



Effect of Legal Thought in Explaining Legislative Policies in the Field of Health

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Aghiliyan S.N.*¹ MA,
Rohami M.¹ PhD,
Shambayati H.¹ PhD

How to cite this article

Aghiliyan S.N, Rohami M, Shambayati H. Effect of Legal Thought in Explaining Legislative Policies in the Field of Health. Iran Journal of Education and Community Health. 2019;6(1): 55-61.

¹Criminal Law & Criminology Department, Law Faculty, Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Correspondence

Address: Legal Management, Headquarters of the University of Medical Sciences, Building No. 1, Shariati Intersection, Hamedan, Iran. Postal Code: 651752442
Phone: +98 (81) 32533044
Fax: +98 (81) 32533577
naderaghilian@mihanmail.ir

Article History

Received: July 25, 2018
Accepted: December 17, 2018
ePublished: March 19, 2019

ABSTRACT

Introduction The right to health is one of the fundamental concepts of development that has a significant relationship with other human rights and everyone is entitled to reach the highest standard of physical and mental health. However, the history of the activities and actions of governments as well as public rights regulating public health regulations indicates a lack of the existence of the necessary and comprehensive knowledge of the institutions referred to in the public health area, as well as the lack of attention to the challenges and requirements of governments in regulating citizens' general health, and the intervention of the thought of governments in defining the policy of combating crime and deviations in this range. Therefore, the aim of this study was to review the concepts of thought, the right to health, and the legislative policy in the field of health. This study was carried out, using a documentary and library method in 2018.

Conclusion Access to health services with the aim of promoting, protecting, and securing people's health is the right of all humans. The obligation of governments to respect the right of all humans to the right to health is evident in world constitutions and statutes. However, with regard to the legal characteristics and the principles that relate to the right to public health, governments are faced with challenges in regulating this issue. The findings show that the right to health and the obstacles and challenges of governments in defining legislative policy, especially the role of the ideology governing it, have been neglected. Therefore, legislation in the field of health should be exempted without consideration of the ruling of the country.

Keywords Governing Thought; Right to Health; Legislative Criminal Law; Public Health; Regulation

CITATION LINKS

[1] A critique on human rights philosophical foundations [2] Governments regulatory challenges and requirements in the field of health [3] Welfare and the State: critical concepts in political science [4] The evolution of government intervention in economy from the perspective of public law-welfare to post regulatory governments [5] Political ideologies: an introduction [6] Architect and Law [7] W is for wellbeing and the WHO definition of health. Br J Gen Pract [8] The international right to health: what does it mean in legal practice and how can it affect priority setting for universal health coverage? Health Syst Reform [9] The scope of the right to health in international human rights law [10] Achieving health for all: A framework for health promotion [11] The nature of the right to health and the situation of the government in its [12] Concept and situation of the right to health in Iran legal system [13] Criminal policy [14] Executive policy in the Islamic Republic of Iran [Dissertation] [15] Participatory criminal policy in the Islamic Republic of Iran [Dissertation] [16] Analysis of the nature and the legal system of the state commitments in the international covenant on economic, social and cultural rights and the constitution of the Islamic Republic of Iran [17] Legal requirements of international documents in public health and the challenges facing it [18] Social determinants of health inequalities [19] Determinants of health [20] Shanghai declaration: promoting health in the 2030 program of the sustainable development

اثر اندیشه‌های حقوقی در تبیین سیاست‌های تقنینی در حوزه سلامت

سیدناذر عقیلیان * MA

گروه حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، واحد تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

محسن رهامی PhD

گروه حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، واحد تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

هوشنگ شامبیاتی PhD

گروه حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، واحد تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: حق بر سلامت، یکی از مفاهیم بنیادین توسعه است که دارای ارتباط معنی‌داری با سایر حقوق بشری است و هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دست یابد. با این وجود، پیشینه فعالیت و اقدامات دولت‌ها و نیز اشخاص حقوق عمومی تنظیم‌کننده مقررات سلامت عمومی حاکی از عدم وجود شناخت لازم و جامع در حوزه سلامت عمومی و نیز عدم توجه کافی به چالش‌ها و الزامات دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت عمومی شهروندان و مداخله اندیشه و تفکر حاکم بر کشورها در تبیین سیاست تقنینی در مبارزه با جرایم و انحرافات در این محدوده است. لذا هدف این مطالعه مروری، بررسی اجمالی مفاهیم اندیشه، حق بر سلامت و سیاست تقنینی در حوزه سلامت بود. این مطالعه با استفاده از روش اسنادی و کتابخانه‌ای در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

نتیجه‌گیری: برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی با هدف ارتقا، حفظ و تامین سلامت افراد حق تمام افراد بشر است. الزام دولت‌ها در رعایت حق دسترسی جوامع بشری به سلامت در اساسنامه‌ها و منشورهای جهانی مشهود است. به هر حال با توجه به ویژگی‌های حقوقی و نیز اصولی که در ارتباط با حق بر سلامت عمومی مطرح می‌شود، دولت‌ها با چالش‌هایی در تنظیم مقررات در این خصوص مواجه هستند. یافته‌ها نشان می‌دهد که حق بر سلامت و موانع و چالش‌های دولت‌ها در تبیین سیاست تقنینی خصوصاً نقش ایدئولوژی حاکم بر آن مورد غفلت قرار گرفته است. لذا قانونگذاری در حوزه سلامت می‌بایست بدون ملاحظه اندیشه حاکم بر کشور مشمول استثنائاتی شود.

