایم مستوجب تعزیر با عنایت به امکان تبدیل مجازات می‌توان نسبت به افراد بیمار که توانایی تحمل مجازات شلاق را ندارند، در هنگام صدور حکم از انواع دیگر مجازات استفاده نمود.

شایان ذکر است که به طور کلی باید ادعای افرادی که مدعی هستند توانایی تحمل مجازات شلاق ندارند به دقت در پزشکی قانونی بررسی شود؛ چرا که عده‌ای با وجود برخورداری از ظاهری سالم و جوان حقیقتاً ناتوان بوده و به اشتباه سالم انگاشته می‌شوند و ممکن است با اجرای حکم شلاق خطری متوجه سلامت آنان گردد. (گودرزی، ۱۳۸۵: ۳۸۵)

۲. مجازات‌های غیربدنی

این گروه از مجازات‌ها به جای تعرض به بدن و جان مجرم، روح وی را می‌آزارند. این آزار گاهی از طریق سلب یا محدود کردن آزادی، گاهی از طریق اخذ قسمتی یا کل اموال و گاهی از طریق ایجاد محرومیت به محکوم تحمیل می‌شود. قسمت عمده مجازات‌های مقرر در ق.م.ا در این گروه جای گرفته و

همچنین رویه قضایی نیز تمایل بیشتری به اعمال این گونه مجازات‌ها دارد تا مجازات‌های بدنی.

۲-۱. مجازات‌های سالب و محدود کننده آزادی

این گونه مجازات‌ها آزادی رفت و آمد فرد محکوم را سلب و یا محدود می‌کنند. حبس نمونه بارز مجازات سالب آزادی و تبعید و منع اقامت در محل معین نمونه‌هایی از مجازات محدود کننده آزادی است که در ق.م.ا.پیش‌بینی شده است.

۲-۱-۱. حبس

به موجب مجازات حبس که امروزه اصلی‌ترین مجازات در نظام کیفری ایران و سایر نقاط جهان محسوب می‌شود فرد محکوم برای مدتی و به ندرت تا ابد در محلی در بسته به نام زندان نگهداری می‌شود. البته سلب آزادی همیشه منحصر به محکومان نیست، گاهی اوقات متهمان نیز تحت قرار به طور موقت در بازداشتگاه نگهداری می‌شوند.

در خصوص چگونگی نگهداری محکومان و متهمان بیمار در زندان و بازداشتگاه، قواعدی در آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مصوب ۱۳۸۴ (از این پس آ.س.ز)، آیین‌نامه‌ی نحوه تفکیک و طبقه‌بندی زندانیان مصوب ۱۳۸۵ (از این پس آ.ت.ز) و همچنین آیین‌نامه‌ی اجرایی بازداشتگاه‌های موقت، مصوب ۱۳۸۵ (از این پس آ.ب.م) پیش‌بینی شده که در ذیل به آنها اشاره خواهیم نمود. شایان ذکر است که به موجب ماده ۱۵ آ.ب.م متهمان بیمار نیز از کلیه حقوق مقرر برای محکومان بیمار که در آ.س.ز پیش‌بینی شده برخوردارند.

