



شورای عالی انقلاب فرهنگی

هیأت حمایت از کرسی‌های نظریه‌پردازی، نقد و مناظره
(ویژه علوم انسانی و معارف دینی)

کمیته دستگاہی کرسی‌های نظریه‌پردازی، نقد و مناظره

طرح نامه ویژه‌ی کرسی‌های ترویجی

حوزه‌ی علمی بحث: حقوق جزا و جرم‌شناسی – سیاست‌گذاری حقوقی سلامت

عنوان: نقد هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی حقوقی

در سیاست‌گذاری سلامت

ارائه دهنده: دکتر مهدی خاقانی اصفهانی

عضو هیأت علمی پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی (سمت)

پست الکترونیک (Email): khaghani@samt.ac.ir

۲. سوابق آموزشی:

الف - مدارج علمی و تحصیلی

ردیف	مقطع تحصیلی	رشته تحصیلی	حوزه / دانشگاه	کشور
۱	دکتری	حقوق جزا و جرم‌شناسی	دانشگاه قم	ایران
۲	کارشناسی ارشد	حقوق جزا و جرم‌شناسی	دانشگاه شیراز	ایران
۳	کارشناسی	حقوق	دانشگاه اصفهان	ایران

ب - اهم سوابق تدریس (مرتبط با موضوع کرسی):

ردیف	عنوان درس	مقطع	حوزه / دانشگاه
۱	سیاست جنایی	دکتری	دانشگاه خوارزمی، دانشگاه آزاد قم
۳	تاریخ تحولات حقوق کیفری	کارشناسی ارشد	دانشگاه آزاد واحدهای اصفهان، سمنان، بروجرد، خرم‌آباد،
۴	جامعه‌شناسی جنایی	کارشناسی ارشد	دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری، دانشگاه شاهد، دانشگاه ادیان و مذاهب اسلامی، جامعه‌المصطفی العالمیه، دانشگاه آزاد واحدهای قم، سمنان، بروجرد، خرم‌آباد،
۵	جرم‌شناسی	کارشناسی ارشد	دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری، دانشگاه ادیان و مذاهب اسلامی، دانشگاه آزاد واحدهای سمنان و بروجرد
۸	حقوق کیفری اختصاصی	کارشناسی ارشد	دانشگاه خوارزمی، موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی، جامعه‌المصطفی العالمیه، دانشگاه آزاد واحدهای قم، نجف‌آباد، قزوین، سمنان، بروجرد،
۷	جرم‌شناسی	کارشناسی	دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری، دانشگاه حضرت معصومه، دانشگاه آزاد واحدهای مختلف

۳. مشخصات طرحنامه

-عنوان طرحنامه:

چالش هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی حقوقی

در سیاست‌گذاری سلامت

-چکیده در ۱۰۰ کلمه به همراه واژگان کلیدی

اقتدارگرایی پزشکی غیرمتمکی بر اصول حقوقی و حمایت حقوقی راستین، موجب سوءاستفاده متقابل علوم پزشکی و علوم جنایی از یکدیگر در طیف وسیعی از ناهنجاری‌ها - از جمله پرداخت رشوه برای تسریع فرایند یا کسب مجوز ثبت دارو و بازرسی کیفیت دارو و گواهینامه تایید تولید مناسب دارو، اثرپذیری نتایج بازرسی از ملاحظات سیاسی، بی‌اثرکردن یافته‌های پزشکی، به‌کارگیری سوگرایانه مقررات بهسازی در مورد رستوران‌ها، تولیدکنندگان مواد غذایی و آرایشی، به‌کارگیری سوگرایانه فرایندهای اعتباربخشی، اعطای گواهینامه و استاندارد و مجوز به طور صوری و ظاهراً قانونی، امکان ورود داروهای تقلبی و غیر موثر از مبادی رسمی و غیررسمی به بازار، اجازه‌یابی عرضه‌کنندگان طردشده و متخلف به شرکت در مناقصه‌ها و کسب یارانه دولت، افزایش مسمومیت غذایی، گسترش بیماری‌های عفونی و واگیر و فعالیت مراکز بی‌کیفیت - و ده‌ها معضل و بحران چندوجهی می‌شود. حقوق کیفری امنیت‌مدار، به جای برخورد سختگیرانه با این جرایم و تخلفات، مترصد پشتیبانی قهری و سرکوبگر از سیاست‌های کنترل اجتماعی با توجیه‌های بهداشتی است.

این پژوهش میان‌رشته‌ای، در چارچوب نقد ناموازنه روابط قدرت میان کنترل بیماری و کنترل جرم، در حوزه مشترک چهار دانش جرم‌شناسی انتقادی، جامعه‌شناسی پزشکی، سیاست جنایی و سیاست‌گذاری سلامت، بر اساس روش تحلیل انتقادی

گفتمان و نقد برخی قوانین و مقررات و رویه‌های پزشکی-جزایی ایران و برخی دیگر کشورها، و با هدف کشف ریشه‌های نظری جریان «اقتدارگرایی پزشکی» در نظام مدیریت سلامت عمومی در ایران، ضمن علت‌شناسی جرم‌شناسانه تلاقی دو جریان «اقتدارگرایی پزشکی» و «امنیت‌گرایی کیفری» در سطح فراملی، نابسامانی‌های سیاست‌گذاری سلامت عمومی در کنترل اجتماعی بدن‌ها با توجیهات مداخله پیشگیرانه مصلحت‌مدار را آنگاه که متوسل به ابزارهای قهری سیاست جنایی (به‌ویژه در کنترل بحران‌های سلامت عمومی) می‌شود از دو منظر اصول سیاست جنایی و اخلاق پزشکی نقد می‌کند؛ و راهکارهایی جهت مهار سوئیۀ دیگر این سوءاستفاده متقابل – یعنی منکوب‌کردن اخلاق پزشکی با انحراف برنامه‌های بازپروری و اصلاح و درمان بزهکاران به سمت اطاعت‌پذیری مطلق آنها از هنجارهای رسمی در حد شدید نقض کنشگری آنها در انتخاب آزادانه رفتارها نیز ارائه می‌دهد.

واژگان کلیدی: اقتدارگرایی پزشکی، امنیت‌گرایی کیفری، روابط قدرت میان طب و جزاء، جامعه‌شناسی پزشکی، سیاست جنایی درمان‌مدار، کنترل اجتماعی پزشکی مدار

-شرح مختصر موضوع طرح‌نامه

اقتدارگرایی، در بافت حقوقی و خصوصاً سیاست‌گذاری حقوقی و خصوصاً سیاست‌گذاری جزایی، معرف حوزه‌ای است که در آن ایجاد توازن میان حقوق و آزادی‌های فردی از یک سو با اعمال اِراه دولت از سوی دیگر به بیشترین درجه فشار، تنش و بحران می‌رسد؛ چنانچه آزادی‌ها به شدت نقض می‌شود، کنترل اجتماعی و تحدید و حتی تهدید حق‌های مردم توسط ریزسیستم‌های دولتی (خرده‌نظام دولتی حقوقی، اقتصادی، فرهنگی، درمانی و...) سازمان‌مند و شکلی ناظم یا شافی به خود می‌گیرد، قواعد و اصول کرامت انسانی در حقوق و خصوصاً حقوق کیفری مخدوش می‌شود و حقوق انسان‌ها از معیارهای حقوق بشر تهی می‌گردد و دامنه رعایت فردی در آن به پایین‌ترین وضع خود فروکش نموده، برخی رژیم‌های سیاسی از تمام ابزارهای قهری و حتی غیرقهری (مانند ابزار سیاست‌گذاری عمومی سلامت) در مسیر تضعیف تساهل، رواداری و آزادی تنظیم-گری می‌کند.

اقتدارگرایی به معنای سیطره‌جویی، خودکامگی و تسلیم بی چون و چرا از قدرت است که منظور از آن در بافت سیاسی-روانی، ناآگاهی و ناتوانی است. در یک جامعه اقتدارگرا که اعتبارِ راستین معنایی ندارد، حد و حریم دیگران مشخص نیست و معمولاً به آن تجاوز می‌شود و دوگانه‌ی «ترس و زور» توسط خرده‌نظام‌های حقوقی، اقتصادی، پزشکی، فرهنگی و... دائماً بازتولید می‌شود تا نظم پوزویستیسی حکمرانی قهری – اگرچه حتی به راحتی در چارچوب‌های ظاهراً دموکراتیک سیاسی-بازتولید می‌شود.

چرخه اقتدار در حوزه‌های مختلف زیست اجتماعی نمودگر وجود رابطه‌ای دوسویه بین حوزه عمل پزشکی با سیاست و حقوق است. مداخلات پزشک، سیاستمدار و کنشگر حقوقی (قاضی، پلیس و...) هر سه بر مدار داعیه بهروزی انسان و بر پایه احراز خیر عمومی مشروعیت می‌یابد. شیوه فهم آدمیان هر جامعه از جهان پیرامون‌شان ارتباط انکارناپذیری با آمادگی آنها برای پذیرش

«قواعد مختلف بازی اقتدار» دارد. تاریخ درمانگری، که در شکل اولیه با پیروی از قواعد جادوگری، بلاگردانی را توانایی محسورکننده‌ی طبقه خاصی - کاهنان، اخترشناسان و... - می‌دانست و با نفی اراده بیمار در پی تفویض اختیار کامل تن و روان وی به طبیب بود، از مدرنیته به بعد، به مثابه یک دانش خودآیین، اقتدارش را به واسطه حذف و نفی قلمروهای محسوس زندگی و تضعیف عواطف و دریافت‌های شهودی و تجربه‌های زیسته و ادراکات شخصی از دال‌ها و معانی فضاها و پزشکی و تن‌گفتار پزشکان به قلمرو ناعقلانیت کسب کرده به رغم احترام به حقوق بیمار در جهات مختلف، همچنان در ساحت‌های وسیع و مهمی، پیرو سوژه خودبنیاد دیکتاری است بیمار را ابژه پنداشته، همواره مشغول بازتولید اشکال چیرگی خاموش بر بیمار است.

توزیع بیماری‌ها در میان انسان‌ها متفاوت بوده و شناخت و آگاهی نسبت به بیماری در چارچوب الگوهای فرهنگی صورت می‌گیرد. به دلیل مداخله عوامل و شرایط اجتماعی در مسیر و جریان درمان، علوم اجتماعی با پزشکی و بهداشت و درمان مشارکت می‌یابد و جامعه‌شناسی پزشکی در تعامل با حقوق و جامعه‌شناسی حقوقی واقع می‌گردد. اما «به موازات تکامل شکل‌های تازه سرمایه‌داری در بخش‌هایی از دانش و عمل پزشکی، دیگر درمان صرفاً رابطه خصوصی پزشک و بیمار باقی نماند و نظارت بر سلامتی شهروندان در معنای عام، به پارادایم پزشکی تزریق شد»^۱. مایه‌کوبی آبله، مدیریت بهداشتی کشور برای پیشگیری از طاعون و وبا، پاستوریزاسیون عمومی، واکسیناسیون به مثابه ابزار اداره سیاسی جامعه، همپای رشد فزاینده موضع‌ها و سازمان‌های پزشکی، زمینه افزایش ماهیت سیاست‌گذارانه و مدیریت‌گری اجتماعی پزشکی و پزشکان را سبب شد و رغبت زمامداران به چرخاندن گرانیگاه پزشکی از درمان به تکنولوژی جمعیت با توجیه سلامت را رقم زد. این تغییر گرانیگاه، افت «شاخص‌های ارزشیابی کیفیت نظام سلامت - از جمله مسئولیت‌پذیری، ثبات سیاسی، اثربخشی حاکمیت، حاکمیت قانون، کیفیت قانونگذاری و کنترل ملی فساد»^۲ - را رقم زد.

عمل پزشک و سیاستمدار هر دو بر مبنای خیر عمومی مشروعیت می‌یابد. هردوی اینها داعیه بهروزی نوع انسان را دارند. با توجه به این که شیوه فهم افراد از جهان پیرامون‌شان ارتباط انکارناپذیری با آمادگی آنها برای پذیرش «قواعد مختلف بازی اقتدار» دارد. از این رو، سیر تحول فهم انسان از پزشکی، بازتولید مداوم اقتدارگرایی و آزادی‌گرایی را در برهه‌های پی‌درپی و در جنگی دائمی و همزمان نشان می‌دهد.

تبیین چگونگی کاربست مفهوم اقتدار و تعیین مناسبات آن با دیگر مفاهیم از جمله حق‌ها و آزادی‌های بنیادین، زمینه تحلیل اقتدار در معناهای مضاف (اقتدارهای مضاف؛ مانند اقتدار حقوقی، اقتدار پزشکی، اقتدار سیاست‌گذاری عمومی و...) را میسر می‌کند و پرده از اقتدارگرایی‌های نادرست و ضدعنعنار در ساحت‌های گوناگونی از جمله در قلمرو سیاست‌گذاری عمومی سلامت بر می‌افکند. «اقتدارگرایی در طول سده‌های متمادی به رغم تغییرات تاریخی و گذشت زمان با برخی تغییرات ظاهری کماکان ریشه‌های عمیق خود را در ایران حفظ کرده و در قالب شبه‌اقتدارگرایی تداوم یافته است»^۳. وضع موجود حمایت حقوق از

^۱ نک: جودکی، حسین؛ رشیدیان، آرش (۱۳۸۸)، فساد در نظام سلامت: تئوری، روش‌ها و مداخلات، بیمارستان، دوره ۸، شماره ۳ و ۴.

^۲ برای نمونه، نک: مصدق‌راده، علی‌محمد؛ رحیمی‌تبار، پریسا (۱۳۹۸)، الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی، مجله علوم پزشکی رازی (دانشگاه علوم پزشکی ایران)، دوره ۲۶، شماره ۹، ص ۱۴.

^۳ موسوی، سیده لیلا؛ توسلی رکن‌آبادی، مجید (۱۳۹۵)، فرهنگ سیاسی، فردیت و بازتولید اقتدارگرایی در ایران، فصلنامه علوم سیاسی (دانشگاه آزاد اسلامی)، دوره ۱۲، شماره ۳۷، ص ۱۸۳.