کلیدواژه‌ها: اندیشه حاکم، حق بر سلامت، سیاست جنایی تقنینی، سلامت عمومی، تنظیم مقررات

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۶

* نویسنده مسئول: naderaghilian@mihanmail.ir

مقدمه

در اندیشه حقوق عمومی، حفظ بهداشت و تامین سلامت همگانی شهروندان به مثابه حقی بشری از جمله تکالیف غیرقابل انکار دولت‌ها در مقابل شهروندان است. اساساً تامین سلامت عمومی شهروندان در حوزه‌های مختلف حیات اجتماعی جوامع، معنا و مفهوم می‌یابد و از سوی اشخاص ذی‌صلاح حقوق عمومی اعمال می‌شود^[1]. تامین سلامت عمومی شهروندان توسط دولت که خود طیف وسیعی از اعمال و اقدامات در حوزه سلامت را شامل می‌شود، نوعی از مداخله دولت در سطح جامعه است. این اقدام به‌منظور حفظ و گسترش سلامت همگانی شهروندان و نیز ارتقای سطح سلامت آنها از طریق تنظیم مقررات و نظارت بر آن و به‌منظور اجرای سیاست‌ها و فرآیندهای خط‌مشی‌ساز در حوزه سلامت به کار می‌رود. مساله ظهور انواع نظریات حقوقی درباره میزان و نحوه دخالت دولت در عرصه‌های مختلف بهداشتی و درمانی در دوران معاصر، لزوم روشن‌ساختن جایگاه دولت در قالب نظام‌های حقوقی را امری ضروری ساخته است^[2]. با این وجود، با توجه به سابقه تاریخی موضوع و تجربه کشورهای مختلف جهان، به نظر می‌رسد که لازم است همواره میزان بهینه‌ای از مداخله دولت در هر دو حوزه مورد اشاره حفظ شود تا

جامعه نه از افراط حداکثری و نه از تفریط حداقلی مداخله دولت متضرر نشود و در این مسیر منافع عمومی شهروندان نیز تضمین شود. دولت به‌عنوان تنظیم‌کننده مقررات و سیاست‌گذار ناگزیر از دخالت در حوزه سلامت است و از این رو است که حفظ بهداشت عمومی و تامین سلامت همگانی شهروندان بدون مداخله و اعمال نظارت دولت با دشواری‌های بسیاری در مقام عمل مواجه خواهد بود^[3, 4].

در مقاله حاضر تلاش شده است تا ضمن بررسی حق بر سلامت عمومی شهروندان در عرصه سیاست‌گذاری تقنینی، با بررسی حق مورد اشاره در ذیل اندیشه حاکم بر اسناد ملی و فراملی مربوطه، چالش‌های دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت مورد بررسی و واکاوی قرار گرفته و الزامات حقوقی تنظیم مقررات توسط دولت در این حوزه ارایه و بیان شود.

این مقاله تلاش می‌کند تا برای سئوالات ذیل پاسخ‌های مناسبی را به دست آورد:

۱- با توجه به شناسایی حق بر سلامت عمومی در ذیل بسیاری از اسناد ملی و بین‌المللی، دولت‌ها در تبیین سیاست جنایی تقنینی با چه چالش‌های ایدئولوژیک در حوزه سلامت مواجه‌اند؟

۲- با توجه به چالش‌های موجود در حوزه تنظیم مقررات مرتبط با حق بر سلامت عمومی، بایسته‌ها و الزامات تنظیم مقررات در این حوزه چیست؟

لذا هدف این مطالعه مروری، بررسی اجمالی مفاهیم اندیشه، حق بر سلامت و سیاست تقنینی در حوزه سلامت بود.

این مطالعه با استفاده از روش اسنادی و کتابخانه‌ای در سال ۱۳۹۷ انجام شد. در این مطالعه براساس متون موجود به تعریف و تبیین مفاهیم حق بر سلامتی، سیاست تقنینی، وظایف دولت‌ها، محدودیت دولت‌ها و اندیشه و محدودیت در ساخت سیاست تقنینی پرداخته شد. همچنین چالش‌های دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت مورد بررسی و واکاوی قرار گرفت و الزامات حقوقی تنظیم مقررات توسط دولت در این حوزه ارایه و بیان شد.

لذا مقاله حاضر به سه قسمت کلی تقسیم شده است؛ به‌طوری که در قسمت اول به ارایه تعاریف مختلف ارایه‌شده در خصوص اندیشه، حق بر سلامتی و سیاست تقنینی پرداخته شده، در قسمت دوم وظایف دولت‌ها در خصوص دسترسی مردم به حق سلامتی و همچنین چالش‌ها و محدودیت‌های دولت‌ها در محقق‌ساختن حق سلامتی مورد بحث قرار گرفته و در قسمت آخر نیز اندیشه و محدودیت در ساخت سیاست تقنینی بیان شده است.

مفهوم اندیشه

معنی ابتدایی و متبادر به ذهن از واژه اندیشه مساوی با تفکر است و اندیشمند صاحب اندیشه‌ای خاص است، اما منظور در پژوهش حاضر از این واژه قاعده کلی است و اندیشه حاکم به مفهوم قواعدی است که همه یا اکثریت قاطع اجزای سیاست تقنینی درباره توجیه و بیان و تفسیر امور متوسل به آن شده و عنوان اندیشه حاکم را پیدا می‌کند^[5]. اندیشه در قلمروهای گوناگون کاربرد دارد؛ از جمله در قانون و قانون‌گذاری، عرف و عادت، رویه قضایی، آموزش و شناخت نظام حقوقی و آگاه‌ساختن مردم. اندیشه یا دکتترین در گذشته از جمله در حقوق روم باستان، یکی از مهم‌ترین منابع رسمی حقوق به شمار می‌آمده است^[6].

مفهوم حق بر سلامتی

سلامتی در لغت فقدان بیماری مستمر و عافیت و تندرستی یا کارکرد عادی و بهینه یک ارگانیزم در حالتی بدون بیماری یا ناهنجاری است.

در سال ۱۹۴۸ اعلامیه جهانی حقوق بشر، سلامتی را به‌عنوان بخشی از استاندارد مناسب زندگی تلقی کرده و در بند ۱ ماده ۲۵ خود "مراقبت‌های بهداشتی" را در کنار خوراک، پوشاک، مسکن و خدمات اجتماعی ضروری را جزو شرایط حداقلی اقتصادی و اجتماعی برای استاندارد مناسب زندگی و رفاه و سلامتی هر فرد دانسته است. اما مهم‌ترین سند بین‌المللی در این زمینه، میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۶۶ است که در ماده ۱۲ خود به موضوع حق بر سلامتی می‌پردازد و اشعار می‌دارد که: "کشورهای عضو این میثاق حق هر فرد را به بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح قابل حصول سلامتی جسمی و روانی به رسمیت می‌شناسند". همچنین اسناد و معاهدات بین‌المللی و منطقه‌ای دیگری نیز به فراخور موضوع خود به مقوله حق بر سلامتی پرداخته‌اند^[11].