- ضرورت بستری نمودن بیماران روانی به منظور معالجه‌ی آنان و در صورت لزوم انتقال به یک مؤسسه‌ی درمانی با تایید پزشکی قانونی توسط مسؤول بهداری زندان (ماده ۴۱ آ.س.ز).
- ضرورت انجام آزمایش‌های پزشکی و روانپزشکی در مورد محکومان در بدو ورود به زندان جهت تعیین میزان سلامت جسمی و روانی آنان (ماده ۶۴ و ۱۱۱ آ.س.ز).
- ضرورت توجه به وضعیت سلامت زندانیان در تفکیک و طبقه‌بندی آنان از هم (ماده ۶۹ آ.س.ز و ماده ۱ آ.ت.ز).
- ضرورت معاینه توسط پزشک معتمد پیش از پذیرش، در مورد محکومانی که وضعیت ظاهری آنان حکایت از بیماری‌های روانی و جسمانی دارد (تبصره ۲ ماده ۶۹ آ.س.ز).
- ضرورت استفاده از غذای مخصوص و رژیمی متناسب در مورد متهمان و محکومان بیمار طبق برنامه و نظریه‌ی پزشک معالج، متناسب با نوع بیماری (ماده ۹۴ آ.س.ز و تبصره ماده ۱۳ آ.ت.ز).
- معافیت متهمان و محکومان بیمار از انجام برنامه‌های روزانه زندان و انجام کارهایی از قبیل نظافت، با صدور گواهی معذوریت از طرف پزشک زندان و تایید مسؤول بهداری (ماده ۷۵ و تبصره ماده ۱۰۱ آ.س.ز).
- ضرورت تست پزشکی کلیه‌ی زندانیان، دست کم ماهی یک بار (ماده ۱۰۲ آ.س.ز).
- تأمین کلیه‌ی نیازهای درمانی و بهداشتی زندانیان بیمار در داخل زندان (ماده ۱۰۳ آ.س.ز).

- ضرورت خروج زندانی از زندان و انتقال به بیمارستان در موارد ضروری برای معالجه با تایید بهداری زندان، اجازه‌ی رییس زندان و موافقت قاضی ناظر و عدم ضرورت اخذ موافقت قاضی ناظر در موارد فوری (ماده ۱۰۳ آ.س.ز).
- رسیدگی به وضع بیماران صعب‌العلاج یا غیرقابل علاج و اقدام براساس مقررات آ.د.ک (تبصره ماده ۱۰۳ آ.س.ز).
- ضرورت اخذ نسخه یا دارو از زندانی تازه وارد و دادن دارو به وی طبق تجویز پزشک (ماده ۱۱۲ آ.س.ز).
- ضرورت بستری نمودن زندانی بیمار در بیمارستان زندان در موارد خاص، با تشخیص پزشک بهداری زندان (ماده ۱۱۵ آ.س.ز).
- ضرورت نگهداری و معالجه زندانیان مبتلا به بیماری‌های روانی، واگیر، پرخطر و همچنین مسلولان، معلولان، نابینایان و زندانیانی که دوران نقاهت بعد از عمل جراحی را سپری می‌کنند، به‌صورت مجزا (ماده ۱۱۶ آ.س.ز و بند الف و ب ماده ۱۳ آ.ت.ز).
- ضرورت ارائه پیشنهاد عفو از جانب رییس زندان برای محکومان مبتلا به بیماری‌های روانی و بیماری‌های خاص و لاعلاج (تبصره ماده ۱۱۶ و تبصره ماده ۱۲۹ آ.س.ز و بند ۷ ماده ۹ و بند ۶ ماده ۲۳ آیین نامه کمیسیون عفو).
- امکان بیمه‌ی درمانی محکومان و یا انعقاد قرارداد با وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی از جانب سازمان زندان‌ها (ماده ۱۱۷ آ.س.ز).
- ضرورت عیادت همه‌روزه از کلیه زندانیان بستری در بیمارستان زندان و نظارت بر روند معالجه و تغذیه‌ی آنان توسط رییس بهداری زندان (ماده ۱۲۰ آ.س.ز).

- فراهم نمودن تسهیلات ملاقات برای زندانیان بیمار بستری در بیمارستان یا زندانیانی که قادر به حرکت نیستند (ماده ۱۹۰ آ.س.ز).

- ضرورت اعطای مرخصی یک‌ماهه و امکان تمدید آن به زندانیانی که مبتلا به بیماری صعب‌العلاج بوده‌اند یا امکان معالجه‌ی آنان در زندان فراهم نیست یا ادامه حبس موجب شدت بیماری یا تاخیر در بهبودیشان باشد یا اینکه قادر به تحمل حبس نباشند (ماده ۲۲۹ آ.س.ز).

- ضرورت حمایت از محکومان بیمار که در حال بیماری آزاد می‌شوند توسط انجمن‌های حمایت از زندانیان تا حصول بهبودی و توانایی انجام کار (ماده ۲۴۱ آ.س.ز).

