فصلنامه مطالعات حقوق
Journal of Legal Studies
شماره بیست و چهارم. تابستان ۱۳۹۷، صص۱۵۷-۱۴۱ Vol 2. No 24. 2018, p 141-157
شماره شاپا (۲۵۳۸-۶۳۹۵) ISSN: (2538-6395)

سیاست جنایی ایران در حق بر سلامت

بهار وایزی
گروه حقوق واحد تهران، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز، ایران
bahar8302@yahoo.com

چکیده
حق بر سلامت به عنوان یک حق ذاتی به این معناست که هر کس حق داردتا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دست یابی داشته باشد و این حق تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست تمیز را در بر می‌گیرد. وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تاثیر گذار بر آن موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است لذا دولتها برای تامین امکان یک زندگی سالم ملزم به انجام اقدامات در حوزه وسیعی می‌باشند در این تحقیق هدف ما بیشتر بررسی حق بیمار بر سلامتی و حقوق عمومی و خصوصی که بیمار دارد می‌باشد از طرف دیگر به بررسی حق پزشک و حق حاکمیت نیز پرداخته می‌شود و ضمن بررسی قوانین و مقرراتی که این حق را به رسمیت شناخته اندبه بیان مفهوم و جایگاه این حق بر سلامت در نظام حقوقی ایران پرداخته ایم و بررسی معیارها و مبانی افتراق جرایم و تخلفات مربوط به حوزه سلامت (بهداشت، درمان و دارو).

واژه‌های کلیدی: حق سلامت، نظام حقوقی ایران، جرایم پزشکی، تخلفات پزشکی، حق ذاتی

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

مقدمه:

امروزه حجم تنوع و پیچیدگی قوانین و مقررات و آیین نامه ها و دستور العمل ها در حوزه کاری سلامت (پزشکی، دارویی، دندانپزشکی، مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی) به قدری زیاد است که همت گذاشتن بر گرد آوری و تفسیر آن‌ها مشکل شده است و از طرفی در هر برهه ای از زمان مقررات جدیدی که برآورنده نیازها و خواسته‌ی اجتماعی جامعه باشد توسط مراجع ذیصلاح وضع می شوند که می توانند ناسخ و منسوخ یکدیگر باشند، لذا آگاهی از آنها از اهم واجبات است. در این راستا پیشنه ای همچون اصول مختلف قانون اساسی از جمله اصل ۲۹، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی رابرای همگان به رسمیت می شناسد را می‌توان نام برد. دومین انعکاس حق بر سلامت در قوانین ایران، سند چشم انداز بیست ساله است که ضمن توصیف مشخصات جامعه سالم ایرانی به ذکر موارد مربوط به بخش سلامت می پردازد. همچنین فصل هفتم برنامه چهارم توسعه اقتصادی – اجتماعی و فرهنکی جمهوری اسلامی ایران و بخش مربوط به سلامت قانون برنامه پنجم توسعه به ارتقا سلامت و بهبود کیفیت زندگی اختصاص دارد و در اخر قوانین مربوط به بیمه به تبیین و شناسایی این حق می پردازد.

حق بر سلامت در بر گیرنده شرایطی است که دولت‌ها برای تامین امکان یک زندگی سالم، متعهد به فراهم کردن آن می‌باشند. حق بر سلامت به منزله یکی از حقوق بنیادین بشری در اسناد ملی و بین المللی جایگاهی ویژه دارد (هاشمی، سید محمد، ۱۳۸۲، حقوق بشر و آزادی های اساسی).

و از جمله اصول پذیرفته شده در همه کشورها از جمله جمهوری اسلامی ایران است. ایران بر این اساس به کنوانسیونهایی از قبیل میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، کنوانسیون بین المللی محوهمه ی اشکال تبعیض نژادی و کنوانسیون حقوق کودک که حق بر سلامت را به رسمیت شناخته اند پیوسته است. در این مقاله علاوه بر شناسایی این حق سعی شده است به بررسی جرایم و تخلقات پزشکی بپردازیم و مراجع و سیاست جنایی ایران در برخورد با موارد گفته شده را مورد مطالعه قرار دهیم.