اصول مختلف قانون اساسی از جمله اصل ۲۹، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همگان به رسمیت می‌شناسد. دومین انعکاس حق بر سلامت در قوانین ایران، سند چشم‌انداز بیست‌ساله است که ضمن توصیف مشخصات جامعه سالم ایرانی به ذکر موارد مربوط به بخش سلامت می‌پردازد. همچنین فصل هفتم برنامه چهارم توسعه اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و بخش مربوط به سلامت قانون برنامه پنجم توسعه و برنامه ششم توسعه به ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی اختصاص دارد و در آخر قوانین مربوط به بیمه به تبیین و شناسایی این حق می‌پردازد^[12].

به‌طور کلی اگر بخواهیم مولفه‌هایی را برای حق بر سلامتی ذکر کنیم، باید به چهار مولفه اساسی اشاره کرد^[9]:

الف) حق بر سلامتی حقی فراگیر و عام‌الشمول است؛ هر گاه از سلامتی صحبت می‌شود، اولین و ابتدایی‌ترین مفهومی که از آن به ذهن متبادر می‌شود، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ضروری مراکز درمانی است. دراختیارداشتن این امکانات، عنصری مهم در تحقق حق بر سلامتی است، اما در کنار آنها عناصر دیگری نیز وجود دارند که در راه نیل به حصول کامل حق بر عالی‌ترین استاندارد سلامتی جسم و روان، اهمیتی مضاعف دارند که از آن تحت عنوان "بنیادهای تعیین‌کننده سلامتی" یاد می‌شود؛ از جمله این بنیادها می‌توان به غذای کافی و مقوی، محیط زیست سالم و پاک، آب آشامیدنی بهداشتی و سالم، محیط کاری ایمن و دسترسی به داروهای اساسی اشاره کرد.

ب) حق بر سلامتی متضمن یک سری آزادی‌هاست؛ در این مفهوم آزادی به این معنی است که هیچ‌کس نباید بدون رضایت خود تحت انجام آزمایش‌ها یا معالجات پزشکی اجباری قرار گیرد.

پیشرفت علمی که در زمینه بهداشت و درمان و مسایل پزشکی صورت می‌گیرد، در کنار منافع آن، می‌تواند آثاری منفی بر سلامتی انسان داشته باشد، به‌ویژه آن گاه که انسان، موضوع انجام انواع آزمایش‌های بالینی برای ارزیابی میزان کارایی داروها و شیوه‌های درمانی جدید قرار می‌گیرد. هر گونه آزمایش و تحقیق پزشکی اجباری می‌بایست ممنوع شمرده شده و رضایت فرد در هر مورد باید از قبل اخذ شود و بر این اساس، هیچ‌کس نباید به شکنجه و رفتارها و مجازات ظالمانه و غیرانسانی محکوم شود (استناد به ماده ۷ میثاق حقوق مدنی و سیاسی). در نتیجه واضح است که به نام پیشرفت علم و دانش پزشکی، نمی‌توان آموزه‌های بنیادین حقوق بشری همچون حیات و سلامتی انسان را که ریشه در حیثیت ذاتی او دارند، نادیده گرفت؛ امری که در بیانیه هلسینکی و اصلاحات متعدد آن مورد تأکید جامعه جهانی قرار گرفته است.

ج) حق بر سلامتی شامل استحقاق فردی است؛ انسان حق دارد که در

اما با توجه به تعریف سلامتی که در مقدمه اساسنامه سازمان بهداشت جهانی آمده است، سلامتی نه صرفاً به معنی فقدان بیماری، بلکه در مفهوم سلامتی کامل جسمی و روانی قلمداد شده است و هدف سازمان بهداشت جهانی و همه دولت‌ها را ارتقای سطح سلامتی تمام افراد تا بالاترین حد ممکن تلقی کرده است و همان طور که می‌دانیم سلامتی جنبه نسبی داشته و تعریف آن نسبت به افراد، محیط زندگی و کار آنان می‌تواند متفاوت باشد^[7].

سلامتی انسان یکی از لوازم اولیه برخورداری از حیاتی شرافتمندانه محسوب می‌شود و در عین این که برای بهره‌مندی از دیگر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد، تحقق و بهره‌مندی از خود این حق نیز در گرو وجود عناصری دیگر است.

برخورداری از یک استاندارد مناسب زندگی، متضمن دسترسی به غذای کافی، آب آشامیدنی سالم، محیط زیست پاک، بهره‌مندی از سیستم بهداشت عمومی و مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی اولیه، آرایه پوشش‌های بیمه‌ای دولتی، خصوصی یا مختلط و دسترسی به داروهای اساسی و به‌طور کلی، دستیابی به مفاهیم ابتدایی و اولیه سلامتی است و بر این اساس، حق بر سلامتی در رابطه‌ای دوسویه و متقابل با اولین حق بشری (حق نسل اول) یعنی حق حیات قرار دارد و می‌توان آن را حلقه ارتباطی میان نسل‌های مختلف حقوق بشر قرار داد^[8].

به‌واقع، این حق در پیوندی ناگسستنی با حق حیات و حق بهداشت و تأمین اجتماعی (حق نسل دوم) و حتی برخورداری از محیط زیست سالم (حق نسل سوم) و حقوق بشر گره خورده و از این رو، این حق را می‌توان به‌عنوان یکی از حقوق بنیادین قلمداد کرد که برای تحقق سایر حقوق ضرورت دارد^[8].