بنابراین به موجب مقررات فعلی ابتلای محکوم به حبس به بیماری موجب سقوط مجازات زندان نگردیده و فقط در طول دوران گذران محکومیت در زندان، برای زندانی بیمار حقوق ویژه‌ای پیش‌بینی شده است.

البته اگر به تشخیص دادگاه، اجرای حکم حضور در زندان موجب شدت بیماری یا تأخیر در بهبود محکوم گردد، دادگاه با تشخیص پزشک قانونی یا پزشک معتمد با اخذ تامین متناسب اجازه معالجه در خارج از زندان را صادر و اجرای حکم را به تأخیر می‌اندازد. ضمناً اگر محکوم تامین ندهد در زندان یا بیمارستان تحت نظر ضابطان معالجه می‌گردد (ماده ۲۹۱ ق.آ.ک).

ابتلای محکوم به حبس به جنون نیز نه تنها موجب سقوط مجازات نگردیده بلکه اجرای آن را نیز به تأخیر نمی‌اندازد، چراکه به موجب ماده ۳۷ ق.م.ا و تبصره ماده ۲۹۱ ق.آ.دک محکوم مجنون تا بهبود در بیمارستان روانی نگهداری و این ایام جزو مدت محکومیت وی محاسبه می‌گردد.

برخی معتقدند که احتساب این ایام جزو مدت محکومیت اگرچه به نفع محکوم است، ولی با اهداف مجازات‌ها هم‌خوانی نداشته، چراکه وقتی محکوم در حال جنون است نه اصلاح در اثر حبس حاصل می‌گردد و نه تنبیه را درک می‌کند (صفاری، ۱۳۸۸، ص ۱۷۷).

۲-۱-۲. تبعید

تبعید، مجازاتی است که آزادی فرد را به‌طور کامل سلب نکرده ولی آن را محدود می‌کند. این محدودیت از طریق اجبار محکوم به اقامت در محل معین و تحت نظر قرار دادن وی توسط ضابطان دادگستری و در برخی موارد ممنوعیت مراوده و معاشرت فرد تبعیدی با دیگران ایجاد می‌شود.

مقنن در خصوص نحوه‌ی اجرای مجازات تبعید تقریباً ساکت است و فقط در مواد ۱۹۳ و ۱۹۴ قانون مجازات اسلامی اشاره‌ی مختصری به چگونگی تبعید محارب نموده است. بهتر بود مقنن قواعدی را در این خصوص پیش‌بینی و به موجب آن، مقام قضایی را مکلف می‌نمود که:

اولاً - در انتخاب مکان جهت تبعید محکوم شرایط جسمی و روحی وی را در نظر گرفته و از انتخاب مکان‌هایی که از لحاظ اقلیمی با سلامت محکوم منافات داشته امتناع ورزد.

ثانیاً - در صورت ابتلای محکوم به تبعید به بیماری، تدابیری اتخاذ نماید که در طول گذران دوران تبعید امکانات لازم از قبیل دارو، معاینه توسط پزشک در اختیار وی قرار گیرد.

ثالثاً - در صورتی که پزشکی قانونی تایید نماید که فرد محکوم به تبعید از توانایی لازم جهت عزیمت و اقامت در مکان مورد نظر برخوردار نمی‌باشد، اجرای حکم را تا رفع مانع به تاخیر اندازد.

۲-۲. مجازات‌های مالی

این قبیل مجازات‌ها از طریق اجبار محکوم به پرداخت مبلغی پول یا ضبط اموال وی موجبات آزرده‌گی محکوم را فراهم می‌نمایند. جزای نقدی و مصادره‌ی تمام یا قسمتی از اموال از جمله مجازات‌هایی است که در این گروه جای می‌گیرد. بیماری فرد محکوم به مجازات‌های مالی، نه تنها موجب سقوط مجازات نگردیده بلکه اجرای آن را نیز به تاخیر نمی‌اندازد. مگر اینکه فرد به جهت عدم توانایی در پرداخت جزای نقدی به موجب ماده ۱ قانون نحوه اجرای محکومیت‌های مالی به زندان معرفی شود که در این صورت به موجب تبصره ماده ۳ همان قانون بیماری فرد محکوم اجرای حبس را تا رفع مانع به تاخیر می‌اندازد.