فصل اول: شناسایی حق

مبحث نخست: مفهوم شناسی و انواع حق

در ابتدا باید بررسی کنیم و بدانیم این حق بر سلامت چه نوع حقی می باشد. این امر به معنای ان است که شخص بیمار در موقعیتی قرار دارد که بر اساس آن دارای حقوقی است. لیکن صرف داشتن حق، بیانگر ماهیت حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری نیست، . حق نوعی امتیاز است که در قالب آن افراد دارای امتیازها و یا آزادی‌های خاصی می‌شوند بدین ترتیب گاه حق در مطالبه یا امکان مطالبه ظهور دارد. در این قالب شخص محق مستحق مطالبه حق خویش از دیگری در جهت ایفای آن است، به ترتیبی که دیگری در چنین قضیه و رابطه ای، مکلف و متعهد به ایفای حق ذی حق و تحقق آن در عالم خارج است. در زمینه

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

ماهیت حقوق بیماران در نظام عدالت کیفری، می توان گفت چهره غالب حقوق بیمار در نظام مذکور، حق مطالبه است.

گفتار اول: ماهیت حق بر سلامت

با آنکه تقریبا در مورد قابلیت دادخواهی حقوق سیاسی و مدنی اجماع وجود دارد، از زمان تدوین میثاق نامه های حقوق بشر، قابلیت دادخواهی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از جمله حق سلامت مورد چالش قرار گرفته است. پایه اختلاف نظرات در این زمینه بر ماهیت این حقوق و وظایف دولتها در قبال آن ها در مقایسه با حقوق سیاسی و مدنی قرار دارد. ماهیت این حقوق از دو دیدگاه اعتبار آنها و قابلیت اعمال آنها قابل بررسی است. در اعتبار این حقوق تردیدی وجود ندارد به دلیل آنکه در اسناد مختلف حقوق بشری به آن ها پرداخته شده است، اما قابلیت اعمال این حقوق محل چالش است. سوالاتی که در این زمینه مطرح هستند عبارتند از این که آیا این حقوق، حقوق واقعی هستند یا سیاست‌های اجتماعی و رفاهی (فصلنامه حقوق پزشکی، ش۳۷، تابستان ۱۳۹۵، سال دهم)؟ اگر این حقوق، حقوق واقعی هستند، چرا میزان انتظارات از دولت‌ها و نحوه جبران حقوق تضییع شده در کشورهای مختلف متفاوت است؟ در این تحقیق از دیدگاه‌های متفاوت به تبیین ماهیت حق بر سلامت به عنوان یک حق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می‌پردازیم.

گفتار دوم: گو نه‌های حق بر سلامت

با توجه به وجود یک رابطه سه طرفه در ماهیت حق بر سلامت به این نتیجه می رسیم که این حق از دو بعد باید مورد بررسی قرار بگیرد در مرحله اول حق حاکمیت و در مرحله دوم حق بیمار و پزشک مد نظر می‌باشد.

بند۱: حق حاکمیت (دولت) و تعهدات آن

حال این حق بر حاکمیت چیست؟ یکی از باورهای غلط رایج این است که دولت باید سلامتی را تضمین کند. این در حالیست که چندین عامل دیگر که خارج از کنترل مستقیم دولتی است، مانند ساختمان بیولوژیک هر فرد و شرایط اجتماعی، بر روی سلامتی تاثیر می‌گذارد.

در نتیجه دولت ها باید تعهدات خود را طوری تنظیم کنند که این حق به معنی «حق فردی یا شخصی» (کاتوزیان، ناصر، سال ۱۳۸۲، مبانی حقوق عمومی) را محترم شمرده و شرایطی را فراهم کنند که خود افراد بتوانند با توجه به شرایط، به بالاترین استانداردهای قابل حصول سلامتی دست یابند. در قبال تعهدات گفته شده دولت نیز دارای یکسری حقوق است که باید مد نظر قرار گرفته شود ازجمله حق بر نظارت بر

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

سلامتی بیمار و حق بر نظارت بر پزشک مبنی بر انجام کار خود بصورت درست و حرفه ای. از طرفی تعهدات دو لت در قبال ارتقای حق سلامت دارای سه بعد است:

۱- تعهد به احترام: یعنی دولت به شیوه ای عمل کند که آزادی عمل فرد و کرامت او حفظ شود.

۲- تعهد به حمایت: که طبق این تعهد، حقوق افراد محترم است و نه تنها دولت نباید مداخله کند بلکه باید از مداخله ی اشخاص ثالث هم جلو گیری به عمل آورد.

۳- تعهد به ایفا: که طبق این تعهد، دولت‌ها ملزم به انجام اقداماتی هستند که افراد را در عمل قادر به برخورداری از سلامت می کند (ضیایی بیگدلی، محمد رضا، حقوق بین الملل عمومی).