در تحلیل نهایی، تمامی حق‌ها به یک قاعده بنیادین به نام حیات انسان می‌رسند. در واقع تمام حق‌ها و آزادی‌ها مقوم ذات حق بر حیات هستند. به همان اندازه که حقوق مدنی و سیاسی در این زمینه اهمیت دارند، حقوق اقتصادی و اجتماعی نیز دارای اهمیت هستند، چرا که برخورداری از حداقل‌های بهداشتی، لازمه حیات و حیثیت ذاتی انسان به شمار می‌رود. به عبارت دیگر، عدم برخورداری از حداقل‌ها به‌منزله انکار والاترین ارزش‌های انسانی بوده و حقی بنیادین، که برای تحقق و بهره‌مندی از سایر حق‌ها و آزادی‌ها ضرورت دارد، قلمداد می‌شود^[9].

در رابطه با این مفهوم باید میان دو مفهوم "حق بر سلامتی" و "حق بر سالم‌بودن" تفکیک قائل شد؛ چرا که سالم‌بودن به فقدان بیماری دلالت دارد، اما حق بر سلامتی فراتر از صرف نبود بیماری است و دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی است؛ حقی است که مستلزم برخورداری از فرصت‌های برابر برای همه است تا بتوانند از امکانات، تسهیلات، خدمات و شرایط لازم برای تحقق این استاندارد برخوردار شوند^[9].

سالم‌بودن فقط یک برداشت حداقلی از حق بر سلامتی است و "حق بر بهره‌مندی از عالی‌ترین استاندارد سلامتی"، مجموعه‌ای از پیش‌شرط‌ها و استلزامات را در خود نهفته دارد که لازمه تحقق آن هستند^[9].

سلامتی به‌عنوان یک حق بشری اولین بار در سال ۱۹۴۶ در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی به رسمیت شناخته شد. مقدمه اساسنامه، حق بر سلامتی را نیل به "حالت کامل بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری یا ضعف" توصیف کرده است. همچنین ماده یک آن "تحقق عالی‌ترین سطح ممکن بهداشت برای همه افراد" را به‌عنوان رسالت اصلی سازمان معرفی می‌کند. قابل توجه است که مجمع سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۸ برنامه و دستور کار "سلامتی برای همه افراد در قرن بیست‌ویکم" را تدوین کرد^[10].

ملاحظه و بررسی هستند^[14]. در پاسخ به این پرسش می‌بایستی به این مقوله توجه ویژه داشت که اساساً نظر به تحقق تدریجی این موارد که متکی بر صرف هزینه از سوی دولت‌ها و نیز طی زمان با استفاده حداکثری از منابع در دسترس است، دولت‌ها تماماً مکلفند تا با جهد و تلاش حداکثری در مسیر دستیابی به عالی‌ترین استانداردهای قابل حصول سلامت عمومی جسمی و روانی شهروندان خویش حرکت نمایند.

از این رو است که تعهدات دولت‌ها در قبال تامین سلامت عمومی شهروندان را می‌بایست از نوع تعهدات به وسیله دانست. با این وجود، این گزاره نافی تعهدات دولت‌ها در عینیت بخشیدن به اهداف عالییه مندرج در قوانین اساسی و قوانین عادی مصوب مجالس قانون‌گذاری آنها نیست^[15]. بنابراین تعهدات دولت‌ها در قبال شهروندان نیز در حوزه سلامت عمومی در دو محور تعهدات فوری مشتمل بر تامین حداقل استانداردهای ضروری حق بر سلامت، جلوگیری از تبعیض نسبت به افراد در برخورداری از حق بر سلامت و اتخاذ اقدامات دقیق و مثبت در جهت تحقق تدریجی حق بر سلامت و نیز تعهدات تدریجی که مستلزم برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت و بلندمدت و نیز سیاست‌گذاری و تقنین در حوزه سلامت بوده، قابل احصا است^[16].

محدودیت دولت‌ها

با توجه به ویژگی‌های حقوقی و نیز اصولی که در ارتباط با حق بر سلامت عمومی مطرح می‌شود، اشاره به چالش‌های تنظیم مقررات در این حوزه نیز ضروری به نظر می‌رسد^[12].

الف) عدم وجود اجماع در خصوص معنا و مفهوم سلامت و میزان گستردگی حوزه شمول آن: به‌طور کلی تندرستی یا سلامت عبارت از تامین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی انسان است. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، تندرستی تنها فقدان بیماری یا نواقص دیگر در بدن نیست، بلکه تندرستی، نداشتن هیچ‌گونه مشکل روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت جسمانی برای هر فرد جامعه است. سلامت، مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد. به‌علاوه، سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد^[17].

باید توجه داشت مفهوم سلامتی، مطلق نبوده و نسبی است و در زمان‌ها و مکان‌های مختلف ممکن است مفهوم آن متفاوت باشد. سلامتی یک مساله چندبعدی است. شاید بتوان تقسیم‌بندی سلامتی به سلامت جسمانی و بدنی و سلامت ذهنی و روانی را تقسیم‌بندی مناسب و مطلوبی برای پرداختن به حق بر سلامت عمومی شهروندان دانست. چنانچه ملاحظه می‌شود نخستین چالش هیات اجتماع در تنظیم مقررات در حوزه سلامت به نامعین بودن و نامشخص بودن مفهوم سلامتی و حقوق مرتبط بدان باز می‌گردد.

ب) تنوع موضوعات و مسایل مربوط به حوزه سلامت عمومی: امروزه اهمیت توسعه بهداشت و سلامت عمومی برای برقراری عدالت اجتماعی در حوزه سلامت و توانمندسازی شهروندان به‌منظور برخورداری از شرایط مناسب ادامه حیات و فعالیت در مسیر رشد و تکامل انسانی بر هیچ کس پنهان نیست. با این توضیح شناخت حوزه‌های مربوط به سلامت به‌منظور برنامه‌ریزی و انجام اقدامات لازم برای توسعه، بهبود شرایط بهره‌مندی شهروندان از آن و ارتقای میزان آن در سطح جامعه امری ضروری و لازم به نظر می‌رسد. امری که در عین قابل‌فهم بودن، به‌دلیل تنوع و فراوانی موضوعات آن به‌آسانی دست‌یافتنی نیست، به‌طوری که همین امر، تنظیم مقررات در حوزه سلامت را با مشکل مواجه می‌سازد. طیف وسیعی از اقدامات مورد انتظار از دولت‌ها شامل تنظیم مقررات