ضمناً اگر با عنایت به ماده ۱۲ ق.م.ا. قائل به این نظر باشیم که دیه ماهیتاً نوعی مجازات است نه جبران خسارت، در آن صورت این نوع مجازات نیز در ردیف مجازات‌های مالی قرار می‌گیرد. در خصوص دیه نیز باید گفت نه تنها بیماری محکوم بلکه فوت وی نیز موجب سقوط مجازات دیه یا تاخیر در اجرای آن نمی‌گردد. مگر اینکه به موجب ماده ۶۹۶ ق.م.ا. عدم پرداخت دیه منجر به بازداشت محکوم گردد که در آن صورت همان قواعد زندانیان بیمار به این افراد نیز قابل تسری خواهد بود.

۲-۳. مجازات‌های محرومیت‌زا

این قبیل مجازات‌ها که مجازات‌های سالب حق نیز نامیده می‌شود موجب محرومیت محکوم از اشتغال یا برخی حقوق اجتماعی می‌گردد. محرومیت‌های مذکور در ماده ۶۲ مکرر ق.م.ا و مجازات انفصال اعم از ابد و موقت در این گروه جای می‌گیرند. بیماری فرد محکوم به این قبیل مجازات‌ها تاثیری در سقوط مجازات یا تاخیر اجرای آن نخواهد داشت.

مبحث سوم: موازین بین‌المللی ناظر به حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری

حقوق متهمان و محکومان بیمار در نظام عدالت کیفری از جمله دغدغه‌های موازین حقوق بشر است. این موازین که در قالب اعلامیه، میثاق، کنوانسیون، قواعد حداقلی، مجموعه اصول و... تنظیم گردیده‌اند، حاوی برخی از ابعاد مهم حقوق بیماران متهم و محکوم در فرایند عدالت کیفری می‌باشند. برای مثال اگر چه در ماده ۳۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر و ماده ۱۲ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر حق برخورداری از سلامت و وظیفه کشورهای طرف میثاق جهت تامین شرایط تحقق حق مذکور به طور کلی و برای عموم اشخاص تاکید شده است، در برخی اسناد و موازین خاص بر حقوق بیماران در مراجع و مراحل خاص مختلف نظام عدالت کیفری و از جمله در زندان تاکید خاص گردیده است. بر این اساس ماده‌ی ۲۲ قواعد حداقل رفتار با زندانیان (مصوب ۱۹۵۷ شورای اقتصادی - اجتماعی سازمان ملل متحد) مقرر می‌دارد «هر زندانی باید حداقل از خدمات یک پزشک حاذق برخوردار باشد. این پزشک باید با روان‌درمانی نیز آشنا باشد. خدمات پزشکی باید طی روابط تنگاتنگی با اداره عمومی خدمات بهداشتی منطقه یا کشور سازماندهی شود. این خدمات باید شامل بخش روان‌درمانی برای تشخیص و در صورت لزوم معالجه ناهنجاری‌های روانی