سیاست‌های اغلب دولت‌ها بهانه‌ای برای اقتدار دولتی به نظر می‌رسد که در همدستی با دانش پزشکی می‌خواهد نفوذ و کنترل خود را بر زندگی مردم گسترش دهد. گسترش دخالت‌های پزشکی به حوزه‌هایی از زندگی انسان که اساساً پزشکی نیستند و یا آنقدر که گفتمان رسمی دولت ادعا می‌کند پزشکی نیستند، پدیده اقتدارگرایی پزشکی را صورت‌بندی می‌نماید؛ فردی‌سازی بیماری و بی‌توجهی به عوامل اجتماعی آن، ابزار کنترل اجتماعی و حفظ ثبات نظام سیاسی است. زیاده‌روی در قدرت‌خواهی افراد تنها با تدوین یک نظام حقوقی و ایجاد منافع برابر و متضاد در برابر قدرت‌خواهی قابل دفع است؛ پس اولین گام برای حصر اقتدارگرایی چه در دولت چه در جامعه، «حکومت قانون» است. از این رو، سیاست‌گذاری حقوقی، تیغ دولبه‌ای است که اگرچه باید به ساماندهی و تحدید اقتدارهای تخصصی و حساسی همچون اقتدار پزشکی و جرم‌انگاری رفتارهای نامشروع درمانگران علیه حقوق بیماران و دیگر مردم بپردازد اما گاه خود نیز فשל یا فاسد می‌شود و مدافع ناراستی‌های پارادایم اقتدارگرایی منحرف از حقیقت درمان و قسم بقراط طیب می‌گردد و چرخه سیاه اقتدار، در این فرض، بازتولید می‌شود.

حق بر سلامت شهروندان حق فراگیر، عام‌الشمول، انکارناپذیر و مستلزم رعایت برخی اصول حقوقی تغییرناپذیر و لازم‌الاجرا و انجام برخی اقدامات خاص از سوی دولتهاست. تحقق حق بر سلامت برای شهروندان نیازمند سیاست‌گذاری و تصویب قوانین جامع در حوزه سلامت است. این حق که در بسیاری از اسناد و معاهدات بین‌المللی و قوانین و مقررات موضوعه داخلی کشورها در سطح جهانی شناسایی و پذیرفته شده است، تعهدات و تکالیف حقوقی ویژه‌ای را برای دولت‌ها در سطح ملی و فراملی به وجود می‌آورد.^۱ هر گونه انحراف از استاندارد «بالاترین سطح ممکن خدمات پزشکی» با هر توجیه امنیتی، ایدئولوژیک، مذهبی، اقتصادی، و در هر وضعیتی حتی «وضعیت‌های استثنائی به رسمیت شناخته شده از حیث محدودیت‌های دولت‌ها» نمی‌توان حق بر سلامت و زیرحق‌های فراوان تابعه آن را نقض، مخدوش یا تحدید کند. جلب ناروای پشتوانه حقوقی برای اعمال سیاست‌های نادرست سلامت عمومی، فاقد وجاهت حقوقی و البته متأسفانه در پاندمی کووید-۱۹ رایج است. اقتدارگرایی پزشکی، یکی از قلمروهای وسیع نقض اخلاق پزشکی است.

برخی اشکال اقتدارگرایی پزشکی، در جریان حکم به درمان به مثابه یکی از جایگزین‌های حبس یا یکی از قرارهای نظارت قضایی قابل روی‌داد است. در تحمیل «کیفر» بر تابعان می‌توان بیشترین نمود مقوله «قدرت» را به نظاره نشست. قدرت در فرایندهای قضایی و سیاست کیفری هر کشوری تأثیر خود را گذاشته و همین قوانین منبعث از اراده عمومی در ابتدا به قوام قدرت منجر می‌شوند. فناوری مجازات و سازکار اعمال آن با الهام از قدرت و تأثیرپذیری از آن می‌تواند در مقام عمل، به گونه‌های متعددی بر مرتکبان اعمال گردد. قدرت از راه قانون بر تابعان تحمیل می‌شود و بروز اشکال نامطلوب آن به یقین، در نتیجه واقعیتهای زیر نام «حاکمیت از راه قانون» است. اقتدارگرایی پزشکی غیرمتمکی بر اصول حقوقی و حمایت حقوقی راستین، همچنین موجب تداول پرداخت رشوه برای تسریع فرایند یا کسب مجوز ثبت دارو و بازرسی کیفیت دارو و گواهینامه تأیید تولید مناسب دارو،^۲ اثرپذیری نتایج بازرسی از ملاحظات سیاسی، بی‌اثرکردن یافته‌های پزشکی، به‌کارگیری سوگرایانه

^۱ عباسی، بیژن؛ حیدری، مریم (۱۳۹۷)، بررسی سیاست‌گذاری و قوانین و مقررات سلامت در آمریکا، مطالعات حقوق عمومی، دوره ۴۸، شماره ۱، ص ۱۱۸.

^۲ Passard, C. (۲۰۱۳). Causes and Challenges of Healthcare Fraud in the US, *International Journal of Business and Social Science*, Vol. ۴, No. ۱۴. and: Levinson, D, R. (۲۰۱۳). "Preventing Health Care Fraud: New Tools and Approaches

مقررات بهسازی در مورد رستوران‌ها، تولیدکنندگان مواد غذایی و آرایشی و ضمانت‌اجراهای نقض آنها^۱، به‌کارگیری سوگرایانه فرایندهای اعتباربخشی، عدم رعایت موازین قانونی و پزشکی در اعطای گواهینامه‌ها و استانداردها و مجوزهای حوزه سلامت، امکان ورود داروهای تقلبی و غیر موثر از مبادی رسمی و غیررسمی به بازار^۲، اجازه‌یایی عرضه‌کنندگان طردشده و متخلف به شرکت در مناقصه‌ها و کسب یارانه دولت، افزایش مسمومیت غذایی، گسترش بیماری‌های عفونی و فعالیت مراکز درمانی کم-کیفیت^۳، عدم سهم‌دهی به غیرپزشکان (حتی متخصصان حقوق پزشکی) در کمیسیون‌های رسیدگی به تخلفات پزشکی، و ده‌ها معضل و بحران چندوجهی می‌شود.

کنکاش در پدستیابی به پاسخ این پرسش که عوامل و جلوه‌های تلاقی دو جریان «اقتدارگرایی پزشکی» و «امنیت‌گرایی کیفری» کدامند، زمینه ورد عمیق‌تر به موضوع این پژوهش را فراهم می‌آورد؛ یعنی بحث در علت‌شناسی و جلوه‌پژوهی نابسامانی‌هایی که در نظام هنجاری و کارکردی سیاستگذاری حقوقی در برخی کشورها از جمله ایران منجر به حمایت امنیت-گرایی کیفری از اقتدارگرایی پزشکی شده و بالعکس شده است.

الگوی فعلی حاکمیت نظام سلامت ایران چالش‌هایی در دستیابی به اهداف نظام سلامت ایجاد می‌کند. توسعه یک مدل یکپارچه نظام سلامت شامل الزامات و اهداف، توسعه ارتباطات بیشتر با سازمان‌های مرتبط خارج از وزارت بهداشت، تعیین اصول راهنمای تدوین قوانین و مقررات بخش سلامت، استفاده بیشتر از شواهد پژوهشی در سیاستگذاری بهداشت و درمان، تقویت رهبری، مدیریت و تولید نظام سلامت و تدوین استانداردهای جامع سیستمی برای ارزشیابی و اعتباربخشی خدمات سلامت، برای حاکمیت نظام سلامت ایران از سوی برخی پژوهش‌های^۴ پیشنهاد می‌شود.

-شرح اصطلاحات و مفاهیم ابداعی به کار رفته در موضوع

۱- اقتدارگرایی پزشکی:

اقتدارگرایی پزشکی، یک منظومه فکری-رفتاری انحراف‌یافته از رسالت اصلی پزشکی است و نوع تشدید یافته و وخامت‌یافته‌ی الگوی بیومدیکال فلسفه پزشکی است و مهم‌ترین ارزش آنها، اصل جداسازی است که بنابر آن، امور بیرون از شرایطشان و رها از ابژه‌ها و انسان‌های مرتبط با خود باید شناخته شوند. در مقابل، الگوی انسان‌باور یا انسانی، بیمار را به مثابه سوژه‌ای شکل گرفته در قالب ذهن و جسم یا تلفیقی از ذهن و جسم، یا به صورت انسان یا نفس بی‌همتایی در نظر می‌گیرند که انسان در آن، سوژه است، نه ابژه. هرچند پزشکی به معنای طبابت، مبتنی بر علم است و علم، در خوانش سنتی، عاری از ارزش است، اما از

to Combat Old Challenges." Preventing Health Care Fraud: New Tools and Approaches to Combat Old Challenges. N.p., ۲ Mar. ۲۰۱۱. Web. ۲۲ Feb. ۲۰۱۳. .

^۱ قاسمی، مجتبی [و دیگران] (۱۴۰۰)، تحلیل اقتصادی ضمانت اجراهای تخلفات صنفی (موضوع فصل هشتم قانون نظام صنفی)، پژوهشنامه بازرگانی، شماره ۹۹.

^۲ عینی، محسن (۱۴۰۰)، مبارزه کیفری در فرآورده‌های پزشکی در اسناد بین‌المللی و حقوق ایران، مجله حقوق تطبیقی، دوره ۱۲، شماره ۱.

^۳ Treglia M, Pallocci M, Passalacqua P, Sabatelli G, De Luca L, Zanolletto C, Messineo A, Quintavalle G, Cisterna AM, Marsella LT. Medico-Legal Aspects of Hospital-Acquired Infections: ۵-Years of Judgements of the Civil Court of Rome. Healthcare (Basel). ۲۰۲۲ Jul ۱۸;۱۰(۷):۱۳۳۶. doi: ۱۰.۳۳۹۰/healthcare۱۰۰۷۱۳۳۶. PMID: ۳۵۸۸۵۸۶۱; PMCID: PMC۹۳۲۲۸۰۰.

^۴ برای نمونه، نک: مصدق راد، علی‌محمد؛ رحیمی‌تبار، پریسا (۱۳۹۸)، الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: یک مطالعه تطبیقی، مجله علوم پزشکی رازی (دانشگاه علوم پزشکی ایران)، دوره ۲۶، شماره ۹.

نظر طرفداران پزشکی انسان‌باور یا انسانی، خود پزشکی به‌ویژه کار بالینی پزشکی، ساختی عاری از ارزش نیست. در واقع، پزشکی آکنده از ارزش‌های سوژکتیویته است و محور اخلاقی دارد.

چرخه اقتدار در حوزه‌های مختلف زیست اجتماعی نمودگر وجود رابطه‌ای دوسویه بین حوزه عمل پزشکی با سیاست و حقوق است. مداخلات پزشک، سیاستمدار و کنشگر حقوقی (قاضی، پلیس و...) هر سه بر مدار داعیه بهروزی انسان و بر پایه احراز خیر عمومی مشروعیت می‌یابد. شیوه فهم آدمیان هر جامعه از جهان پیرامون‌شان ارتباط انکارناپذیری با آمادگی آنها برای پذیرش «قواعد مختلف بازی اقتدار» دارد. تاریخ درمانگری، که در شکل اولیه با پیروی از قواعد جادوگری، بلاگردانی را توانایی محسورکننده‌ی طبقه خاصی - کاهنان، اخترشناسان و... - می‌دانست و با نفی اراده بیمار در پی تفویض اختیار کامل تن و روان وی به طبیب بود، از مدرنیته به بعد، به مثابه یک دانش خودآیین، اقتدارش را به واسطه حذف و نفی قلمروهای محسوس زندگی و تضعیف عواطف و دریافت‌های شهودی و تجربه‌های زیسته و ادراکات شخصی از دال‌ها و معانی فضاها، پزشکی و تن گفتار پزشکان به قلمرو ناعقلانیت کسب کرده به رغم احترام به حقوق بیمار در جهات مختلف، همچنان در ساحت‌های وسیع و مهمی، پیرو سوژه خودبنیاد دکارتی است بیمار را ابژه پنداشته، همواره مشغول بازتولید اشکال چیرگی خاموش بر بیمار است. اقتدارگرایی پزشکی، با تلقی مکانیکی از بدن انسان، تأکید بر امر عینی و مشاهده‌پذیر و سپس محاسبات آماری و عملیات آزمایشگاهی امکاناتی را برای اقتدار در اختیار پزشک قرار می‌دهد.^۱ به دیگر سخن، این شکل از دانش پزشکی با یک گسترش تدریجی جایگاه و وظیفه پزشک را از مسئولیت درمان بیماری‌های موجود بین افراد حقیقی به نظارت بر سلامتی شهروندان به مفهوم عام تغییر داد. در دوران جدید، سازمان‌های متصدی بهداشت و سلامتی نیز از جمله حاملان مهم این شکل تازه از دانش به حساب می‌آیند. در سطح کلان، دانش پزشکی در جامعه مدرن بیش از آن که در خدمت سلامتی افراد جامعه باشد، در یک چرخش سیاسی، به ابزاری برای بهینه‌سازی فرایندهای تولید مادی بدل شده است. بمباران کردن افراد با پیام‌های بهداشتی - که در سه سال اخیر در همه‌گیری کووید-۱۹ شاهد بودیم - و نهادینه کردن اضطراب بیماری در ذهن افراد جامعه نشان می‌دهد که «پزشکی پیشگیری» در ابتدای تأسیس شدنش معطوف به همان هدفی بوده است که پلیس دنبال می‌کرده و می‌کند؛ هردوی اینها بیماری را به مثابه مانع و نقطه اختلالی در هماهنگی و کارآمدی در مناسبات اجتماعی تعریف می‌کنند و چیزی که با حذف آن، عملکرد مجموعه ارتقا می‌یابد.

تقدم مبانی هستی‌شناختی دولت بر سیاست‌های سلامت، سبب می‌شود که حکمران سیاسی، با کنشگری محدود اما کارگزارمحور در رویارویی با همه‌گیری‌ها، تحت تأثیر پارادایم‌های فلسفی، مفهوم سلامت جوامع انسانی را در چارچوب‌های معنایی متفاوتی به کار ببرد. اهمیت تأثیر زیربنای پارادایمی سیاستگذاران سلامت به این سبب است که تأثیر مستقیمی بر الگوهای حکمرانی مربوط به سلامت بشر در برابر همه‌گیری کووید-۱۹ داشته است. «محدودیت‌های غیراقتصادی» و «کنترل غیرمشارکتی شهروندان» نمودهایی از هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری و سوءاستفاده این دو از هم را بروز داده است.

^۱ صالحی، علیرضا (۱۳۹۸)، *اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرپهمی*، تهران: نشر آگاه، ص ۷۰.