محیط و جامعه‌ای سالم و امن زندگی کند، چرا که برخورداری از محیط زندگی و اجتماع سالم، لازمه رشد بالنده انسان است. دولت‌ها موظف هستند تا حد امکان محیطی سالم را فراهم کنند تا شهروندان آنها بتوانند در چنین محیطی، حیاتی همراه با سلامتی و رفاه داشته باشند و از فرصت‌های برابر برای بهره‌مندی از عالی‌ترین سطح سلامتی برخوردار باشند. از جمله این فرصت‌ها می‌توان به دسترسی به داروهای اساسی، خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اساسی، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری‌ها، بهداشت جنسی و بارداری، زایمان و مراقبت‌های قبل و بعد از آن و آموزش بهداشت فردی و جمعی اشاره کرد.

د) رعایت اصل عدم تبعیض و انصاف در توزیع مناسب و عادلانه امکانات و خدمات بهداشتی نقش مهمی در نیل به استاندارد بالاتر سلامتی دارد. دولت‌های عضو باید حقوق مندرج در میثاق را بدون تبعیض از هر حیث برای همه تضمین کنند. در این میان برخی گروه‌ها مستحق رفتار ترجیحی نیز هستند و نیازهای آنها باید مورد توجه خاص قرار گیرد از جمله زنان، کودکان، افراد سالخورده و معلولان.

سیاست تقنینی

سیاست جنایی به اعتبار عاملان و سازمان‌ها و نهادهای مداخله‌کننده در آن به چهار نوع سیاست تقنینی، قضایی، اجرایی و مشارکتی تقسیم می‌شود که سیاست تقنینی مرتبط با موضوع پژوهش حاضر عملاً نوع نگرش قضات و برداشت قانون‌گذار را نمایش می‌دهد که اصولاً در قالب جعل و وضع نصوص قانونی عینیت می‌یابد. مقنن در مرحله سیاست‌گذاری در عرض نهاد جرم‌انگاری و تعیین نظام واکنش‌دهی در قبال اعمال مجرمانه می‌بایست نسبت به انحرافات و راهبردهای اجرایی مناسب در راستای واکنش در مقابل آنان و همچنین نقش جامعه مدنی در این راستا به‌صورت موازی توجه نماید و در بعد سیاست تقنینی، انحرافات از موضوعات بسیار مهم محسوب می‌شوند. بنابراین سیاست تقنینی، طرز برداشت و تلقی مقام قانون‌گذاری در قالب وضع و تصویب قوانین مختلف است. غالباً در همه جوامع نهاد قدرت مرکزی، نظارت و مداخلت محسوسی در مرجع یا مراجع قانون‌گذاری دارد و لذا بدیهی است که میان نوع اندیشه حاکم سیاسی و مدل قانون‌گذاری در یک جامعه ارتباط مستقیم وجود دارد، اما نباید این ارتباط سبب شود که مرجع قانون‌گذاری ماهیتی کاملاً سیاسی و غیرعلمی به خود بگیرد^[13].

وظایف دولت‌ها

حق بر سلامت عمومی به‌عنوان یکی از حقوق اجتماعی شهروندان در میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶م.) در قالب نسل دوم حقوق بشر مورد شناسایی قرار گرفته است. بی‌تردید تعهدات دولت‌ها نیز در ارتباط با این دسته از حقوق شهروندان همانند دیگر اقسام این دسته از حقوق تعهداتی، مستلزم مداخله دولت است. مداخله‌ای که از یک سو می‌بایست در جهت تحقق هر چه مطلوب‌تر و باکیفیت‌تر با توان حداکثری اقدام شود و از دیگر سو ضمن برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و مقررات‌گذاری به‌طور تدریجی در جهت تامین سلامت عمومی آحاد شهروندان گام برداشته شود^[2]. در یک تقسیم‌بندی کلی، تعهدات دولت‌ها در قبال حق بر سلامت عمومی شهروندان را می‌توان تعهد به احترام، تعهد به حمایت و سرانجام تعهد به ایفا و اجرا برشمرد. نکته قابل توجه در اجرای مفاد این حق در ارتباط با شهروندان، چالش موجود میان نوع و جنس تعهد دولت‌ها است. بدین معنی که آیا این تعهدات در زمره تعهدات به وسیله قابل شناسایی‌اند یا آن که در ذیل تعهدات به نتیجه قابل

سلامت عمومی است. این امر به‌روشنی در ارتباط با وضعیت تخصیص بودجه به حوزه سلامت به‌طور عام و موارد مختلف قابل طرح ذیل آن به‌صورت خاص نیز قابل ملاحظه است.