باشد». همچنین مطابق ماده‌ی ۲-۲۲ «برای بیمارانی که به مراقبت‌های ویژه نیاز دارند، باید امکان انتقال آنان به زندان‌های تخصصی و یا بیمارستان‌های مهم‌تری پیش‌بینی شود. زمانی که معالجات در داخل زندان صورت می‌گیرد، زندان باید مجهز به ابزارآلات و فرآورده‌های دارویی باشد، تا امکان مراقبت و معالجه برای زندانیان بیمار فراهم آید و پرستل پزشکی نیز باید مهارت حرفه‌ای لازم را کسب کرده باشند.» همچنین مطابق فقره‌ی ۳ ماده‌ی مذکور: هر زندانی باید از مراقبت‌های یک پزشک حاذق برخوردار شود». به علاوه در ماده‌ی ۹ مجموعه اصول اساسی مربوط به معالجه‌ی زندانیان نیز مقرر شده است: «زندانیان باید به خدمات بهداشتی موجود در داخل کشور دسترسی داشته باشند، بدون آن که به خاطر وضعیت قضایی خود دچار تبعیض شوند». در ماده‌ی ۱-۲۳ قواعد حداقل رفتار با زندانیان، در خصوص زنان زندانی به نحو خاص مقرر شده است: «در موسسات مربوط به زنان امکانات ویژه‌ای برای کلیه مراقبت‌ها و معالجات پسر و پس از زایمان فراهم خواهد بود. ترتیباتی به عمل خواهد آمد تا در موارد ممکن، تولد اطفال بیرون از مؤسسه، در بیمارستان صورت گیرد. اگر کودکی در زندان به دنیا آمد، این امر نباید در گواهی تولد ذکر شود». مطابق ماده‌ی ۲۴ قواعد مذکور: «یک مسئول پزشکی، هر زندانی را بلافاصله پس از پذیرش و نیز پس از آن به دفعات لازمه بازدید و معاینه خواهد کرد و به‌خصوص هدفش پی بردن به بیماری جسمی یا روانی و اتخاذ تدابیر لازمه، همچنین تفکیک زندانیان مشکوک به بیماری‌های مسری و عفونی با تشخیص نقایص جسمی یا روانی که امکان دارد مانع بازپروری شود و تعیین امکان جسمی هر زندانی برای کار، خواهد بود». در مواد ۱-۲۵ و ۲-۲۵ قواعد مذکور بر ضرورت تحت نظر داشتن کلیه بیماران و یا کسانی که از بیماری خود شکایت دارند و نیز لزوم گزارش مخاطرات بیماری

برای زندانی بیمار به مقامات مسئول زندان توسط پزشک مربوطه تأکید گردیده است. مدیریت زندان باید با توجه به ماده ۲-۲۶ قواعد حداقل، در مواردی که خود صلاحیت دارد اقدام به اتخاذ تصمیم مقتضی درباره‌ی زندانیان نموده و در غیر آن باید مراتب را جهت هرگونه اقدام ضروری به مقامات مسؤول اعلام نماید.

چنان که ملاحظه می‌گردد نقش پزشک و نیروهای درمانی - بهداشتی در زمینه‌ی حمایت ویژه از زندانیان بیمار، خاص و منحصر به فرد است. درست به همین دلیل است که شورای بین‌المللی خدمات پزشکی در زندان در سال ۱۹۷۹ سوگندنامه‌ای برای شاغلان در امور بهداشتی زندان تعیین نموده است که نظر به تنظیم آن در شهر آتن (یونان) به سوگندنامه آتن موسوم شده است. مطابق سوگندنامه مذکور «ما شاغلین در امور بهداشتی که در زندان فعالیت می‌کنیم، در ۱۰ سپتامبر در آتن گرد هم آمدیم تا مطابق روح حاکم بر سوگند بقراط متعهد شویم که بهترین مراقبت‌های پزشکی را در اختیار زندانیان قرار خواهیم داد و دلیل زندانی شدن آنها تاثیری در این انجام وظیفه نخواهد داشت. ما بدون پیش‌داوری و در چارچوب اخلاق حرفه‌ای خود به مراقبت خواهیم پرداخت. ما حق افراد زندانی شده برای برخورداری از بهترین مراقبت‌های پزشکی ممکن را به رسمیت می‌شناسیم.

ما متعهد می‌شویم که:

- ۱- از صدور مجوز و یا تایید هرگونه تنبیه بدنی خودداری کنیم.
- ۲- از مشارکت در هرگونه شکنجه امتناع نماییم.
- ۳- هیچ نوع آزمایش پزشکی در میان افراد زندانی انجام ندهیم، مگر با رضایت خود آنان و به شرطی که آنان از محتوای آزمایش آگاهی کامل داشته باشند.
- ۴- درباره اطلاعاتی که طی رابطه با بیماران زندانی به دست می‌آوریم به اصل رازداری احترام بگذاریم.

۵- معاینات پزشکی، طبق نیازهای بیماران باشد و معاینه را از هر مسأله غیرپزشکی دیگر مقدم تر بشماریم» (ترجمه، علی پور، ۱۳۸۱، ص ۹۵-۹۴).