مجازات فناوری به‌غایت پیچیده‌ی مطیع‌کردن است. واکنش کیفری نه مطلقاً یک عکس‌العمل ناخودآگاه برای حراست از ارزش‌های اجتماعی که یک رفتار محاسبه‌شده برای وادارکردن شهروندان به تبعیت در برابر قدرت اعمال‌کننده‌ی آن است. «این اجبار به پیروی به تناسب اشکال مختلف اعمال اقتدار گاه از طریق خشونت و گاه از طریق روش‌های پیچیده‌ی ساختن و پرداختن حاصل می‌گردد. به واسطه‌ی ارتباط ناگسستنی میان قدرت و مجازات، تغییر در چهره‌ی قدرت موجب دگرگونی در شیوه‌های اعمال آن و از جمله الگوهای کیفرگذاری می‌گردد»^۱. به همین منوال و در همین افق دید، هم‌نواپی نامیمون اقتدارگرایی پزشکی با امنیت‌گرایی کیفری – چه در بزنگاه‌هایی از سیاست جنایی یک کشور که امنیت‌گرایی کیفری غالب شده و از نظام سلامت، باج‌خواهی یا جلب مشارکت اقتدارگرایانه می‌طلبد، و چه در برهه‌هایی که اقتضائات خاص مدیریت بحران سلامت عمومی نیازمند پشتوانه کیفری برای اجرای قهری برنامه‌های قرنطینه و محدودسازی آزادی‌ها با توجیهات کنترل همه-گیری‌های خطرناک و بلایای زیستی عالم‌گیر باشند – موضوع مطالعه رفتار نظام سیاستگذاری جنایی است.

احکام حداقلی اجباری، احکام نامعین. حکم به حبس برای صیانت از عموم، همراه با تدابیر محرومیت و فعالیت جامعه‌محور (حبس خانگی، خدمات عمومی رایگان، نظارت الکترونیکی، درمان اعتیاد به الکل و مواد مخدر و دیگر بیماری‌های جرم‌زا، «ترتیبات حفاظ عمومی چندنهادی»^۲ و اغلب دیگر تأسیسات کیفری ظاهراً ارفاقی) هر کدام تحت تأثیر اصول ناتوان‌سازی، مدیریت و کنترل ریسک هستند. از این رو، جایگزین‌های حبس ممکن است به‌عنوان جایگزین به‌کار نروند، بلکه برای ایجاد کنترل اجتماعی بیشتر و مداخله‌جویانه‌تر (اگرچه پنهان) استفاده شوند. بی‌شک، مشکوک‌بودن به جایگزین‌های زندان، قابل درک است و تناظر مکرر اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در سیاستگذاری جنایی و سیاستگذاری سلامت، این نگرانی را دوچندان می‌کند.

در سیاست جنایی انگلوامریکن، مجازات متناوباً و تقریباً دائماً توانسته است آزادی نامحدود خود را جشن بگیرد و از عدالت مطلق کلاسیک تا نئولیبرالیسم معطوف به «تحمل صفر»^۳ بر پایه پارادایم موسوم به «عدالت استحقاقی»^۴ و «مدیریت ریسک جرم»^۵ و چرخش سیاست‌های اربعی «مبارزه با جرم»^۶ بر سیاست‌های متعدل «کنترل جرم»^۷، آب در هاون بر طرد و ارباب بزهکار می‌کوبد. مجدداً یادآور می‌شود این، همه‌ی ساحت‌های عدالت کیفری انگلوامریکن نیست و همانا تدابیر ارفاقی، ترمیمی و درمانی بسیار مثبتی هم دهه‌هاست در آن دیارها منشأ توفیقاتی شده است. صرفاً از منظر تبانی اقتدارگرایی پزشکی با امنیت-گرایی کیفری، موضع مذکور در قبال سیاست جنایی کشورهای انگلوامریکن ابراز شد.

^۱ جوان جعفری بجنوردی، عبدالرضا؛ ساداتی، سیدمحمدجواد (۱۳۹۴)، مفهوم قدرت در جامعه‌شناسی کیفری، فصلنامه پژوهش حقوق کیفری، دوره ۳، شماره ۱۱، ص ۹.

^۲ Multi-Agency Public Protection Arrangements

^۳ Zero Tolerance

^۴ Just Deserts

^۵ Crime Risk Management

^۶ Crime Attack

^۷ Crime Control

۲- امنیت‌گرایی کیفری:

راهبرد سیاست جنایی ریسک‌مدار، راهبرد سیاست جنایی نئوکلاسیک نوین، راهبرد حقوق کیفری دشمنان^۱، راهبرد سیاست جنایی امنیت‌گرا با جلوه‌هایش به شکل «قانون و نظم»، «هیچ چیز عمل نمی‌کند»^۲، «تحمل صفر»^۳، «پنجره‌های شکسته»^۴، «قوانین سه ضربه» و «پادگان‌های آموزشی- تربیتی»^۵، نمودهای اقتدارگرایی کیفری در برخی نظام‌های سیاست جنایی - به-ویژه سیاست جنایی کشورهای غربی به رغم ادعاهای لیبرالیستی - است.

در پارادایم سیاست کیفری سختگیرانه، با تأکید بر ضرورت خنثی‌سازی و سلب توان بزهکاری مجرمان خطرناک و مجرمان شاید خطرناک، فرض بر آن است که می‌توان نسبت به کاهش نرخ کلی بزهکاری امیدوار بود و در نتیجه با حذف برخی بزهکاران از جامعه و نگهداری آنان در زندان‌های امنیتی و تبعیدگاه‌های دوردست و مخوف، سهم عمده آنان در بزهکاری را کاهش داده، نرخ کلی جرایم را به نحو قابل توجهی پایین آورد. اکنون، سیاست سلب توان بزهکاری از طریق «راهبرد سه ضربه و سپس اخراج» از دو دهه پیش تاکنون، به عنوان سیاست کیفری غالب، سراسر آمریکا را فراگرفته است. مشابه چنین سیاست سخت‌گیرانه‌ای پیش از آن نیز در آمریکا اتخاذ شده بود. تأسیس پادگان‌های آموزشی- تربیتی، حذف یا محدود کردن قلمرو نظام اختیاری صدور حکم به مجازات و غیره، در همین راستا بود^۶. این سیاست با توجه به تمایل عمومی به استفاده از مجازات‌های شدیدتر علیه بزهکاران مرتکب جرایم خشونت‌بار و مرتکبان تکرار جرم و نیز با توجه به فعالیت رسانه‌های جمعی که گاه توأم با القای غلوآمیز ترس از جرم در مردم بود، به زودی فراگیر شد. مبانی نظری این پارادایم، ریشه در نظریه بازدارندگی مجازات‌ها دارد^۷. فرضیه اساسی این سیاست آن است که بازدارندگی عمومی از طریق اعمال مجازات سریع، قطعی و شدید به نحو بی‌بهره از تأسیسات ارفاقی حقوق جزا نظیر آزادی مشروط، نسبت به بزهکاران مکرر حاصل می‌شود و بدین وسیله از امکان ارتکاب جرایم دیگر کاسته می‌شود^۸. طرفداران سیاست سه ضربه و بنیان‌گذاران آن پیش‌بینی می‌کردند که قوانین سخت‌گیرانه موصوف، بر شدت نرخ جرایم خطر و جنایی مؤثر خواهد بود و از وقوع آن خواهد کاست. در حالی که تحقیقات دیگری نشان داده که هیچ دلیل و مدرکی وجود ندارد که ثابت کند علت کاهش نرخ بزهکاری اجرای سیاست سه ضربه بوده

^۱ برای مطالعه تفصیلی، ر.ک. به: صدر توحیدخانه، محمد (۱۳۸۸)، حقوق در چنبره «دشمن»؛ از سیاست آمریکایی «جنگ با ترور» تا نظریه آلمانی «حقوق کیفری دشمنان»، در: تازه‌های علوم جنایی (مجموعه مقالات)، تهران: نشر میزان.

^۲ Nothing Works.

^۳ Zero Tolerance.

^۴ Broken Windows.

^۵ برای مطالعه تفصیلی، ر.ک. به: غلامی، حسین (۱۳۸۸)، راهبرد تأسیس پادگان‌های آموزشی- تربیتی، در: تازه‌های علوم جنایی (مجموعه مقالات)، تهران: نشر میزان.

^۶ Surette, Ray (۱۹۹۶). News from Nowhere, Policy to Follow: Media: Media and the Social Construction of Three Strikes and You're Out, in: David Shichor and Dale. KSechrestleds, Three Strikes and You're Out: Vengeance as Public Policy, Thousands Oaks, Ca: Sage Publications.

^۷ ر.ک. به: محمودی جانکی، فیروز و سارا آقایی (۱۳۸۷)، بررسی نظریه بازدارندگی مجازات، فصلنامه حقوق دانشگاه تهران، دوره ۴، شماره ۶.

^۸ Lott. John & David, B. Mustard (۱۹۹۷). Crime, Deterrence, and Right to Carry Concealed Weapons, Journal of Legal Studies, No. ۲۶.

است.^۱ آنها چنین کاهشی را نتیجه تأثیر عوامل دیگر، از جمله کاهش نرخ بیکاری، گذار هرم جمعیتی به سمت بزرگسالی به ویژه در مناطق شهری، کاهش استفاده از سلاح گرم و کساد بازار کوکائین می‌دانند.^۲ مخالفان سیاست کیفری سخت‌گیرانه‌ی سه ضربه همچنین اضافه می‌کنند که هر گونه تأثیر احتمالی این سیاست باید در قالب مفهوم بازدارندگی احراز شود و نه سلب توان بزهکاری؛ زیرا بزهکارانی که محکوم به چنین مجازات‌هایی شده‌اند، از زمان تصویب قانون، تاکنون در زندان بوده و هستند. برخی از دیگر مخالفان این سیاست کیفری سخت‌گیرانه، نشان داده‌اند که نرخ کمی و کیفی رشد جرم درآیالت‌هایی که اجرای قوانین سه ضربه را تصویب و اجرا نکرده‌اند نیز مشابه آیالت‌های مجری این سیاست کیفری، سیر نزولی داشته و پس این سیاست، عامل کاهش بزه نبوده است.^۳ دیگر چالش مطرح در قبال قوانین سه ضربه، آن است که برخلاف مبانی توجیهی این سیاست کیفری خاص، محکومان عمده قوانین سه ضربه، نه بزهکاران حرفه‌ای یا خشن، بلکه بزهکاران مکرری هستند که مرتکب جرایم عادی شده‌اند. ضمن این که هزینه‌های اجرای طرح هرگز توجیه مالی نیافت و اتفاقاً تورم جمعیت کیفری و ایرادهای جرم‌شناختی ناظر بر مجازات حبس مجدداً مطرح‌اند.^۴

جلوه دیگری از گذار سیاست جنایی آزادی‌گرا به سیاست جنایی امنیت‌گرا در آمریکا، تصویب «قانون میهن‌پرستی»^۵ بود. این قانون که با هدف ایجاد تغییرات بنیادین در جهت نظارت، مبارزه با تروریسم و برقراری امنیت، طرح‌ریزی و تصویب شده بود، موجب بروز نگرانی‌های جدی در زمینه آزادی‌های مدنی، به دلیل افراط در به‌کارگیری نظارت، جستجوی سوابق و داده‌ها و به‌کارگیری آنها گشت. صرف‌نظر از علت و منشأ تصویب این قانون ظرف چند هفته پس از حملات یازده سپتامبر ۲۰۰۱، در عمل موجب افزایش چشمگیر اختیارات و قدرت دولت، در راستای انجام تحقیقات ضد تروریسم شد.^۶

استفاده کنونی از قدرت بر کیفر (قدرت مجازات‌گری، توان کیفردهی) آنگاه که نقض اساسی و شدید به حقوق بشر وارد می‌کند؛ هنگامی که انسانیت‌زدادگی زرادخانه کیفری به اغلب رویه‌ها و روال‌های رسمی و غیررسمی نظام جزایی – که کنش‌های مشترکی با نظام سلامت دارد و این دو نظام، از یکدیگر بهره‌های ابزارگرایانه‌ی زیادی می‌برند – سرایت می‌یابد؛ هنگامی که درد و رنج آن از حد دردهای تحمل‌ناپذیر فراتر می‌روند؛ یا به این دلیل که اساساً این ابزار به شکل اشتباه، با قصد سوءاستفاده و به‌طور نامناسب در مورد گروه‌های خاصی از آسیب‌ها و متخلفان به‌کار می‌رود، باید غیرقانونی تلقی شود.

جایگاه و عملکرد زندان در یک «جامعه نظارتی» کلی‌تر، زمانی روشن‌تر می‌شود که به شبکه گسترده اقدامات مربوط به هنجارسازی در جامعه مدرن توجه کنیم؛ توجه به این که «چگونه مرزهای بین مجازات قضایی و سایر نهادهای زندگی اجتماعی، همچون مدرسه، خانواده، کارگاه‌ها و نهادهای مربوط به رفاه اجتماعی، به‌گونه‌ای فزاینده، به‌واسطه رشد و پیشرفت

^۱. Beres, Linda S. and Thomas D. Griffith, (۱۹۹۸). Did the Three Strikes Cause the Recent Drop in California Crime? An Analysis of the California Attorney General report, Loyola of Los Angeles Law Review, No. ۳.

^۲. به نقل از: غلامی، حسین (۱۳۸۸)، سیاست کیفری سلب توان بزهکاری، تحقیقات حقوقی، شماره ۵۰، ص ۵۱۶.

^۳. Krikarian, Greg (۱۹۹۷). Study Challenges; Effect of ۳ Strikes Law, Los Angeles Times, March ۷.

^۴. Austin, James & Others (۲۰۰۱). Three Strikes and You're Out, U.S National Institute of Justice, Office of Justice Programs.

^۵. USA Patriot Act (Using and Strengthening America "by" Providing Appropriate Tools Required "to" Intercept "and" Obstruct Terrorism

^۶. ر.ک. به: محسنی، فرید (۱۳۹۱)، تحولات کیفری در قانون میهن‌پرستی آمریکا، دیدگاه‌های حقوق قضایی، شماره ۶۰، ص ۱۷۹.

روش‌های تأدیبی مشابه در تمام آنها و نقل و انتقال‌های مکرری که از نهادی به نهاد دیگر صورت می‌گیرد، دچار ابهام می‌شوند؛^۱ گویی نوعی زنجیره حبس وجود دارد که کل بدنه جامعه را پوشش می‌دهد و به نگرانی فراگیر شناسایی انحراف، نابهنجاری‌ها و انحراف‌ها از هنجارهای مربوطه در ارتباط است. فرایند مجازات، در این چارچوب کلی، اساساً متفاوت از آموزش یا درمان نیست و به نظر صرفاً به عنوان الحاقی بر این اقدامات کمتر قهری عرضه می‌شود و این پیامد را به همراه دارد که محدودیت‌های حقوقی که زمانی توان مجازات را محدود می‌کردند - آن را به جرایم معین محدود می‌ساختند، مدت آن را تعیین می‌کردند، حقوق متهمان را تضمین می‌کردند و غیره - به نظر، از میان رفته‌اند.