ه) تغییر دولت‌ها و آشفتگی در تصمیم در حوزه سلامت: به‌طور کلی از آنجا که در عصر کنونی هر شخص نامزد تصدی قوه مجریه، بنا بر اهداف و برنامه‌های خاص ارائه‌شده در ایام برگزاری انتخابات موفق به اخذ رای شهروندان به‌منظور تصدی قوه مذکور و تشکیل کابینه می‌شود، تفاوت در رؤس برنامه‌ها و اولویت‌های اجرایی امری پذیرفتنی و قابل فهم است. با این حال تغییر رویکرد دولت‌ها در ارتباط با وضعیت نظام سلامت هر کشور می‌تواند به نحو قابل توجهی بر وضعیت استیفای حق بر سلامت عمومی شهروندان موثر باشد به نحوی که بسیاری از دولت‌ها از طریق احزاب سیاسی طرفدار خود با ارائه شعارهای انتخاباتی در حوزه‌های حقوق و آزادی‌های سیاسی، مطالبات مدنی یا بهبود وضعیت نظام سلامت و تامین حقوق اجتماعی شهروندان بر مسند قدرت تکیه زده و افسار حکمرانی بر ملت را به دست می‌گیرند. دقیقاً در همین جا است که ممکن است به‌دلیل تغییر دولت‌ها و متعاقباً تغییر سیاست‌های اجرایی، برنامه‌ها و اولویت‌ها توجه به حق بر سلامت عمومی شهروندان و نظام سلامت در صدر برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات دولت جدید منتخب شهروندان قرار گرفته یا آن که مقوله سلامت در اولویت بعدی برنامه‌ریزی و اجرا قرار گیرد. از این رو است که این مهم خود می‌تواند به‌عنوان چالش بزرگ دیگری برای دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت مطرح باشد. (و) مغایرت قوانین و مقررات پایین‌دستی با قوانین و مقررات بالادستی در حوزه سلامت: علی‌الاصول، با توجه به نظام حقوقی هر کشور سلسله‌مراتبی از هنجارها و ارزش‌ها در تدوین قوانین و مقررات موضوعه به‌طور پیشینی وجود داشته که هر کدام از نهادها و اشخاص برخوردار از حق قانون‌گذاری و تنظیم مقررات می‌بایست در تهیه، تنظیم و تدوین و تصویب قوانین و مقررات با ملحوظ نظر قراردادن این سلسله‌مراتب قوانین و مقررات اقدام به قانون‌گذاری یا تنظیم مقررات نمایند، لذا عدم رعایت این امر در حوزه سلامت می‌تواند ضمن عدم تامین الزامات و تکالیف حقوقی مندرج در قوانین و مقررات موضوعه بالادستی، علاوه بر ایجاد تشتت آرا و اقدامات اجرایی، محرومیت شهروندان را از بهره‌مندی از حق بر سلامت عمومی به‌طور کامل سبب شود یا تنها میزان کمی از این حقوق را برای شهروندان دست‌یافتنی نماید.

ز) تعارض منافع نهادها و موسسات عمومی با منافع نهادها و موسسات خصوصی در ارائه خدمات مربوط به سلامت به شهروندان: به‌طور کلی با توجه به فلسفه وجودی شکل‌گیری ناهمسان و نیز ماهیت متفاوت اقدامات نهادها و موسسات عمومی با نهادها و موسسات خصوصی، اهداف و کارکردهای گوناگونی نیز برای این دو قابل تصور و بررسی است. این تعارض منافع، که به‌عنوان جزئی جدایی‌ناپذیر از ساختار سازمانی این نهادها مورد قبول قرار گرفته است، عموماً منجر به این امر می‌شود که نهادها و موسسات عمومی در جهت تامین منافع عمومی و جامعه گام برداشته و نهادها و موسسات خصوصی نیز در جهت تامین منافع خصوصی و بنگاه اقتصادی خویش و بیشینه‌نمودن آن با توسل به تمامی ابزارهای ممکن گام بردارند. از این رو تعارض منافع عمومی و خصوصی در این زمینه به‌روشنی قابل مشاهده است؛ به‌طور مثال، نهادها و موسسات بخش خصوصی به‌منظور دستیابی به اهداف خود و کسب سود، اقدامات گسترده‌ای نظیر دخل و تصرف در منابع طبیعی و محیط زیست، ایجاد کارخانه‌ها و صنایع تولیدی آلودگی‌زا و ایجاد، نصب و بهره‌برداری از آنتن‌های تلفن همراه می‌نمایند که بی‌تردید هر کدام از

در حوزه بهداشت عمومی، بهداشت محیط کار و زندگی، بهداشت مادر و کودک، بهداشت سالمندان و اقشار آسیب‌پذیر، پیشگیری از بیماری‌های واگیردار نظیر ایدز و کنترل بیماری‌های غیرواگیر مانند سرطان‌ها و بیماری‌های نادر، امور مرتبط با جمعیت و تنظیم خانواده، نظارت بر وضعیت تولید و توزیع مواد غذایی، بهداشتی و آرایشی و دارو، پیشگیری از شیوع فراگیر بیماری‌های دام و طیور و انجام اقدامات لازم به‌منظور کنترل و درمان آن، اجرای طرح‌های واکسیناسیون سراسری در سطح ملی در ارتباط با دیفتری، کزاز، سیاه‌سرفه، سرخک و فلج اطفال، ایجاد قرنطینه در مواقع اضطراری و مبارزه با شیوع بیماری‌هایی مانند مالاریا، آبله، حصبه و هاری، جلوگیری از گسترش آلودگی‌های مختلف زیست‌محیطی اعم از آلودگی هوا، آلودگی صوتی و آلودگی‌های ناشی از زایدات جامد و زیاده‌های صنعتی و انسانی و کاهش آن، و اثرات سوء مواد مخدر و قرص‌ها و مواد اعتیادآور در اقسام مختلف آن، تنوع و تعدد موضوعات قابل پرداختن در این حوزه را به‌روشنی بیان می‌نماید که به‌عنوان دومین چالش دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت قابل شناسایی و بررسی است.

ج) گوناگونی عوامل موثر و تعیین‌کننده بر سلامت شهروندان: اساساً تعیین‌کننده‌های سلامتی بسیار گسترده و متنوع است [18، 19]، به‌طوری که مهم‌ترین آنها عبارتند از:

- عوامل ژنتیک و فردی نظیر سن، جنسیت، شغل، طبقه اجتماعی، وضع تغذیه

- عوامل محیطی مانند آب و هوا، مسکن، تراکم جمعیت، آب، خاک و شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، جغرافیایی

- شیوه‌های زندگی مردم مثل عادات غذایی، تحرک و عدم تحرک، نوع تفریحات و سرگرمی‌ها، نحوه ارتباط با سایر افراد جامعه

- وسعت و کیفیت ارائه خدمات نظیر سیاست‌های بهداشتی جامعه و نحوه ارائه خدمات، افزایش پوشش واکسیناسیون، بهسازی محیط، تامین آب آشامیدنی سالم، مراقبت گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه مانند مادران و کودکان و نظایر آن و نیز توزیع عادلانه خدمات

- عوامل دیگری نظیر سطح سواد، وضعیت تغذیه، سیستم ارتباطات و وسایل ارتباط جمعی، وضعیت جاده‌ها و شرایط اقتصادی اجتماعی، میزان درآمد سرانه، تفریحات و سرگرمی‌های سالم، امید به زندگی، مشارکت مردم در برنامه‌های ارتقای سلامت

بی‌گمان این گوناگونی عوامل موثر و تعیین‌کننده بر سلامتی شهروندان می‌تواند خود به‌عنوان سومین چالش در فرآیند تنظیم مقررات از سوی دولت در حوزه سلامت عمومی تلقی شود.