در قواعد حداقل رفتار با زندانیان، علاوه بر تاکید رعایت حقوق زندانیان بیمار برای دسترسی به امکانات درمانی، ضرورت اطلاع رسانی به وابستگان آنها نیز مورد اشاره قرار گرفته است. مطابق ماده ۱-۴۴ قواعد مذکور: «هنگام مرگ، یا بروز بیماری جدی یا جراحی جدی به زندانیان، یا انتقال آنان به نهاد دیگری جهت معالجه‌ی امور روانی، مدیر موسسه بلافاصله مراتب را به همسرش، چنانچه زندانی متاهل باشد، و چنانچه متاهل نباشد، به نزدیک‌ترین بستگان او و در هر صورت به فردی که قبلاً زندانی اعلام کرده است اطلاع خواهد داد». در ماده ۱-۸۲ قواعد مذکور نیز برخی حقوق زندانیان مجنون و دچار ناهنجاری‌های ذهنی مورد اشاره واقع شده است، به ترتیبی که طبق قواعد آن: «افرادی که جنون آنها محرز می‌باشد در زندان‌ها نگهداری نخواهند شد و ترتیباتی به عمل خواهد آمد تا در اولین فرصت ممکن به بیمارستان روانی اعزام شوند». و مطابق ماده ۲-۸۲: «زندانیانی که از سایر ناهنجاری‌ها و بیماری‌های ذهنی رنج می‌برند در موسسات تخصصی توسط تشکیلات مخصوص امور روانی معاینه خواهند شد». در مواد ۳-۸۲ و ۴-۸۲ ضرورت نظارت خاص مسئولان بهداری نسبت به این‌گونه زندانیان و نیز لزوم در دسترس بودن امکانات روانپزشکی در موسسات نگهداری آنها تاکید شده است».

علاوه بر اسناد فوق‌الذکر، بکی دیگر از اسناد حاوی مقررات حمایت از زندانیان بیمار «اصول سلوک کار پزشکی مربوط به نقش پرسنلی بهداشتی، به‌خصوص پزشکان در حمایت از زندانیان و افراد بازداشتی در مقابل شکنجه و سایر رفتارها و تنبیهات ظالمانه، غیرانسانی و تحقیرآمیز» است که به موجب قطعنامه‌ی شماره‌ی

۳۷/۱۹۴ مورخ ۱۸ دسامبر ۱۹۸۲ توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد تصویب شده است. مطابق اصل یکم سند مذکور: «پرسنل بهداشتی به خصوص پزشکان مسئول مراقبت پزشکی از زندانیان و افراد تحت بازداشت موظف به تامین آنها از لحاظ بهداشت جسمی و روانی و معالجه بیماری‌های آنان با همان کیفیت و استاندارد مربوط به افراد غیرزندان و بازداشت نشده هستند». همچنین مطابق اصول دوم تا پنجم سند مذکور، پزشکان و پرسنل بهداشتی زندان، ترتیبات دیگری را در مورد زندانیان و به خصوص زندانیان بیمار باید رعایت نمایند که به ترتیب عبارتند از: عدم شرکت، معاونت و تلاش برای ارتکاب شکنجه و سایر رفتارها و تنبیهات ظالمانه، غیرانسانی و تحقیرآمیز نسبت به اشخاص زندانی (اصل دوم) خودداری از ایجاد هرگونه ارتباط غیرحرفه‌ای میان پزشکان و پرسنل بهداشتی با زندانیان (اصل سوم)، عدم استفاده از دانش حرفه‌ای در بازجویی از افراد تحت بازداشت به نحوی که مخل سلامت جسمی یا روانی آنها باشد (اصل چهارم)، اجتناب از استفاده از دانش حرفه‌ای جهت به بند کشیدن و انقیاد شخص تحت بازداشت مگر در موارد خاص و بسیار ضروری (اصل پنجم) (امیرارجمند، ۱۳۸۱، ص ۲۷۵-۲۷۷).