۳- کنترل اجتماعی:

کنترل آسیب‌های اجتماعی به شیوه مثبت باید از طریق مجموعه بسیار گسترده‌ای از اقدامات غیر کیفری صورت گیرد که ضمن توانمند کردن اشخاص و اجتماعات از ضرورت توسل به کیفر و نهادهای کیفری کاسته زمینه توسعه عدالت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را به جای عدالت کیفری فراهم می‌کند.

تعریف کنترل اجتماعی اولین بار توسط *دوارد راس*^۲ در سال ۱۹۰۱ ارائه شد. *فرمول راس*^۳ یک رویکرد روانشناختی اجتماعی را به منظور تولید و بازتولید نظم اجتماعی ارائه کرد. کنترل اجتماعی یکی از مفاهیم کلیدی در قاموس علوم اجتماعی و سیاسی است.^۴ این مفهوم در بسیاری از رشته‌ها و زمینه‌ها از جمله «نظام آموزشی-مهارتی» (ویلیس: ۱۹۷۷)،^۵ «دولت رفاه» (گاف: ۱۹۷۹؛/ف: ۱۹۸۴)، روانپزشکی و روان درمانی (مونته‌گومری: ۲۰۰۹)^۶ و مشخصاً کنترل جرم (گارلند، ۲۰۰۱)^۷ یافت می‌شود. از نظر مفهومی، مرکزیت کنترل اجتماعی از رابطه‌ی نزدیکی با نظم اجتماعی ناشی می‌شود.

کنترل اجتماعی به مکانیسم‌های هدفمندی اشاره دارد که به منظور قانونمندسازی افرادی که توسط دیگران به عنوان «منحرف»^۸، «مجرم»^۹، «نگران‌کننده»^{۱۰} یا «مشکل‌ساز»^{۱۱} شناخته می‌شوند، به کار می‌روند. با گذشت زمان، روش‌های درک

^۱ گارلند، دیوید (۱۳۹۹)، «چشم‌اندازهایی جامعه‌شناختی در مورد مجازات»، در: موسوی مجاب، سید درید؛ مهدب، مریم (۱۳۹۹)، *جستارهایی در جامعه‌شناسی کیفری*، تهران: مرکز مطبوعات و انتشارات قوه قضائیه، ص ۵۳.

^۲ Edward Ross

^۳ Formol Ross

^۴ اینز، مارتین (۱۳۹۶)، *درک کنترل اجتماعی؛ انحراف، جرم و نظم اجتماعی*، تهران: بنیاد حقوقی میزان، ص ۱۹.

^۵ William, P. (۱۹۷۷). *Learning to Labor: How to Class Kids get Working Class Jobs*. Farnborough: Saxon House.

^۶ Gough, I. (۱۹۷۹). *The Political Economy of Welfare State*, London: McMillan.

^۷ Offe, C. (۱۹۸۴). *Contradictions of the Welfare State*, London: Hutchison.

^۸ Montgomery, J. (۲۰۰۷). 'Medicalizing Crime—Criminalizing Health? The Role of Law', in Charles A. Erin, and Suzanne Ost (eds), *The Criminal Justice System and Health Care*. Oxford Academic Encyclopedia, in: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199228294.003.0015>

^۹ گارلند، دیوید (۱۳۹۷)، *فرهنگ کنترل، جرم و نظم اجتماعی در جامعه معاصر*، ترجمه حمیدرضا ملک‌محمدی، چاپ اول، تهران: بنیاد حقوقی میزان.

^{۱۰} Deviant

^{۱۱} Criminal

^{۱۲} Worrying

و پاسخ به رفتارهای مشکل ساز اجتماعی که به طور متفاوت در فرهنگ‌های مختلف درک و پاسخ داده می‌شوند، تغییر می‌یابد. علت مشکلات ممکن است به جرم و بزه کاری، فساد، شرارت، انحراف و یا ترکیبی از آنها نسبت داده شود. همین طور مکانیسم استفاده شده برای دستیابی به کنترل می‌تواند شامل اشکال مختلف مجازات درمان بازدارندگی، جداسازی یا پیشگیری باشد. زندگی عمومی و خصوصی ما به طور فزاینده‌ای در معرض طیف وسیعی از کنترل‌های رسمی و غیر رسمی قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، در حالی که بسیاری از افراد تحت اشکال مختلفی از درمان قرار می‌گیرند تا به اعتقاد خود «شخصیت معیوب» خویش را اصلاح کنند تعاملات اجتماعی ما به طور چشمگیری زیر نگاه سیستم‌های نظارتی دوربین‌های مدار بسته انجام می‌شود. کوهن (۱۹۸۵)^۲ دو نوع کنترل «سختگیرانه» و «نرم» را از یکدیگر متمایز می‌کند. کنترل سختگیرانه کنترلی است که نوعی از اجبار در آن وجود دارد. در مقابل کنترل نرم مستلزم استفاده از اشکال روان‌شناسانه و درمانی اقناع و مداخله است که هدف آن مقابله با انواع ناهنجاری‌ها بدون توسل به روش‌های اجباری است که در سیستم کنترل اجتماعی رسمی وجود دارد. در کنترل کیفی رفتار خاصی ممنوع می‌شود و اجرای این ممنوعیت مستلزم این است که تمام افراد گروه گناهکاری یا بی‌گناهی متهم را تعیین کنند. در کنترل غرامتی ابتکار عمل در دست شخص متهم است که ادعا می‌کند توسط شخص دیگری تحت فشار قرار گرفته است، در حالی که این دو نوع کنترل اجتماعی هستند، روش‌های درمانی و صلح‌آمیز بر ترمیم و اصلاح تأکید دارند. در روش درمانی تشخیص داده می‌شود که کدام روش درمانی به منظور بهبود شخصیت به کار می‌رود. البته این الفاظ و تقسیم‌بندی‌های واژگانی، ظاهر ماجراست و آنچنان که در این پژوهش و تحقیقات مبتنی بر آن بحث شده است، کنترل‌های کیفی گاهی در ظاهر اقدامات درمانی جلوه‌گر می‌شوند و اقدامات بهداشتی و ظاهراً بی‌ربط به دستگاه سیاستگذاری جنایی، گاهی صرفاً روبنا اند و به محض رخداد کمترین تخطی، دست پولادین حقوق کیفی از زیر دستکش مخملین پزشکی بیرون می‌جهد و به قلع و قمع متخلفان از الزامات پزشکی همت می‌گمارد.

درک جدیدی از ماهیت تولید و استفاده از کنترل اجتماعی در تحلیل‌های کارکردگرایانه پیرامون آسیب‌های اجتماعی و راهبردهای دولت‌ها در قبال آنها مطرح شده است. بر اساس مفاهیم اصلی آثار دورکیم، کنترل بر اساس یک نظم قانونی مشترک صورت گرفته و از طریق رسوم و حضور مؤسسات اجتماعی حفظ و بازتولید می‌شود. مفهوم کنترل هنجاری که یکی از جنبه‌های اصلی آثار دورکیم است تا حد زیادی مدیون تالکوت پارسونز (۱۹۴۹) است که با مطالعه‌ی اصول دورکیم در کتاب‌های «خودکشی» و «تقسیم کار» در جامعه که به آنها اشاره کرده است، علت بی‌قاعدگی ناهنجاری‌ها را بیان نموده است. در تداوم مرور تحولات نظری مفهوم کنترل اجتماعی، اینک یادآوری «پراکندگی انضباط در پساساختارگرایی» ضرورت دارد. توضیح آنکه، چیزی که باعث تفکیک نظریه‌های پساساختارگرایی از نظریه‌های رادیکالی می‌شود مفهوم ماهیت قدرت است. در حالی که مفاهیم و تئوری‌های کنترل اجتماعی که از افکار مارکس سرچشمه گرفته‌اند قدرت را کاملاً در اختیار حکومت و دارندگان وسایل و امکانات اجرای قدرت به «روش از بالا به پایین» می‌دانند، پساساختارگرایان قائل به پراکندگی قدرت در

^۱ Troublesome

^۲ کوهن، بروس (۱۴۰۱)، مبانی جامعه‌شناسی، ترجمه غلام‌عباس توسلی و رضا فاضل، چاپ سی‌وششم، تهران: سمت.

جامعه هستند.^۱ در این تلقی، میشل فوکو ضمن تلاش برای حل مشکلاتی که با مفهوم کنترل اجتماعی ارتباط دارند به ندرت از اصطلاح قدرت استفاده می‌کند. در عوض، او در آثارش به منظور درک ابعاد مختلف قدرت و استفاده از قدرت در موقعیت‌های مختلف از مفاهیمی مانند «انضباط»^۲، «نظارت»^۳، «راهبرد پان اپتیک»^۴ و «حکومت‌گرایی»^۵ استفاده می‌کند.

کانراد (۱۹۹۲)^۶ پنج گونه‌ی اولیه از کنترل اجتماعی پزشکی را شناسایی می‌کند اولین آن از طریق ایدئولوژیکی است، جایی که یک الگوی پزشکی، به دلیل منافع اجتماعی و ایدئولوژیکی که انجام آن در پی خواهد داشت برای مشکلی به کار گرفته می‌شود دومین آن همکارانه بودن است. وقتی که شاغلان حرفه‌ی پزشکی به عنوان تأمین‌کنندگان آگاهی، نگهبانان یا کارشناسان برای سایر نمایندگان کنترل اجتماعی با تجویز دارو، انجام جراحی و تدارک شکل‌هایی از غربالگری عمل می‌کنند. سومین شکل از کنترل اجتماعی پزشکی فنی تصویب می‌شود. متخصصان با کارکردن در زمینه‌های مربوط به سلامتی، به طور مکرر عملکردی نظارتی را فراهم می‌کنند، که شرایط یا رفتارهای خاصی از طریق «نگاه پزشکی»^۷ درک می‌شوند. در نهایت شکلی بازتابی از «خودکنترلی حرفه‌ای»^۸ وجود دارد که مجامع حرفه‌ای پزشکی، در جستجوی اعمال کنترل بر فعالیت‌های اعضایشان هستند.

اینکه روش‌های قدیمی کنترل اجتماعی با روش‌های جدید جایگزین شده است اتفاق ساده‌ای نیست، بلکه ازدیادی در موقعیت‌های کنترل وجود داشته است که تعداد زیادی از سازمان‌ها و ارگان‌های دولتی و خصوصی در کار کنترل درگیر هستند و نیز این موقعیت آنچنان در حال افزایش است که این کنترل‌ها به عنوان عملکرد محیط و سازمانی اجتماعی طراحی و رسمی می‌شوند و هدفی روشن برای کار انجام شده‌ای هستند که قبلاً معمولاً پنهانی انجام می‌گرفته است. مسلماً بخش‌های بسیار مهمی از این نوآوری‌ها تأکید بسیاری بر مدیریت ریسک و ایجاد مباحثه در زمینه‌ی کنترل آماری داشته است.

در مطالعه سیر تغییر مفهوم قدرت، اشکال کنترل و تحول دال‌های مرکزی گفتمان سوژه و استیلا، به منطقی بسیار پیشگویانه برمی‌خوریم که به دنبال پیش‌بینی وقوع انحرافی است قبل از آنکه اتفاق می‌افتد. یعنی شیوه‌ای عمیقاً متفاوت برای هدایت کنترل را به وجود می‌آورد که مقدمه‌ای بر شیوه‌ی جدیدی از کنترل است و همزمان به عنوان عامل اصلاحات در دیگر شیوه‌های ایجاد شده به کار گرفته می‌شود. به‌طور کلی آنچه اتفاق می‌افتد مرز میان منابع مختلف و انواع کنترل نامشخص می‌گردد و در نتیجه طیفی از شکل‌های مختلف و تکنولوژی‌های کنترل اجتماعی به طور فزاینده‌ای با یکدیگر درهم می‌آمیزند.

^۱ اینز، مارتین (۱۳۹۶)، درک کنترل اجتماعی؛ انحراف، جرم و نظم اجتماعی، تهران: بنیاد حقوقی میزان، ص ۵۹.

^۲ order

^۳ supervision

^۴ Panopticon strategy

^۵ Governmentality

^۶ Conrad, P. (۱۹۹۲). Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology*, No. ۱۸, ۲۰۹-۲۳۲.

^۷ Medical gaze

^۸ Professional self-control

زندان‌ها دیگر به عنوان وسیله‌ای برای «منضبط کردن»^۱ یا «به‌هنجار کردن»^۲ افراد توجیه نمی‌شوند، بلکه زندان‌ها برای مدیریت پیامدهای ناامنی اجتماعی، دستمزدهای اندک و نابرابر طبقاتی شده، و کنترل جمعیت‌های متمرکز به‌استضعاف کشیده شده از سیاست‌های نئولیبرالیستی استفاده می‌شوند.

– گزارش فرایند تکوین، تطور و تکامل موضوع

«دانش پزشکی در شکل‌های اولیه آن، از قواعد جادوگری تبعیت می‌کرد. در کنار خواندن اوراد جادویی و فال‌گیری می‌توان بلاگردانی را نیز یادآور شد که در آن جادوگر بیماری را از بیمار به جاندار دیگری مانند یک حیوان منتقل می‌کند تا بیمار به زندگی عادی خود ادامه دهد»^۳. نتیجه چنین انگاره‌ای، اعطای یک آزادی عمل بی‌انتهای برای درمانگر است؛ هر عملی که او انجام دهد، حتی اگر به تشدید ناراحتی بیمار منتهی شود، بخشی از یک روح عظیم آسمانی است و بنابراین توجیهی برای آن وجود دارد. از این رو، دانش پزشکی که تحت تاثیر باورهای اسطوره‌ای شکل می‌گرفت، زمانی قادر به شکل‌دادن به اقتدار قهری بود که جهان‌بینی اسطوره‌ای و مبتنی بر تداعی‌ها در دیگر حوزه‌های زندگی جمعی نیز نفوذ داشت.