د) هزینه‌بر بودن و زمان‌بر بودن ارائه خدمات به شهروندان در حوزه سلامت (محدودیت‌های زمانی و بودجه‌ای): چنانچه تجربه تاریخی دولت‌ها در سطح جهان نشان داده است، صرف نظر از دولت‌های اقتدارگرایی که توجه چندانی مطلوبی به وضعیت حقوق و آزادی‌های شهروندان نداشته‌اند، آن دسته از دولت‌هایی که برای حقوق و آزادی‌های شهروندان خود ارزش و احترام قائل بوده و در جهت تحقق آن حقوق از طریق سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، قانون‌گذاری و تنظیم مقررات حمایتی کوشیده‌اند، در تمامی اقدامات خود با دو مقوله هزینه‌بر بودن و زمان‌بر بودن ارائه خدمات به شهروندان در حوزه سلامت مواجه بوده‌اند.

بدیهی است این دو امر به‌عنوان محدودیت‌های بنیادین خارج از اراده دولت‌ها در تحقق حق بر سلامت عمومی شهروندان همواره وجود داشته است. از این رو دولت ناگزیر به لحاظ نمودن آن دو در ارتباط با سیاست‌گذاری در حال انجام در حوزه سلامت و برنامه‌های توسعه خدمات بهداشتی و درمانی و قانون‌گذاری و تنظیم مقررات در حوزه

سواد سلامت، حمایت از برخورداری افراد از زندگی سالم و تقدم سلامت افراد آسیب‌پذیر در اولویت قرار گرفت^[20].

نتیجه‌گیری

اندیشه حاکم نباید منشأ قانون‌گذاری و هدایت و مدیریت جامعه باشد، زیرا حاکمیت اندیشه به‌خاطر احکام ثابت و لایتغیر خود تلاش خواهد کرد تا دیگر دیدگاه‌ها را حذف کند و تمام جنبه‌های زندگی مردم صرفاً از دریچه اعتقادات خاصی نگاه می‌شود. در نتیجه اتخاذ تصمیم و سیاست‌گذاری یا ارجاع آن به ایدئولوژی به معنی نفی خرد انسان‌ها و قدرت عقلانی آنان است.

بنابراین در صورتی که براساس موازین عقلی و با توجه به ضروریات اجتماعی لازم باشد که سیاستی در خصوص تعدی به بهداشت و سلامت عمومی جامعه اتخاذ شود این امر محقق نمی‌شود مگر این که با موازین اندیشه حاکم مغایرت نداشته باشد. به این ترتیب هر گونه نماد جمهوریت از نظام حاکمیتی حذف شده و هر گونه مخالفت و انتقاد با ضوابط و مقررات منطبق با اندیشه حاکم و تبیین سیاسی برخلاف آن مخدوش اعلام می‌شود.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از جناب آقای دکتر سلمان خزایی که در جست‌وجوی کتابخانه‌ای متون، نویسندگان را یاری نمودند قدردانی به عمل آورند.
تأییدیه اخلاقی: موردی از سوی نویسندگان بیان نشده است.
تعارض منافع: این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان ندارد.

سهم نویسندگان: سیدناذر عقیلیان (نویسنده اول)، نگارنده مقاله/پژوهشگر اصلی (۵۵٪)؛ محسن رهامی (نویسنده دوم)، نگارنده مقاله/پژوهشگر کمکی (۲۵٪)؛ هوشنگ شامبیاتی (نویسنده سوم)، روش‌شناس (۲۰٪)

منابع مالی: این پژوهش بخشی از پایان‌نامه دکترای رشته حقوق کیفری و جرم‌شناسی است.

منابع

- 1- Javid MJ. A critique on human rights philosophical foundations. Volume 1. 1st Edition. Tehran: Mokhatab Publications; 2014. Pp. 87-88. [Persian].
- 2- Asgharnia M. Governments regulatory challenges and requirements in the field of health. Med Law J. 2016;10(37):35-57. [Persian]
- 3- Deakin N, Finer CJ, Matthews B. Welfare and the State: critical concepts in political science. Volume 3. 1st Edition. New York: Routledge; 2004.
- 4- Petoft A, Momeni Rad A. The evolution of government intervention in economy from the perspective of public law-welfare to post regulatory governments. Public Law. 2015;17(47):185-204. [Persian]
- 5- Haywood A. Political ideologies: an introduction. Rafiei Mehrabadi M, translator. 1st Edition. Tehran: Ministry of Foreign Affairs; 2000. p.31. [Persian]
- 6- Seghatoleslam M. Architect and Law. 1st Edition. Tehran: Alborz Publications; 2013. [Persian]
- 7- Misselbrook D. W is for wellbeing and the WHO definition of health. Br J Gen Pract. 2014;64(628):582.
- 8- Dittrich R, Cubillos L, Gostin L, Li R, Chalkidou K. The international right to health: what does it mean in legal practice and how can it affect priority setting for universal health coverage? Health Syst Reform. 2016;2(1):23-31.
- 9- Javid E, Niavarani S. The scope of the right to health in international human rights law. Public Law. 2014;15(41):47-70. [Persian]

این اقدامات می‌تواند به نحوی بر وضعیت سلامت عمومی شهروندان به نحو منفی اثرگذار باشد.