نتیجه

به موجب اصل بیستم قانون اساسی همه افراد ملت اعم از زن و مرد یکسان در حمایت قانون قرار دارند، ولی برخی از افراد جامعه به جهت برخورداری از وضعیت خاص مستحق حمایت ویژه‌ای از جانب مقنن می‌باشند.

بیماران به جهت برخورداری از وضعیت خاص جسمی و روحی از جمله این افراد هستند که باید مورد حمایت مقنن در همه زمینه‌ها قرار گیرند. دستگاه قضا نیز به عنوان متولی اجرای عدالت و مجری قوانین کیفری مکلف است در خصوص بیماری‌هایی که حسب مورد به عنوان متهم یا محکوم در سیر دادرسی کیفری قرار می‌گیرند، مقررات خاصی را پیش‌بینی و رعایت نماید. اعمال سیاست افتراقی درباره‌ی متهمان و محکومان بیمار در سیر دادرسی کیفری از یک سو متضمن حفظ سلامت آنان خواهد بود و از سوی دیگر مانع از خدشه‌دار شدن موازین دادرسی عادلانه می‌گردد.

در مجموعه قوانین کیفری فعلی نمونه‌هایی از اعمال سیاست افتراقی در خصوص متهمان و محکومان بیمار مشاهده می‌شود، از قبیل صدور قرار تامین متناسب با وضع سلامت متهمان، تاخیر در اجرای حکم درباره‌ی محکومان بیمار تا رفع مانع، اعطای تسهیلات ویژه به زندانیان بیمار، امکان عفو محکومان بیمار و... البته هنوز جای خالی قواعدی از قبیل ممنوعیت اعمال هر نوع مجازات نسبت به محکوم مجنون، الزامی بودن حضور و کیل در کلیه‌ی مراحل دادرسی در کنار متهمان بیمار و همچنین ضرورت توجه به سلامت متهم در حین بازجویی و محاکمه و توقف آن در صورت عدم برخورداری متهم از توانایی لازم جهت دفاع از خود تا زمان بهبود ملاحظه می‌گردد.

پیشنهادها

- ضرورت ایجاد امکانات درمانی لازم در محیط‌های کیفری از جمله بازداشتگاه‌ها و زندان‌ها.
- ضرورت تصریح مقنن به ممنوعیت صدور قرار بازداشت موقت در مورد متهمان بیمار مگر در موارد خاص و ضروری در آیین دادرسی کیفری.
- الزام قضات دادگاه به توجه به وضعیت سلامت فرد در هنگام تعیین نوع و میزان مجازات.
- ضرورت رسیدگی مراجع قضایی به کلیه ادعاهای متهمان و محکومان بیمار در خصوص وضع سلامت خود و ارجاع به پزشکی قانونی جهت بررسی.