در ادامه، با ورود به عصر روشنگری و اهمیت‌یافتن عقلانیت و تخصص، تقلیل جایگاه اجتماعی پزشک از جایگاه اراده‌ی خدایان به جایگاه فرد عادی صاحب مهارت را پژوهشگران به عنوان «اولین عامل محدود شدن اقتدار پزشکی برخاسته از دانش منطقی» ذکر کرده‌اند^۴. البته این شکل از دانش پزشکی با تقلی مکانیکی از بدن انسان، تاکید بر امر عینی و مشاهده‌پذیر و پس محاسبات آماری و عملیات آزمایشگاهی امکاناتی را برای اقتدار در اختیار پزشک قرار می‌دهد. کاربرد سیاسی دانش پزشکی، شکلی از دانش پزشکی را عرضه داشت که با یک گسترش تدریجی، جایگاه و وظیفه پزشک را از مسئولیت درمان بیماری‌های موجود بین افراد حقیقی، به نظارت بر سلامتی شهروندان به مفهوم عام تغییر داد. در دوران جدید، سازمان‌های متصدی بهداشت و سلامتی نیز از جمله حاملان مهم این شکل از دانش تازه به حساب می‌آیند. دانش پزشکی در جامعه مدرن بیش از آن که در خدمت سلامتی افراد جامعه باشد، در یک چرخش سیاسی، به ابزاری برای بهینه‌سازی فرایندهای تولید مادی بدل شده است. بمباران کردن افراد جامعه با پیام‌های بهداشتی و نهادینه کردن اضطراب بیماری در ذهن افراد جامعه در واقع هدف مهمی را دنبال می‌کند. بیمار در این نگرش، یک «نمونه» است؛ یکی از بی‌شمار افرادی که ممکن است به این یا آن بیماری مبتلا شده باشد. این رویکرد، زمانی که در مورد یک جمعیت اتخاذ شود، سیاست‌های بهداشتی را می‌سازد. این در واقع، همان پدیده‌ای است که میشل فوکو به آن «تکنولوژی جمعیت»^۵ می‌گفت. در این انگاره، نظام حقوقی تا زمانی که پزشک با رضایت

^۱ Disciplining

^۲ Normalising

^۳ صالحی، علیرضا (۱۳۹۸)، *اقتدار پزشکی: از خشونت تا دگرفهمی*، تهران: آگاه، ص ۱۰۶.

^۴ محسنی، منوچهر (۱۳۸۸)، *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: طهوری، ص ۹۲.

^۵ فوکو، میشل (۱۳۹۰)، *پیدایش کلینیک، دیرینه‌شناسی ادراک پزشکی*، ترجمه‌ی یحیی امامی، چ ۲، تهران: نقش و نگار، ص ۱۰۹.

بیمار و بر اساس منشور اخلاق حرفه‌ای عمل کرده باشد، به همان ترتیبی که مانع اقتدار قهری و اقتدار پزشکی می‌شود، پشتیبان شکل تازه‌ای از اقتدار است که پزشک به آن نیاز دارد.

پیشینه چاره‌جویی حکمرانان بر مدیریت سلامت عمومی، به درازای نامعلومی از تاریخ چند هزار سال قبل بازمی‌گردد، که تمدن‌های ایران، چین، روم و مصر بارها با شیوع بیماری‌های واگیر و کشنده و آسیب اساسی به جمعیت انسانی مواجه شدند. این طرح پژوهشی، مجال و هدف مرور تاریخ بیماری‌های جامعه‌برافکن و مدیریت سلامت عمومی در بحران‌های ایمنی زیستی گسترده را ندارد. با این حال، اجمالاً مرور می‌گردد که از جمله درس‌های بزرگی که بشر در مواجهه بیماری‌های همه‌گیر طول تاریخ تجربه کرده است، می‌توان به طاعون بزرگ؛ تولد جامعه مدرن (۱۳۰۰ میلادی)، آبله؛ مطبوعات آزاد (پس از ۱۹۸۰ میلادی)، سارس؛ رشد تجارت الکترونیکی (۲۰۰۳ میلادی) و اکنون کووید-۱۹ اشاره کرد.

اما در ایران اجمالاً می‌توان گفت سال‌های ۱۳۰۶ تا ۱۳۴۴ قمری (۱۸۸۹ تا ۱۹۲۶ میلادی) سال‌های بیماری‌های فراگیر در ایران نامیده شده‌اند. افزایش بیماری‌های همه‌گیر در سده نوزدهم میلادی، با افزایش نارضایتی عمومی از عملکرد حکومت، موجب آگاهی سیاسی در ایران شد. در فاصله سال‌های ۱۸۸۹ تا ۱۸۹۳ میلادی و با در کشور شیوع یافت و در مرتبه دوم، در سال ۱۹۰۴، این همه‌گیری تکرار شد، که به تغییر ساختار بهداشتی انجامید و نقش مهمی در فرایند انقلاب مشروطه بازی کرد.^۱ همچنین سیاست‌های انگلیس، گشایش کانال سوئز، پیشرفت‌های استفاده از بخار آب، از جمله عوامل توسعه تجارت دریای نواحی و بنادر جنوبی ایران میان کشورهای عربی حاشیه فارس از بمبئی تا بصره و منامه و مسافران دریایی حج شد. اما ناتوانی دولت ایران در تأمین مراکز بهداشتی و قرنطینه مرزهای خود باعث تصمیم دولت انگلیس به تأسیس قرنطینه در اواخر قرن نوزدهم میلادی جهت کنترل وبا، طاعون و دیگر همه‌گیرهای کشنده شد و اختلافات حقوقی میان دولت‌های انگلستان، ایران و مجاور ایران در اجازه و ماهیت حقوقی تأسیس این مراکز بهداشتی بریتانیایی در جنوب ایران رخ داد و مقررات و رویه‌های نظامی-جزایی متعدد و مورد مناقشه‌ای در زمینه مجازات ناقضان قرنطینه در گرفت،^۲ که دقیقاً نمودی از تلاقی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری به نظر می‌رسد.

جورجو آگامبن در کتاب خود - وضعیت استثنایی - به خوبی از نمونه‌های مختلف این مفهوم در حقوق روم باستان تا مظاهر مدرن ترش در فرانسه انقلابی، آلمان نازی، و ایتالیای فاشیست پرده برمی‌دارد. او در فصل نخست کتاب، بحث مهمی را درباره یک قانون وضع شده در زمان جرج بوش پیش می‌کشد و از وضعیت سیاسی موجود در ایالات متحده پس از یازده سپتامبر استفاده می‌کند تا نشان دهد چگونه دموکراسی‌ها به دست خود، به وضعیت استثنایی و تعلیق قانون دامن می‌زنند.^۳

این پژوهش در پی کنکاش پیرامون این پرسش است که ریشه‌های نظری جریان «اقتدارگرایی پزشکی» در نظام مدیریت سلامت عمومی در ایران کدام‌اند و عوامل و جلوه‌های تلاقی دو جریان «اقتدارگرایی پزشکی» و «امنیت‌گرایی کیفری» چیست

^۱ Afkhami A. (۲۰۰۳). Iran in The Age of Epidemics: Nationalism and The Struggle for Public Health: ۱۸۸۹-۱۹۲۶ [dissertation], New Haven (USA). Yale University Press, P. ۳۵۳.

^۲ برای مطالعه بیشتر در این زمینه، بنگرید به: توکلی، آفرین (۱۳۹۹)، انتقال بیماری‌های همه‌گیر از طریق خلیج فارس، در اواخر قرن سیزدهم و اوایل قرن چهاردهم هجری قمری، فصلنامه اخلاق و تاریخ پزشکی/ایران، شماره ۱۳.

^۳ بنگرید به: آگامبن، جورجو (۱۳۹۵)، وضعیت استثنایی، ترجمه پویا ایمانی، تهران: نشر نی.

و چه نابسامانی‌هایی در نظام هنجاری و کارکردی سیاستگذاری حقوقی در برخی کشورها از جمله ایران منجر به حمایت امنیت‌گرایی کیفری از اقتدارگرایی پزشکی شده و معضل ناهنجار سوم را از این تلاقی دو معضل، ایجاد کرده است؛ همچنان که تحقیق حاضر می‌کوشد بحث کند که جرایم پزشکی و دیگر جرای علیه سلامت در نظام حقوق کیفری ایران طبق چه راهبردی با رعایت چه بایسته‌هایی قادر به کاهش چشمگیر جلوه‌های اقتدارگرایی پزشکی و به‌ویژه کاهش پشتوانگی حمایت کیفری از مظاهر قدرت‌طلبی غیراخلاقی کنشگران نظام سلامت کشور (با تأکید بر مقررات حقوقی ایراددار مصوب برای مهار پاندمی کووید-۱۹ در ایران) خواهند بود.

به منظور دستیابی به پاسخ پرسش‌های اصلی پیش‌گفته، این پژوهش می‌کوشد ضمن تبیین مفهوم، مبانی، جلوه‌ها و پیامدهای دو معضل «اقتدارگرایی پزشکی» و «امنیت‌گرایی کیفری در سیاستگذاری حقوقی»، تبیین جامع و دقیقی نیز از یک ساحت وسیع از عوامل ناکارآمدی نظام سلامت ارائه دهد و اقدام به آسیب‌شناسی اقتدارگرایی پزشکی به مثابه یک ابرمعضل شامل آسیب‌های متنوع در اجرای نظام بهداشت، درمان و پیشگیری پزشکی بنماید. این تحقیق همچنین در پی آن است که به تحلیل عیوب برآمده از معضلات مشترک سیاستگذاری نادرست حقوقی در ساختار نظم حقوقی کشور و سیاستگذاری نادرست بهداشت و درمان در نظام سلامت عمومی کشور بپردازد.

«حترام» به حق‌های بنیادین شهروندان بدین معناست که نظام حقوقی باید از هرگونه مداخله دولت در بازداري شهروندان از اعمال حق‌ها و آزادی‌های بنیادی‌شان جلوگیری کند. نظام حقوقی نیز باید با پیشگیری از مداخله اشخاص ثالث «محافظ» حق‌ها و آزادی‌های مذکور باشد. همچنین، این نظام به‌ویژه از طریق آموزش قادر است نقش مهمی را در «ترویج» و ارتقای انش عمومی و تخصصی از حق‌های بنیادین انسانی ایفا کند. مراد از «جرای» حق‌های مذکور آن است که حکومت به اقدام‌های اجباری ضروری در حوزه‌های گوناگون برای عملی کردن حق‌های مزبور دست زند.^۱ با وجود اهمیت انکارناپذیر اعمال حق‌های بنیادین و جهان‌شمول انسانی، متأسفانه امروزه در بسیاری موارد حقوق بشر یا در حد «بیان ژورنالیستی» تنزل یافته و یا به ابزاری در دست حکومت‌ها برای کسب مشروعیت، بهره‌برداری سیاسی و کسب مزایای مالی در صحنه‌های بین‌المللی بدل گشته است.^۲ اما برای آنکه حاکمیت قانون فراتر از هر قدرتی در جامعه اعمال شود لازم است قدرت مآخوذ، قدرتی بی‌طرف و حرفه‌ای (با صبغه حقوقی) باشد. در غیر این صورت، ورود جانبدارانه قدرت از نظام سیاسی-اداری به نظام حقوقی حاکمیت قانون را به «قانون حاکمیت» و به تعبیری «حاکمیت به وسیله قانون» تبدیل می‌کند. چنین قانونی به جای تأمین امنیت شهروندان، به ابزاری سرکوبگر در جهت منافع و امنیت حاکمان تبدیل می‌شود.

«عوام‌گرایی، پیامدگرایی، فایده‌گرایی و عمل‌گرایی، شاخص‌های سیاست‌گذاری حقوقی ابزارگرایانه است»^۳ و در جامعه توده-ای، استبداد شرقی فرهنگ سیاسی ناسالم را در مسیر نقض فردیت و با اعمال پدرسالاری نهادینه‌شده در ابزارگرایی حقوقی و

^۱ Alston, P.; Goodman, R. (۲۰۱۳). *International Human Rights: The Successor to International Human Rights in Context*, Oxford, Oxford University Press, p. ۷۱. s

^۲ چلبی، آزاده (۱۳۹۶)، فساد و مقبولیت قانون از منظر جامعه‌شناسی حقوق، چاپ نخست، تهران: نشر نی، ص ۳۲.

^۳ رحمانیان، حامد؛ حبیب‌زاده، محمدجعفر (۱۳۹۲)، ابزارگرایی کیفری: قلمرو، مفهوم، شاخص‌ها، فصلنامه پژوهش حقوق کیفری، دوره ۲، شماره ۵.

اقتصادی و فرهنگی به چرخه می‌اندازد و تفسیر ایدئولوژیک از دین و اخلاق را بر سر عقلانیت اقتصادی و پزشکی و زیست-محیطی و... می‌کوبد.

تنظیم‌گری حقوقی راهبردهای سیاست‌زدهی نظام سلامت عمومی، در برهه‌ها و موضوعاتی که پارادایم طب، از درمان به سمت کنترل اجتماعی منحرف شود، یک تنظیم‌گری حقوقی امنیت‌مدار و مغایر حقوق بشر خواهد بود و اینجاست که ابزارهای حقوقی، در خدمت انحراف سیاست‌های نادرست پزشکی قرار می‌گیرند و موجه‌سازیِ ظاهری را برایش تمهید می‌کنند. در ساحت‌های گوناگون و کُرّات، نظام سلامت از نظام حقوقی برای اجرای سیاست‌های مبتنی بر پارادایم کلاسیکِ نااجتماعی و نا-کل‌نگر خود بهره می‌جوید؛ و از دیگر سو، نظام سیاست جنایی نیز از نظام سلامت و دستگاه‌های بهداشت و درمان در زمینه-های مختلف (به‌ویژه در قرارهای تأمین کیفری و در کیفرهای تعزیری) برای تأمین مقاصد خود در پیشگیری از جرم و مجازات مجرمان، استفاده ابزاریِ اقتدارگرایانه می‌کند.

-اشتراکات و افتراقات این موضوع با موضوعات رقیب و موجود

از لحاظ پیشینه پژوهشی، این اثر حقیقتاً فاقد پیشینه و کاملاً نوآورانه است. از جمله مهم‌ترین پژوهش‌هایی که هر یک، تنها به جزء محدودی از قلمرو پژوهش حاضر پرداخته بوده، می‌توان به آثار ذیل اشاره نمود:

الف- (۱) پژوهش‌های داخلی

علیرضا صالحی (۱۳۹۸) در کتاب «اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرفهمی» نسخه تفصیلی مقاله‌ای^۱ را تبیین نموده است که در آن با توضیح وجوه تشابه و تمایز قدرت، اقتدار قهری و اقتدارگرایی در پزشکی، صور انحراف پارادایم طب در سوق‌یافتن به استیلا بر بدن به مثابه ابزار کنترل سیاسی دولت را تبیین می‌کند و با تفکیک اقتدارگرایی از اقتدار دگرفهم، دومی را عاری از نادرستی‌های اولی در نقض حقوق و آزادی‌های موضوعات اقتدار پزشکی (بیمار/شهروند) اعلام داشته، توضیح می‌دهد چگونه اقتدار حقوقی پزشکان آنها را در موقعیتی قابل نقد قرار می‌دهد و ملزم به پاسخگویی می‌کند و البته تنویر نموده که این شکل اقتدار علی‌رغم تمام فوایدی که دارد از آنجا که بر پایه محافظه‌کاری پزشک در نقش فروشنده خدمات درمانی قرار گرفته نمی‌تواند حد نهایی تخیل برای تنظیم الگوی مطلوب رابطه پزشک و بیمار باشد. این پژوهش، حقوقی نیست و صرفاً در چارچوب تحلیل برخی گفتمان‌های جامعه‌شناسی پزشکی انتقادی، با پژوهش مد نظر ما مناسبت دارد.