حل و فصل این تعارض‌ها اگر چه در نگاه نخست با توسل دولت به قدرت عمومی به‌عنوان ابزار تحمیل اراده و حکمرانی امری ساده و آسان به نظر می‌رسد، اما با نگاهی عمیق‌تر شاهد آن هستیم که با توجه به تغییرات ساختاری نظام جوامع مدرن در تهیه، توزیع و ارایه خدمات و کالاها به شهروندان و حرکت از دولت رفاه به سوی دولت ژاندارم، تنظیم این امور با دشواری‌های خاصی انجام‌پذیر است. این چالش به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی دولت‌ها در تنظیم مقررات در حوزه سلامت نیازمند مد نظر قراردادن ملاحظات حقوقی و غیرحقوقی بسیاری از سوی اشخاص و نهادهای تنظیم‌کننده مقررات است.

ح) عدم وجود ضمانت از اجراهای کافی و موثر در حمایت از حق بر سلامت عمومی شهروندان: اساساً برای اطمینان از اجرای هر قاعده حقوقی، تدابیری نیاز است که براساس آن عکس‌العمل متناسبی در مورد تخلف از اجرای قواعد مزبور در نظر گرفته شود. هر تخلفی نیز اساساً ضمانت اجرا و عکس‌العمل خاص خود را اقتضا می‌نماید. اصطلاح حقوقی ضمانت اجرا به معنی حمایت مراجع رسمی ذی‌صلاح در اعمال قانون، مبین همین ضرورت اجتماعی است. از این رو است که قواعد و مقررات حقوقی، همواره نیازمند ضمانت‌های اجرایی هستند تا از آن طریق، از اجرای هر چه مطلوب‌تر آن اطمینان حاصل شود. عدم وجود ضمانت اجراهای کافی و موثر در حوزه سلامت نیز به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های تنظیم مقررات در حوزه سلامت مستلزم بررسی، تدبیر و چاره‌اندیشی حقوقی است.

اندیشه و محدودیت در ساخت سیاست تقنینی

اندیشه‌های حقوقی از طرق گوناگون در فرآیند قانون‌گذاری مداخله می‌نمایند. در حقیقت نظام سیاست‌گذاری تقنینی و مجموعه عملکردهای آن، تنها برون‌داد و خروجی یک دستگاه فکری و عقیدتی تلقی می‌شوند و دامنه این نظام فکری و عقیدتی به‌عنوان اندیشه در این فرآیند و تعیین میزان مداخله آن در شکل‌گیری نظام برنامه‌ریزی قانونی در حوزه سلامت مد نظر است. اصل اجتناب‌ناپذیری مداخله اندیشه در سیاست‌گذاری تقنینی می‌بایست بر مبنای ضوابط عقلی و علمی تخصیص بخورد و اندیشه باید در ساخت تقنینی مورد ملاحظه قرار گیرد که توجیه عقلی و علمی هم داشته باشد. با پذیرش این اصل، دامنه و محدوده‌ای فراهم می‌شود که در سطح آن امکان ارایه مجموعه‌ای از راهکارهای اثربخش برای ارتقای نظام پاسخ‌دهی جنایی به‌منظور کاهش جرایم و انحراف در حوزه سلامت محقق می‌شود.

اندیشه حاکم مبنای بروز و ظهور برخی آثار سلبی نسبت به سیاست‌گذاری تقنینی در حوزه سلامت است. چنین آثار و نتایجی پیش از آن که به‌طور مستقیم بر مجموعه برنامه‌ها و تدابیر پاسخ‌دهی در جرایم علیه بهداشت و سلامت عمومی تأثیرگذار باشند، ماهیت و نفس نظام سیاست‌گذاری تقنینی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. به عبارت دیگر، ماهیت سیاست‌گذاری تقنینی به گونه‌ای است که شکل‌گیری و نیز عملکرد آن، در خارج از خطوط سلبی ترسیم‌شده، ناممکن و غیرقابل تصور است.

ضمن این که با توجه به بستر جدید جهانی برای ارتقای سلامت، چالش‌های امنیت سلامت، فعالیت نیروهای قدرتمند تجاری به‌منظور خنثی‌سازی اقدامات بهداشتی و این مهم که رشد اقتصادی به‌تنهایی نمی‌تواند بهبود سلامت جامعه را تضمین کند، نمایندگان کشورها و سازمان‌ها را بر آن داشت تا به گزینه‌های سیاسی برای ارتقای سلامت توجه ویژه‌ای نمایند. در بیانیه شانگهای حاکمیت مناسب، اقدام محلی از طریق شهرها و جوامع، توانمندسازی افراد از طریق ترویج

- 16- Esmaeili M, Aminipajouh H. Analysis of the nature and the legal system of the state commitments in the international covenant on economic, social and cultural rights and the constitution of the Islamic Republic of Iran. *Q J Public Law Knowledge*. 2016;5(14):69-94. [Persian]
- 17- Abbasi M, Dehghani Gh, Rezaei R. Legal requirements of international documents in public health and the challenges facing it. *J Med Counc Iran*. 2015;33(2):138-46. [Persian]
- 18- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104.
- 19- McKeown T. Determinants of health. In understanding and applying medical anthropology, Brown PJ, Closser S, editors. 3rd Edition. New York: Routledge; 2016.
- 20- Taheri Kharameh Z, Barati M, Malekpoor F. Shanghai declaration: promoting health in the 2030 program of the sustainable development. *J Educ Community Health*. 2018;4(4):1-3. [Persian]
- 10- Epp J. Achieving health for all: A framework for health promotion. *Health Promot*. 1986;1(4):419-28.
- 11- Mottaghi S, Seyfi A, Doroudian M. The nature of the right to health and the situation of the government in its. *Islamic Law Res J*. 2017;18(46):123-48. [Persian]
- 12- Abbasi M, Rezaei R, Dehghani Ch. Concept and situation of the right to health in Iran legal system. *Med Law J*. 2014;8(30):183-99. [Persian]
- 13- Kounani S, Ansari J, Mendeni I. Criminal policy. 1st Edition. Tehran: Majd Publication; 2012. p.49. [Persian]
- 14- Babai khanesar A. Executive policy in the Islamic Republic of Iran [Dissertation]. Tehran: University of Tehran, Faculty of Law and political Science; 2011. [Persian]
- 15- Rostami V. Participatory criminal policy in the Islamic Republic of Iran [Dissertation]. Tehran: University of Tehran, Faculty of Law and political Science; 2011. [Persian]