پی‌نوشت‌ها

- ۱- جهت مطالعه تفصیلی این موضوع بنگرید به: قاری سید فاطمی، سید محمد (۱۳۸۸) حقوق بشر در جهان معاصر، دفتر یکم، چاپ دوم، موسسه مطالعاتی و پژوهش‌های حقوقی شهر دانش، ص ۲۷ و به بعد
- ۲- برخی معتقدند که هنوز ماده ۲۲ قانون اصلاح پاره‌ای از قوانین دادگستری مصوب ۱۳۵۶ که در آن اجازه صدور قرار تعلیق تعقیب تحت شرایطی به دادستان اعطا شده قابلیت اجرا دارد، لذا امکان صدور این قرار وجود دارد. برای اطلاعات بیشتر بنگرید به: خالقی، علی (۱۳۸۸)، آیین دادرسی کیفری، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ سوم، تهران، صص ۴۱-۳۶
- ۳- با عنایت به صدر ماده ۳۵ ق.آ.د.ک مبنی بر لزوم رعایت قیود ماده ۳۲ ق.آ.د.ک و تبصره‌های آن به رغم تصریح مقنن به صدور قرار بازداشت موقت اجباری در جرایم مذکور در این ماده، عملاً الزامی مبنی بر صدور قرار بازداشت موقت در نظام کیفری ایران وجود ندارد.
- ۴- در خصوص چگونگی نگهداری متهمان و محکومان بیمار در زندان در بند دوم سخن خواهیم گفت.
- ۵- گفتنی است که حضور و کیل در مرحله تحقیقات مقدماتی به موجب ماده ۱۲۸ ق.آ.د.ک و تبصره آن با محدودیت‌هایی همراه است که در خصوص متهمان بیمار نباید لحاظ شود.
- ۶- مستند به تبصره ۱ ماده ۱۸۶ ق.آ.د.ک تعیین و کیل تسخیری فقط در جرایمی که مجازات آن حسب قانون قصاص نفس، اعدام، رجم، حبس ابد می‌باشد الزامی است که در خصوص متهم بیمار باید این امر به کلیه جرایم تسری یابد.
- ۷- در خصوص چگونگی اجرای مجازات شلاق در حق محکومان بیمار در بند دوم سخن خواهیم گفت.
- ۸- مجازات‌های حدی مذکور در ق.م.ا عبارتند از: رجم، قتل، شلاق، نفی بلد و قطع عضو.
- ۹- منظور از اصل تاخیرناپذیری این است که حکم جزایی همین که قطعیت یافت قابل اجرا بوده و بی‌درنگ به موقع اجرا گذاشته می‌شود و تاخیر در اجرای حکم جایز نیست، مگر در مواردی که قانون چنین اجازه‌ای را داده باشد.
- ۱۰- به موجب نظریه مشورتی شماره ۷/۵۱۲۸ مورخ ۶۷/۷/۶ اعمال «ضعف» را فقط منحصر به حد زنا دانسته‌اند. به نقل از آخوندی، محمود (۱۳۸۷) آیین دادرسی کیفری، انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، چاپ هفتم، جلد سوم، ص ۳۲.

فهرست منابع

الف) کتاب‌ها

- آخوندی، محمود - (۱۳۸۷)، *آیین دادرسی کیفری*، ج سوم، چ هفتم، انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
- امیر ارجمند، اردشیر - (۱۳۸۱)، *مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر*، جلد اول، قسمت اول، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی
- سازمان اصلاحات جزایی بین‌المللی - (۱۳۸۱)، *رویه‌ی عملی در زندان*، کاربرد مقررات بین‌المللی در امور زندان‌ها (ترجمه رضا علی‌پور)، انتشارات راه تربیت
- خالقی، علی - (۱۳۸۸)، *آیین دادرسی کیفری*، چ سوم، انتشارات دانشگاه تهران
- صفاری، علی - (۱۳۸۸)، *کیفرشناسی*، چ پنجم، انتشارات جنگل
- گودرزی، فرامرز - (۱۳۸۵)، *پزشکی قانونی*، چ دوم، انتشارات سمت
- قاری سید فاطمی، سید محمد - (۱۳۸۸)، *حقوق بشر در جهان معاصر*، دفتر یکم، چ دوم، موسسه‌ی مطالعاتی و پژوهش حقوق شهر دانش

ب) قوانین و آیین‌نامه‌ها

- قانون اساسی.
- قانون مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۷۵، ۱۳۷۰
- قانون آیین دادرسی کیفری، مصوب ۱۳۷۸
- قانون نحوه‌ی اجرای محکومیت‌های مالی، مصوب ۱۳۷۷
- آیین‌نامه‌ی نحوه‌ی اجرای احکام قصاص، رجم، قتل، صلب و شلاق، مصوب ۱۳۸۲
- آیین‌نامه‌ی اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، مصوب ۱۳۸۴
- آیین‌نامه‌ی اجرایی بازداشتگاه‌های موقت، مصوب ۱۳۸۵
- آیین‌نامه‌ی نحوه‌ی تفکیک و طبقه‌بندی زندانیان، مصوب ۱۳۸۵
- آیین‌نامه‌ی کمیسیون عفو، تخفیف و تبدیل مجازات، مصوب ۱۳۸۷

یادداشت شناسه مؤلف

حسین غلامی؛ دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

نشانی الکترونیکی: medlaw2008@yahoo.com

تاریخ وصول مقاله: ۱۳۸۹/۲/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۳/۱۵