الف- (۲) رسول صفراهنگ (۱۳۹۹) در مقاله «نقد فرانظری مبانی هستی‌شناختی حکمرانی دولت‌ها در سیاستگذاری سلامت برای کنترل همه‌گیری کووید-۱۹» (مطالعه موردی ایران) «سیاستگذاری سلامت را متأثر از مبانی هستی‌شناختی توجیه‌گر حفظ «جمعیت اجتماع» برای حکمرانی‌های سیاسی غیرمردم‌سالار دانسته و تحلیل کرده است سیاستگذاری سلامت در ایران تا انقلاب ۱۹۰۶ مشروطه، متأثر از عناصر خردستیز و عرفان‌گرا در تقابل با امر ملی بوده و بعد از آن تا انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷ متأثر از تفسیر ایدئولوژیک از سنت بوده و بعد از انقلاب اسلامی، سیاستگذاری سلامت با قرائتی سوسیالیستی از

^۱ صالحی، علیرضا؛ ذکائی، محمدسعید؛ اخلاصی، ابراهیم (۱۳۹۸)، اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرفهمی؛ مطالعه‌ای قوم‌نگارانه در شهر تهران، علوم اجتماعی (فصلنامه دانشگاه علامه طباطبائی)، شماره ۸۵

حکمرانی برای عدالت همراه بوده که در سال ۱۳۹۸ قوه مجریه در ایران مبتنی بر نظریات حکمرانی «مشارکتی - جهانی» کوشش کرده برای کنترل شیوع ویروس کرونا سیاستگذاری کند.

الف-۳) مرضیه سادات الوند و ابوالفضل قاسمی (۱۴۰۰) در مقاله «اصول راهبردی سیاستگذاری مواجهه با کرونا به مثابه مسأله بدخیم سیاستی» استدلال کرده‌اند که دولت‌ها باید نوع نگاه خود را نسبت به مسائل پیچیده و بدخیم تغییر بدهند؛ یعنی باید از فرماندهی و مدیری، به رویکرد رهبری و هدایتگر تغییر کند. در این رویکرد، کالبدشکافی مسأله، ارائه راه‌حل‌ها، مهارت‌ها و قابلیت‌ها توسط تمام ذینفعان ارائه می‌گردد و از طریق مذاکره به جمع‌بندی نائل می‌شوند. این مقاله تشریح نموده که مسائل بدخیم، علت‌ها و راه‌حل‌های ساده ندارند و مسائلی چندوجهی می‌باشند که باید نوع نگاه به سمت رهبری تغییر یابد. راه‌حل‌های حکمرانی سلامت جهت سیاست‌گذاری مواجهه با کرونا باید مبتنی بر رهیافت کل دولت و کل جامعه باشد که منعکس - کننده مشخصه‌های پیچیدگی، تمرکززدایی تصمیم‌گیری و خودسازماندهی شبکه اجتماعی است و ذینفعان را برای پاسخگویی سریع به حوادث غیرمنتظره با روش‌های جدید قادر سازد. به نظر می‌رسد، نقض این رهیافت در شیوه سیاست - گذاری مواجهه با بحران‌های سلامت را بتوان گونه‌ای از آشکال اقتدارگرایی پزشکی دانست.

الف-۴) مریم حیدری (۱۴۰۰) در کتاب «حقوق سلامت عمومی» به طرح مباحث کلی پیرامون مبانی، منابع، اهداف، اصول، کنشگران و سطوح سلامت عمومی پرداخته و این کتاب را می‌توان در حد درآمدی بر حقوق سلامت، بدن بحث تطبیقی یا انتقادی پیرامون سیاستگذاری سلامت و یا نسبت آن با سیاستگذاری حقوقی کیفری در نظر گرفت. فاطمه فلاحی و محمدعلی نوری (۱۳۹۷) نیز در کتاب حقوق جهانی سلامت» معاهدات بین‌المللی حقوق سلامت و تعهدات عرفی و قراردادی دولت‌های ملحق و ناملحق به این معاهدات را بحث کرده‌اند. کتاب‌های دیگری از جمله «مبانی حقوق سلامت» به قلم شهریار اسلامی - تبار که در سال ۱۳۹۶ توسط انتشارات مجد منتشر شده و نیز کتاب «مرجع سیاست‌گذاری سلامت» که در سال ۱۴۰۰ به کوشش امیرحسین تکیان و به همت مرکز تحقیقات عدالت در سلامت منتشر شد، مسائل کلی و مقدماتی نظام سیاستگذاری سلامت را توصیف کرده‌اند و در موضوع خاص این طرح پژوهشی مطلقاً ورود نداشته‌اند.

ب) پژوهش‌های خارجی

ب-۱) موضوع اقتدارگرایی پزشکی به مثابه مطالعه یک انحراف اساسی در کنش طبّی و انواعی از رفتار محسوس یا محسوس اما ناشایستِ درمانگران نسبت به بیمار، موضوعی بسیار نو است، که ریشه‌های اندیشه‌ورزی کلّی و عام پیرامون آن در قالب یک نمود معاصر به شکل روش‌مند، به «مراقبت و تنبیه» - اثر میشل فوکو (نخستین انتشار در ۱۹۷۵) - بازمی‌گردد. فوکو در آن کتاب تبیین نمود که «چگونه تکنولوژی‌های قدرت، با ابزار و بردارهای خاص، بدن سوژه‌ها را شکل می‌دهند و در عصر مدرن، بدن‌ها نه تنها از خودبیگانه می‌شوند، بلکه تحت انضباط ناشی از تنبیه قدرت سیاسی و نظارت مستمر قرار دارند.»^۱ در اندیشه فوکو تکریم و آزادی و تنبیه و مجازات، که دو لبه یک سکه‌اند، در قالب اعمال قدرت بر سوژه و ساختن وی نقشی

^۱ توانا، محمدعلی؛ علی‌پور، محمود (۱۳۹۴)، بدن، سوژه، و تکنولوژی‌های خود: درس‌هایی از راه‌حل فوکویی برای جامعه امروز، فصلنامه غرب‌شناسی بنیادی، دوره ۶، شماره ۲، ص ۳.

اساسی ایفا می‌کنند. در این جاست که پای تکنولوژی مراقبت و تنبیه باز می‌شود. در واقع این تکنولوژی بیش از آن که سازوکاری برای قدرت و اعمال ساختاری آن باشد نقشی اساسی‌تر بازی می‌کند و آن ساختن بدن سوژه است. به بیان ساده، صرفاً از طریق بدن است که قدرت تدوام می‌یابد.^۱ البته فوکو هرگز به موضوع «امنیت‌گرایی کیفری» یا حتی عام‌تر از آن - به خودِ حقوق کیفری - مستقیماً و تخصصاً نپرداخته، بلکه مجازات همانا مقوله‌ای فرعی در آثار و گفتمان اندیشه‌ی اوست. مرکز ثقل دیدگاه او، رابطه بدن به مثابه سوژه قدرت سیاسی مدرن، با گفتمان و تکنولوژی‌های مدیریت اجتماعی است.

ب-۲) فوکو، در اثر قبل‌تر از «مراقبت و تنبیه» - کتاب «پیدایش کلینیک» (۱۹۶۳) - را ارائه داد که در آن، محکومانی را شرح نمود که همواره تحت تأثیر مقررات ناشی از قدرت فائقه بوده‌اند و این بدن‌ها در قرون وسطی تحت تأثیر قوانین کلیسا و در سده‌های بعد تحت تأثیر تحریر قوانین مدرن، قربانی «عمل سیاسی معکوس» شده‌اند؛ که به معنای رشد سیاست در فضایی ملت‌ه‌ب و مبتنی بر دوگانگی‌های رفتاری و عملکردی است که در متن خودِ حقوق و جرایم وجود دارد؛ و اگرچه وضعیت سیاسی مدرن آشکارا بر اساس حقوق ترسیم شده است، جرم و مجازات نیز به صورت پنهانی و بسیار شدید در حال گسترش است و انسان دیگر سوژه و فاعل شناسا نیست، بلکه ابژه و موضوع قدرت و به‌ویژه موضوع کیفر به‌مثابه فناوری سیطره بدن‌ها در راستای تجربه‌ی زیست روانی انقیاد و فرمانبری از مدرنیته‌ی ظاهراً مردم‌سالار اما باطناً اتوریته^۲ و توتالیتیر^۳ است.

ب-۳) از دید آنتونی گیدنز (۲۰۰۵) «بدن و مدیریت بر آن، بر هویت اجتماعی فرد اثر می‌گذارد. وی بدن را در ارتباط با هویت و خود قرار می‌دهد و بر این باور است که افراد از بدن‌های‌شان برای شکل‌دادن به هویت شخصی‌شان استفاده می‌کنند. بدن همچنین، در نظر وی ابزاری است که به وسیله‌ی آن افراد با اوضاع، احوال و کنش‌های دیگر افراد برخورد می‌کنند و عرصه‌ای برای تولید روابط اجتماعی است.»^۴ دیدگاه گیدنز را شایسته است به این آموزه از فوکو مرتبط بدانیم که «کنترل بر بدن محصول تاریخ جدید است که در راستای اهداف سیاسی خاصی پیش می‌رود و در تحول در شیوه‌های برخورد با انسان‌های خاص (مجانین و مجرمان) فرایند کنترل را تشدید نموده است.»^۵ پژوهش گیدنز نیز صرفاً بخش ناچیزی از مقوله مورد بحث در تحقیق حاضر را پوشش می‌دهد.

-سؤالات

۱- ریشه‌های نظری جریان «اقتدارگرایی پزشکی» در نظام مدیریت سلامت عمومی در ایران کدام‌اند؟

۲- جلوه‌های تلاقی دو جریان «اقتدارگرایی پزشکی» و «امنیت‌گرایی کیفری» کدام‌اند؟

۳- چه راهبردی جهت کاهش جلوه‌های اقتدارگرایی پزشکی در سیاست جنایی پیشگیرانه و کیفری ایران مناسب است؟

^۱ ر.ک. به: فوکو، میشل (۱۳۹۲)، *مراقبت و تنبیه (تولد زندان)*، ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران: نشر نی.

^۲ اقتدارگرا

^۳ اقتدارگرایی فراگیر

^۴ گیدنز، آنتونی (۱۳۹۲)، *پیامدهای مدرنیته*، ترجمه محسن ثلاثی، چاپ ۷، تهران: نشر مرکز.

^۵ به نقل از: خواجه‌نوری، بیژن؛ روحانی، علی؛ هاشمی، سمیه (۱۳۹۰)، *سبک زندگی و مدیریت بدن، فصلنامه جامعه‌شناسی زنان*، دوره ۲، شماره ۴، ص ۲۸.

- فرضیه‌ها

۱- به نظر می‌رسد غلبه پوزیتیویسم بر گفتمان سودانگار جامعه پزشکی، تأکید افراطی بر الگوی بیومدیکال و غفلت از جنبه‌های روانی و اجتماعی جهان زیست بیمار، و ضعف جایگاه جامعه‌شناسی پزشکی در نظام آموزش پزشکی، سه عامل نظری مهم در غلبه تدریجی و پنهان اقتدارگرایی پزشکی بر نظام مدیریت سلامت عمومی در ایران است.

۲- تحدید انتظامی آزادی‌های غیرمرتبط به سلامت عمومی و اعمال کیفرهای سخت بر ناقضان مقررات سلامت عمومی، دو جلوه از سوءاستفاده سیاستگذاران سلامت عمومی (کم‌وبیش در مقیاس جهانی) است و سوءاستفاده از پزشکی جهت مداخله حداکثری ناموجه در بدن و روان مجرمان جهت تشدید کنترل اجتماعی آنان، جلوه اصلی سوءاستفاده متولیان سیاست جنایی برخی کشورها از دانش و قدرت پزشکی است.

۳- الزامی نمودن تنظیم «پیوست حقوقی» در تدوین و تصویب قوانین و مقررات پزشکی، و تغییر رویکرد ابزارانگاری به پزشکی در مدیریت اجرای کیفرها، راهبردهای مناسبی جهت کاهش جلوه‌های اقتدارگرایی پزشکی در سیاست جنایی پیشگیرانه و کیفری ایران به نظر می‌رسند.

- روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش به صورت توصیفی-تحلیلی است. ابزار گردآوری اطلاعات، فیش‌برداری کتابخانه‌ای است و روش تجزیه و تحلیل اطلاعات، استنتاجی است. پژوهش، ماهیت بین‌رشته‌ای (سیاست جنایی، سیاستگذاری عمومی، سیاستگذاری سلامت، حقوق کیفری اختصاصی پزشکی، اخلاق زیستی، فلسفه سیاسی و نظریه عمومی اجتماعی) و ماهیت تطبیقی (حقوق ایران، حقوق چند کشور غربی و اسلامی و فقه امامیه) دارد.

- یافته‌های تحقیق

جهان‌بینی در سلامت از آنجا اهمیت ویژه دارد که به عنوان مبنایی برای تعیین سبک زندگی به کار می‌رود. در عرصه سیاستگذاری سلامت، علوم مربوط به سلامت فردی مورد توجه ویژه قرار گرفته و عنایت کمتری به علوم اجتماعی و حاکمیتی و همچنین گفتمان علوم - خصوصاً علوم سیاستگذاری کلان، مانند سیاستگذاری سلامت و سیاستگذاری جنایی و سیاستگذاری عمومی حکمرانی و...- شده است. از این رو، این ساحت نیازمند تغییر بنیادی در ساختار، گفتمان و لایه‌های معنایی است. اقتدارگرایی پزشکی، به‌ویژه آنگاه که با امنیت‌گرایی کیفری، هم‌آیند می‌شوند و سوءاستفاده متقابل میان این دو جریان نحرافی از حقیقت و رسالت طب و عدل رخ می‌دهد، اهمیت گذار از رویکرد بیومدیکال به رویکرد زیست‌روان اجتماعی در پارادایم پزشکی را به‌ویژه آنگاه که با بحران‌های سلامت عمومی و ضرورت پشتیبانی تدابیر قهرآمیز برای کنترل همه‌گیری‌ها و دیگر بحران‌های سلامت اقتضا می‌کند را نشان می‌دهد.

برخی اشکال اقتدارگرایی پزشکی بر بیمار-شهروند عبارتند از: کاربرد واژگان تخصصی نامفهوم برای بیمار، ژست‌گیری و موقعیت‌گزینی تفوق‌جویانه بر بیمار، اجتناب از معاینه بالینی و بعضاً اکتفا به یک نگاه و ادعای تشخیص بیماری و بیان قطعی و

فوری طرح درمان، تسلط بر حریم بدنی بیمار، هشدار و سرزنش اخلاقی بیمار در قالب تکریم حق آگاهی وی و ارائه اطلاعات پیرامون عوامل و مخاطرات بیماری به بیمار، برقراری رابطه صمیمانه با بیمار پس از ژست‌گیری قبلی و با هدف سرپوش نهادن بر خطای خود (پزشک)، استفاده قهری از اقتدار حقوقی بر بیمار در قالب حق انتخاب زمان و شرایط ابراز اخبار ناگوار در مورد بیماری به بیمار یا اطرافیانش، طفره‌رفتن از درمان با توجیه لزوم تداوم آزمایش‌های پاراکلینیکی، نگاه بیولوژیک به بدن بیمار بجای نگاه انسانی بر مدار توجه به تجربه زیسته بیمار و خودانگاره‌های وی از فضاها و آدم‌ها در فرایند و محیط درمان، سلطه مالی و علمی بر بیمار و وجود حق عدول از تداوم درمان و تصریح به آن جهت بازتولید مداوم و شدید تفوق بر بیمار، مدیریت تنظیم و ارائه اسناد درمانی، و رازداری گروهی صنفی تبانی‌گونه. در توضیح اشکال مذکور می‌توان گفت هرچه فاصله پزشک با بیمار در مواجهه آغازین بیشتر شود، وجه ایدئولوژیک دانش پزشکی تقویت می‌شود.

هرچه فاصله پزشک با بیمار در مواجهه آغازین بیشتر شود، وجه ایدئولوژیک دانش پزشکی تقویت می‌شود. پزشک ساکت و فاصله‌گذار، حتی اگر آگاهانه چنین تمایلی نداشته باشد، مجال بیشتری به مراجعه‌کننده می‌دهد که در غیاب هر عاطفه انسانی او را حامل و سخنگوی «گفتمان پزشکی اقتدارگرا» بداند. همچنین، فاصله زبان فنی پزشک با فهم روزمره بیمار، او را سردرگم در جهانی رها می‌کند که به لحاظ واژگانی کاملاً غریبه است. این شاید یکی از آشکارترین تظاهرات اقتدارگرایی پزشکی است. افزون بر این، کاهش رابطه انسانی پزشک با بیمار و کاهش معایبه بالینی بیمار به شکل سنتی، که در سال‌های اخیر با رشد استفاده از تجهیزات پاراکلینیکی و فناوری‌های پزشکی از جمله انواع آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های تشخیصی این امکان را به پزشک داده‌اند که بدون تماس مستقیم با بدن بیمار قادر به تشخیص بیماری وی گردد، تحولی است که برای برخی بیماران به شکل یک محرومیت تجربه می‌شود و این نوع تشخیص تجهیزات و غیربالینی و غیرلمسی و غیرسنتی را تکبر و اقتدارگرایی پزشک تفسیر کنند. همچنان که اقتدارگرایی پزشکی گفت‌وگو و تعامل را تنها به هدف اقناع بیمار به شیوه‌ای غیرصادقانه - آموزه هابرماس با عنوان «خرد ابزاری» در نقض «خرد ارتباطی» - دنبال می‌کند، اقتدار حقوقی نیز به واسطه تمهیدات قانونی و با انگیزه رسمیت‌دادن به اقتدار قهری و اقتدارگرایی امکان‌پذیر می‌شود و هژمونی نظام درمان بر شهروندان را با قانون‌گذاری و رویه‌سازی سازمانی و حتی دکتربرداری، تقویت و تضمین می‌کند.

برخی از دیگر اشکال اقتدارگرایی پزشکی، در جریان حکم به درمان به مثابه یکی از جایگزین‌های حبس یا یکی از قرارهای نظارت قضایی قابل روی‌داد است. در تحمیل «کیفر» بر تابعان می‌توان بیشترین نمود مقوله «قدرت» را به نظاره نشست. قدرت در فرایندهای قضایی و سیاست کیفری هر کشوری تأثیر خود را گذاشته و همین قوانین منبعث از اراده عمومی در ابتدا به قوام قدرت منجر می‌شوند. فناوری مجازات و سازکار اعمال آن با الهام از قدرت و تأثیرپذیری از آن می‌تواند در مقام عمل، به گونه‌های متعددی بر مرتکبان اعمال گردد. قدرت از راه قانون بر تابعان تحمیل می‌شود و بروز اشکال نامطلوب آن به یقین، در نتیجه واقعیتی زیر نام «حاکمیت از راه قانون» می‌باشد. قدرت در مکانیسم کیفردهی مجرمان، از همان ابتدای فرایند تعقیب و تحقیق و محاکمه و مجازات و متعاقباً اجرای حکم تأثیر می‌گذارد. رگه‌های قدرت به نحوی در فرایند قضایی تأثیر خواهد گذاشت که در هر مورد و بسته به چربش قدرت یک طرف بر دیگری، می‌تواند نتایج متفاوتی به بار بیاورد. ارتباطات گسترده و توان اقتصادی بالا، در برخی موارد باعث می‌شود که از همان ابتدا، تلاش‌ها برای رهناندن او از فرایند قضایی و دام مجازات، به جریان افتد. در مقابل، متهم، به لحاظ قدرت اقتصادی و وجود ارتباطات گسترده طرف دیگر دعوی، به سوی گرفتار آمدن

زیر چرخ های اربابه کیفر هدایت می گردد. دیگری با وجود دلایل فراوان با ارفاق خارج از حد معمول دستگاه قضایی که به نوعی مجازات نشدن را در ذهن متبادر می سازد، مواجه می شود و شهروند دیگر، در فقدان دلایل متقن، به مجازات های شدید خارج از منطق محکومیت می یابد. تمام این موارد و یا حتی نمونه های بی شمار دیگر را می توان در قسمت اجرای احکام کیفری نیز ملاحظه نمود که عملاً در اثر نفوذ قدرت (در هر شکل آن)، احکامی اجرا نمی شود یا ناقص اجرا شده و یا حتی شدیدتر از حد متعارف به اجرا درمی آید. تاریخ بشری مشحون از دعاوی کیفری است که نفوذ قدرت را بر مکانیسم کیفردهی تابعان، نشان می دهد.

با وجود تبلیغات فراوان و پرمّنت در مورد قوانین و مقررات مورد تصویب در جهت حمایت از حقوق بیماران، توجه چندانی به استفاده ابزاری از دانش و مکانیسم های حقوقی برای گسترش اختیارات پزشکان و کاهش تعهدات قانونی آنها نمی شود و این همانا جلوه های از ابزارگری حقوقی به خدمت اقتدارگرایی پزشکی است. در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، قانون گذار با عدول از نظریه ی خطر، نظریه ی فرض قصور و تقصیر را پذیرفته است. در گام بعدی برای حمایت از درمانگران، اخذ رضایت از بیمار را رافع مسئولیت درمانگر دانسته و دیگر نیازی به کسب رضایت علاوه بر براءت نیست. و در سومین گام، آگاهی پرستار یا بیمار از دستور درمانی اشتباه را سبب رفع مسئولیت پزشک دانسته؛ در حالی که در قانون مصوب ۱۳۷۰ این به تنهایی رافع مسئولیت کیفری و مدنی پزشک نبود.

سیاست حقوقی امنیت گرا، با تحدید حقوق و آزادی های عمومی به بهانه وضعیت اضطراری و لزوم ترجیح امنیت و حاکمیت بر حق های شهروندی، آن گاه که در شرایط خاص بهداشتی و درمانی - مانند شیوع یک بیماری فراگیر (مثلاً کووید-۱۹) - به خدمت نظام سیاستگذاری سلامت درمی آید، در مسیر تصویب مقررات قرنطینه بدون توجه به حداقل آزادی ها و نیازها، در مسیر منع آمد و شد شبانه (به رغم مغایرت با اصل ۷۹ قانون اساسی) و حمایت کیفری از قانون مدیریت بحران مصوب ۱۳۹۸ با اعمال ضمانت اجرای خشن کیفری قرار می گیرد و بدون پیوست فرهنگی و زیست محیطی و جامعه شناختی، اقدام به قانونگذاری و مقررات گذاری محدودساز علیه مردم و هنجارگذاری حقوقی اعطاکننده ی اختیارات و امکانات بیشتر به نهادهای سلامت و بهداشت و درمان می کند و ماسک نزدن را مصداق عناوین مجرمانه ای همچون تسبیب در قتل، تسبیب در اقدام علیه بهداشت عمومی و افساد فی الارض و حتی اتهامات خطرتر و دارای جنبه امنیتی می کند و مرزهای نسبتاً ناواضح اصطلاحاتی همچون مصالح عمومی، امنیت عمومی، اخلاق عمومی، و امنیت و آزادی را بیشتر در هم می آمیزد تا زمینه حمایت حقوقی از اقتدارگرایی پزشکی به هدف استفاده های سیاسی و تشدید تحکم بر مردم را فراهم آورد.

سیاستگذاری حقوقی ناروا و نادرستکار، جلوه های آشکار اقتدارگرایی پزشکی را که باید جرم انگاری و دادرسی و مجازات کند، چشم پوشی می کند و فرایند محکومیت پزشکان متخلف را با موانع جدی روبرو می سازد. پدیده «تقاضای القائی» در نظام حقوقی ایران جرم انگاری نشده و ادبیات پژوهشی و حتی پرداختن به طور اجمالی به این انحراف خطیر در آثار علمی حقوق پزشکی در ایران هم دیده نمی شود. این یک حیات خلوت است که اقتدارگرایی پزشکی، با چراغ سبز حقوق کیفری (عدم برخورد حقوق کیفری با این پدیده شوم) دهه هاست در تداوم ارتکاب است. تقاضای القائی، یک پدیده پیچیده و چندوجهی است که موجب بالا رفتن نیاز نامحدود با منابع محدود شده، سبب افزایش ناروای سهم مردم در هزینه های سلامت و نیز رشد

شاخص هزینه‌های تحمل‌ناپذیر می‌شود. تجویز غیرضروری دارو و خدمات پاراکلینیکی موجب زیان شدید به اقتصاد سلامت و اقتصاد جامعه و تشدید بحران کارآمدی و مشروعیت نظام سلامت می‌گردد.

تعدد نهادهای قانون‌گذار در بخش سلامت، ضعف تخصص قضات در تشخیص جرایم و تخلفات درمانگران حقیقی و اشخاص حقوقی مرتبط، متمرکز نبودن نظارت در بخش‌های مختلف سلامت، فقدان راهبرد کاهش تضاد منافع ناظران با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، و اشکالات فراوان در سیاست‌گذاری پیرامون نوع و میزان و نحوه اجرای کیفرهای جرایم پزشکی، بخشی از بی‌کفایتی‌های نظام حقوقی است که مورد سوءاستفاده فساد در نظام سلامت و جریان اقتدارگرایی هزینه‌زا و نادرمان‌گر واقع شده است.

وانگهی، بسیاری از مسائل راهبردی در حوزه عدالت کیفری، از جمله قدرت، بر محور زبان می‌چرخد. قدرت ساختاری زبان این فرصت را در اختیار گروه‌ها و کنشگران توانمند قرار می‌دهد تا گفتمان حاکم بر عدالت کیفری را به نفع خویش سمت و سو بخشند. بنابراین، پرواضح است که در زبان چقدر قدرت مانور وجود دارد، چنان که یک رسانه می‌تواند متناسب با رویکرد سیاسی- اجتماعی خود ساختار خبری مستقلی ارائه کند؛ آن‌گونه که بافت گفتمانی آن با سایر بافت‌ها متمایز باشد. به همین جهت بوده است که به مفهوم زبان قدرت در مقابل زبان اقتدار پرداخته شده؛ چه، زبان قدرت، زبانی است که قدرت و سلطه خود را از طریق نبرد در عرصه دستور زبان و واژگان با تحریف واقعیت بازتولید و اعمال کرده است، در حالی که زبان اقتدار این کار را با مشروعیت و رضایت مردم جامعه انجام می‌دهد. وانگهی، دسترسی به رویدادهای ارتباطی و گفتمان، عنصری اصلی در بازتولید قدرت و سلطه است. «گفتمان شبیه سایر منابع اجتماعی ارزشمندی است که شالوده قدرت را می‌سازند و دسترسی به آنها به نحوی نابرابر توزیع شده است. برای مثال، همگان دسترسی برابر به رسانه‌ها یا گفتار و نوشتار پزشکی، حقوقی، سیاسی، اداری یا دانشگاهی ندارند». یکی از عرصه‌هایی که «قدرت - دانش» از طریق آن به ایجاد گفتمان‌هایی بر مبنای روابط قدرت و در پایان، سلطه و چیرگی بر انسان دست می‌یابد، قلمرو مسائل جرم‌شناسی و عدالت کیفری است.

سیاست جنایی به عنوان دانش راهبردی ناظر بر تدوین، اجرا و ارزیابی سامانه‌های پاسخ‌دهی به رفتارهای مجرمانه و منحرفانه-ی خطیر، برآمده از تعامل منظومه‌ای از علوم و معارف است. اتخاذ راهبرد مطلوب برای سیاست‌گذاری جنایی زمانی ممکن می‌گردد که بنیاد فکری سخته و سنجیده‌ای بتواند مبانی نظری سیاست جنایی را تنقیح کند و به نظم بکشد؛ به گونه‌ای که همه منابع شرعی، غربی و سرزمینی را تحت الگوی هوشمندانه‌ای که بر آن بنیان‌های فکری استوار است، تعامل دهد. تنها این‌گونه است که می‌توان روبناهای هنجارمند و کارآمدی در سطوح تقنینی و قضایی و اجرایی برای سیاست جنایی ایجاد کرد. سیاست جنایی در ایران، به معنای دقیق کلمه، کمرنگ است. سیاست جنایی ایران در قلمروهای مختلف و از جهات گوناگون، در فرآیندهایی اتخاذ شده و می‌شود که از فرایند صحیح و مسلم مبتنی بر اصول بنیادین سیاست‌گذاری جنایی فاصله دارد. در این راستا، دسته‌بندی، توضیح و آسیب‌شناسی مجموعه‌هایی از مواد قوانین کیفری و غیرکیفری کشور در حوزه امور پزشکی، که مصداق «اقتدارگرایی پزشکی» هستند و به ایراد جرم‌انگاری، دادرسی و کیفرگذاری مبتلا هستند، میسر شد. همچنین، ترسیم مختصات خط‌مشی اصلاح سیاست‌گذاری حقوقی نظام سلامت در ج.ا.ا. جهت کاهش حداکثری ایرادات تقنینی به‌ویژه عیوب جرم‌انگاری در حوزه پزشکی از دیگر اهداف پژوهش حاضر بوده است. وانگهی، تشریح دقیق اشکالات قوانین و مقررات مرتبط با مقابله با بیماری‌های همه‌گیر از جمله کووید-۱۹؛ به مثابه جلوه معاصر اقتدارگرایی پزشکی مبتلا به نارسایی‌های حقوق بشری از منظر حمایت کیفری در ساختار

سیاست جنایی ج.ا.ا. با اقتباس از دستاوردهای حقوقی برخی کشورهای پیشرو و بومی‌سازی با اقتضائات نظام حقوقی و نظام سلامت در ایران، ثمره دیگری از انجام این تحقیق بوده است.

اقتدارگرایی پزشکی توخالی و غیرمتکی بر اصول حقوقی و حمایت حقوقی راستین، موجب تداول «پرداخت رشوه برای تسریع فرایند یا کسب مجوز ثبت دارو و بازرسی کیفیت دارو و گواهینامه تایید تولید مناسب دارو، اثرپذیری نتایج بازرسی از ملاحظات سیاسی، بی‌اثر کردن یافته‌های پزشکی، به‌کارگیری سوگرایانه مقررات بهسازی در مورد رستوران‌ها، تولیدکنندگان مواد غذایی و آرایشی، به‌کارگیری سوگرایانه فرایندهای اعتباربخشی، اعطای گواهینامه و استاندارد و مجوز به طور صوری و ظاهراً قانونی، امکان ورود داروهای تقلبی و غیر موثر از مبادی رسمی و غیررسمی به بازار، اجازه‌یابی عرضه‌کنندگان طردشده و متخلف به شرکت در مناقصه‌ها و کسب یارانه دولت، افزایش مسمومیت غذایی، گسترش بیماری‌های عفونی و واگیر و فعالیت مراکز بی‌کیفیت و ده‌ها معضل و بحران چندوجهی می‌شود. حقوق کیفری امنیت‌مدار، به جای برخورد سختگیرانه با این جرایم و تخلفات، مترصد پشتیبانی قهری و سرکوبگر از سیاست‌های کنترل اجتماعی با توجیه‌های بهداشتی است. این در حالی است که نه پیمایش درک از فساد (مثلاً فساد در نظامی حقوقی و نظام سلامت) در کشور وجود دارد و نه آمار رسمی منتشره از فساد شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی و... صرفاً آمار محکومیت‌های پزشکان بابت قصور در اعمال جراحی و برخی عمل‌های دیگر هر ساله توسط سازمان نظام پزشکی منتشر می‌شود، که واقعاً بی‌فایده و ناتوان از ارائه تصویری از حتی یک لایه از لایه‌های ناکارآمدی حقوق در مهار تخلفات و جرایم پزشکی است.

از این رو شایسته است برخی مراکز مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی (به‌ویژه دانشکده‌های پزشکی اجتماعی)، مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، فرهنگستان علوم پزشکی، مراکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، انجمن حقوق پزشکی، انجمن اخلاق زیستی، انجمن اخلاق در فناوری و... باید به لایه‌های داخلی به‌ویژه لایه گفت‌وگویی در ایجاد یک انقلاب فرهنگی زمینه سلامت و ایجاد یک ساختار مناسب با گفتمان علوم انسانی اسلامی و طب انسان‌گرا و معنامدار (در مقابل طب ابزار ی بیومدیکال بستر ساز اقتدارگرایی پزشکی و قابل تشدید وخامت در هم‌آیندی با امنیت‌گرایی کیفری) توجه بیشتری کنند.

دستاوردها (استفاده از این تحقیق در سازمانها و مراکز)

نتایج طرح پاسخگوی نیازهای جامعه و نیازهای دانشگاهی متعددی خواهد بود. اصلاح بخشی از مشکلات کارآمدی نظام مدیریت کلان سلامت کشور، اصلاح قوانین و مقررات حوزه جرایم پزشکی، بهداشتی، دارویی و نظام دادرسی و پاسخ‌دهی شبه کیفری به تخلفات و جرایم پزشکی، و ارائه ایده به نظام سیاستگذاری عمومی کشور در ساماندهی اجزاء حقوقی و پزشکی بحران‌های فراگیر مانند کووید-۱۹ را می‌توان از کاربردهای این تحقیق دانست.

برخی از کاربران این تحقیق نیز عبارتند از:

الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱- مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۲- دفتر توانمندسازی، ارتقاء و بهره‌وری سرمایه‌های انسانی وزارت بهداشت، ۳- مرکز مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، ۴- اداره کل مدیریت منابع انسانی وزارت بهداشت، ۵- مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۶- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

ب) وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (۱- مرکز تحقیقات سیاست علمی کشور وزارت عتف، ۲- پژوهشکده سیاستگذاری علم و فناوری دانشگاه شریف، مرکز مطالعات سیاستگذاری عمومی دانشگاه تهران)

ج) اساتید و پژوهشگران رشته‌های حقوق پزشکی، حقوق جزا و جرم‌شناسی، اخلاق زیستی، روان‌شناسی سلامت، مدیریت سلامت، سیاست‌گذاری عمومی، حقوق عمومی،

در سطح مجامع علمی، تألیف کتب درسی و پژوهشی و مبنایی و مقالات و طرح‌های پژوهشی و ارائه کرسی‌های نظریه‌پردازی در جهت تولید دانش مبنایی برای تقویت ادبیات پژوهشی حوزه «سیاستگذاری حقوقی سلامت» «جرم‌شناسی پزشکی» و تولید دانش کاربردی به منظور رفع اشکالات تفهیمی و استنباطی از نحوه تعامل کنشگران رسمی نظام عدالت کیفری و کنشگران رسمی نظام سلامت در راستای پیشگیری از سوءاستفاده سیاست‌گذاران سلامت از ابزار قهری نظام کیفری برای اجرای برنامه‌های بیومدیکال و مغایر فلسفه طب انسان‌مدار، و پیشگیری از سوءاستفاده متقابل، یعنی سوءاستفاده نظام‌های کیفری از درمان به مثابه کیفر به شیوهی ابزارانگاری و به هدف انقیاد روان بزهکار و جسم‌انگاری وجود وی و اجرای تدابیر دارویی سرکوب‌کننده‌ی کنشگری بزهکار

۴. منابعی که نتیجه تحقیق در آنها ارائه شده است:

الف) مجلات

ردیف	عنوان مقاله	عنوان مجله	شماره مجله	سال چاپ
۱	نقد هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت- گرای کیفری در سیاست‌گذاری سلامت	فصلنامه حقوق پزشکی	در حال داوری	۱۴۰۱
۲	نقش تراریخته‌ها در برون‌رفت از بحران آب؛ جرم‌انگاری بایسته در حمایت از امنیت غذایی	فصلنامه اخلاق زیستی	دوره ۱۲، شماره ۳۷	۱۴۰۱
۳	مسئولیت‌های ناشی از بیماری‌های واگیر در حقوق داخلی و بین‌المللی: نمونه پژوهی بیماری کووید ۱۹ با رویکرد به نقد سیاست‌گذاری عمومی حقوقی در ایران	طرح پژوهشی مصوب در صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران ریاست جمهوری	در حال داوری	۱۴۰۱

ب) کتاب

ردیف	عنوان کتاب	نوع (تألیف / ترجمه)	ناشر / محل نشر	سال انتشار
۱				
۲				
۳				

ج) سمینار و همایش

ردیف	عنوان مقاله	سال انتشار
۱	جستاری در برخی چالش‌های سیاست جنایی در مواجهه با پاندمی کووید-۱۹	۱۴۰۱
۲	حمایت از حق سلامت، پیش‌بایست همزیستی و صلح؛ مبانی تعهد حقوقی دولت‌ها به تأمین واکسن کووید-۱۹	۱۴۰۱

۵. ارجاعات به مقالات و کتب منتشره حاصل از این تحقیق (با ذکر مشخصات کتاب شناختی):

برای نمونه، مقاله مولف اینک با عنوان «نقش تراریخته‌ها در برون‌رفت از بحران آب؛ جرم‌انگاریِ بایسته در حمایت از امنیت غذایی، فصلنامه /اخلاق زیستی، دوره ۱۲، شماره ۳۷» اینک در میانه اسفندماه ۱۴۰۱، پس از گذشت دو ماه از انتشار، ۷۹ مرتبه مشاهده و ۵۴ مرتبه دانلود شده است. آدرس: <https://journals.sbmu.ac.ir/be/article/view/۲۵۸۳۲> . بدیهی است مطالعه مقاله، منجر به ارجاع‌دهی به آن نیز می‌شود؛ اما نظر به فقدان سامانه ارجاع‌سنجی، احصاء دقیق این ارجاعات میسر نیست.

۶. نقدهای مدون این تحقیق (با ذکر مشخصات کتاب شناختی):

- ۱- خاقانی اصفهانی، مهدی (۱۴۰۱)، از اقتدارگرایی پزشکی تا امنیت‌گرایی حقوقی در سیاست‌گذاری سلامت؛ عوامل، جلوه‌ها، پیامدها و راهبردهای مهار، طرح پژوهشی موظفی ارائه‌شده به پژوهشکده تحقیق و توسعه علوم انسانی «سمت».
- ۲- خاقانی اصفهانی، مهدی (۱۴۰۱)، نقد هم‌آیندی اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در سیاست‌گذاری سلامت، فصلنامه حقوق پزشکی، در حال داوری.
- ۳- خاقانی اصفهانی، مهدی (۱۴۰۱)، نقش تراریخته‌ها در برون‌رفت از بحران آب؛ جرم‌انگاریِ بایسته در حمایت از امنیت غذایی، فصلنامه /اخلاق زیستی، دوره ۱۲، شماره ۳۷.

۴- خاقانی اصفهانی، مهدی؛ رایجیان اصلی، مهرداد؛ عابدینی، عبدالله (۱۴۰۱)، مسؤولیت‌های ناشی از بیماری‌های واگیر در حقوق داخلی و بین‌المللی: نمونه‌پژوهی بیماری کووید ۱۹ با رویکرد به نقد سیاست‌گذاری عمومی حقوقی در ایران"، طرح پژوهشی (مشترک) در صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران معاونت علمی ریاست جمهوری، در مرحله اصلاحات نهایی.

۷. مدارک اقبال و پذیرش جامعه علمی به این تحقیق (در صورت وجود)

این پژوهش، مسبوق به پیشینه نیست و مطلقاً هیچ تحقیقی حتی در حد یک مقاله، در موضوع نسبت‌سنجی میان اقتدارگرایی پزشکی و امنیت‌گرایی کیفری در ایران - و طبق جستجوی اینترنتی گسترده اینجانب، همچنین در دیگر کشورها - انجام نشده است. البته پژوهش‌های ذیل‌الذکر از اینجانب در یک سویه از دوسویه‌ی پژوهش حاضر - یعنی مقوله امنیت‌گرایی کیفری - مورد ارجاع مقالات متعددی واقع شده است.

۸. نکات دیگری که ذکر آن را لازم می‌دانید.

این پژوهش، مبنایی و بنیادی است و به رغم جستجوی پژوهشی گسترده در پایگاه‌های داده‌های تحقیقات داخلی و خارجی، هیچ تحقیقی یافت نشد که اقتدارگرایی پزشکی را با امنیت‌گرایی کیفری مورد سنجش قرار داده باشد. این تحقیق، از این هم خاص‌تر است و اثرسنجی مزبور را در عطف به سیاست‌گذاری سلامت، و آن هم از منظر جرم‌شناسی حقوقی انتقادی به سیاست جنایی ایران و برخی دیگر کشورها سنجیده است.

۹. حداقل دو نفر از صاحب‌نظران و متخصصان در زمینه موضوع طرح‌نامه خود را با توجه به ابعاد علمی طرح‌نامه (با ذکر نام و نام خانوادگی، محل عضویت علمی، رتبه علمی و حتی الامکان تلفن یا آدرس تماس) به عنوان ناقد معرفی نمایید:

۱- دکتر جمشید غلاملو (عضو هیأت علمی گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه تهران)، تلفن همراه: ۰۹۱۱۳۳۳۰۵۳۵

۲- دکتر محمدهادی توکل‌پور (استادیار گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه علوم قضایی و خدمات اداری)، تلفن همراه: ۰۹۱۲۷۰۰۲۳۳۱

۱۰. حداقل یک نفر از صاحب‌نظران و متخصصان در زمینه موضوع طرح‌نامه خود را با توجه به ابعاد علمی طرح‌نامه (با ذکر نام و نام خانوادگی، محل عضویت علمی، رتبه علمی و حتی الامکان تلفن یا آدرس تماس) به عنوان مدیر برگزاری جلسه معرفی نمایید:

۱- حجه‌الاسلام والمسلمین دکتر حمید شهریاری (مدیر گروه حقوق و فقه پژوهشکده «سمت»)

یا

۲- دکتر مهرداد رایجیان اصلی (عضو گروه حقوق و فقه پژوهشکده «سمت»)

(توضیحات: همراه با طرحنامه، کارنامه علمی (رزومه) و حکم کارگزینی، ۱ نسخه کامل از کتاب یا مقاله‌ی حاوی نظریه یا نوآوری یا نقد مورد ادعا، و سایر مدارک مرتبط را به دبیرخانه کرسی‌ها ارسال فرمایید. در غیر این صورت طرح در جریان بررسی قرار نخواهد گرفت.)

(۱) نظر ارزیاب دبیرخانه کمیته دستگاهی پژوهشکده:

نام و نام خانوادگی ارزیاب

امضاء

(۲) نظر کمیته دستگاهی نظریه پردازی، نقد و مناظره پژوهشکده

نام و نام خانوادگی دبیر کمیته

امضاء