بند۲: حق بیمار و پزشک

توجه به حقوق بیمار در رشته‌های گروه پزشکی، سابقه دیرینه ای دارد. شاید بتوان گفت که پیشینه مفهوم حمایت از حقوق بیمار از نظرتاریخی، به توصیه‌های سقراط و تاکید وی بر احترام و حفظ منزلت بیمار باز می‌گردد. این مفهوم، در آثار به جای مانده از ارسطو و افلاطون، در دوران قبل از اسلام نیز مشاهده می‌شود. این در حالی است که اسلام، نه تنها این بحث را تاکید کرده، بلکه بر ابعاد گوناگون آن مانند حقوق متقابل بیمار و پزشک و بیمار و جامعه نیز توجه زیادی مبذول داشته است. حقوق بیمار دارای ابعاد قانونی، اخلاقی، و سازمانی است. جنبه قانونی آن مربوط به قوانین، دستورالعمل ها و سیاست هایی است که سیستم خدمات بهداشتی را برای تضمین ارائه مراقبتی با کیفیت و اجرای موثر استانداردهای حقوق بیمار هدایت می کند. جنبه اخلاقی آن بر پایه تئوری‌ها و اصول فلسفی اخلاق مثل سودمندگرایی، وظیفه مداری، فردگرایی، و تئوری خود تعیینی است. در سیستم خدمات بهداشتی، استانداردهای اخلاقی و قانونی باید همراه با سیاست‌های قدرتمند سازمانی برای تقویت و تحکیم اخلاق سازمانی وجود داشته باشند. تمرکز بر یک جنبه از حقوق بیمار، به تنهایی نمی تواند برآیند مطلوبی را در بر داشته باشد (فصلنامه حقوق پزشکی، شماره ۶، پاییز ۱۳۸۷، سال دوم). با توجه با توضیحات بالا می‌توان گفت حقوق بیمار شامل دو دسته حقوق از دیدگاه کلی می‌باشد اول حقوق خاص مثل حق برخورداری از خدمات تخصصی، حق تجویز صحیح، حق برخورداری از تجهیزات و دوم حقوق و خدمات عام مانند اکرام واحترام به بیمار، حق فضای مناسب و غذا مناسب در بیمارستانها، حق دریافت اطلاعات در مورد بیماری، حق رازداری اسرار بیمار. . . .

در رابطه با حق پزشک آن چیزی که بیشتر از همه موارد دارای ارزش است بحث مسئولیت متناسب پزشک می‌باشد. که پزشک تا کجا ضامن عمل ارتکابی است یا اصلا آیا پزشک ضامن است یا نه؟ در میان عالمان شیعه در باره مسولیت پزشک دو دیدگاه وجود دارد:

قول نخست: مشهور علما امامیه است که پزشک را مسئول دانسته اند و این همان نظریه خطر در جرم شناسی می‌باشد که می گوید پزشک مسئول اعمالی است که انجام داده است و دلایل این فقها با تاکید بر

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

مبانی فقهی همچون قاعده اتلاف، قیاس اولویت، جلوگیری از به هدر رفتن خون مسلمان، اجماع و احادیث معتبر

قول دوم: برخی از علما همانند ابن ادریس معتقدند در صورتی که طبیب از تخصص لازم برخوردار باشد و تلاش خود را بنماید ضامن نیست که این دیدگاه بیانگر نظریه تقصیر یا خطا در جرم شناسی می‌باشد و بیان می دارد که شخص در صورتی ضامن و گناهکار محسوب می‌شود که عمل انجام شده بواسطه تقصیر وی باشد. که دلایل فقها از قرار زیر است اصل برائت، سقوط ضمانت بواسطه اذن، قاعده احسان که قانون گذار ما از سال ۹۲به بعد بیشتر نظریه دوم را مد نظر قرار داده است و مسئولیت متناسب را برای پزشک در نظر گرفته است بعبارتی از پزشک حمایت شده است. نکته قابل بحث دیگر در حقوق پزشک در رابطه با موقعیت اجتماعی و تصویر ابرومندانه ای است که قانون و جامعه برای این طیف خاص در نظر می‌گیرد چرا که همان طور که دیده می‌شود تا آنجایی که امکان دارد معمولا یک دکتر را بازداشت نمی‌کنند مانند و به روش یک شهروند عادی و به دلیل شخصیت و یژه اجتماعی وی معمولا قضات حبس پزشک را به جزای نقدی تبدیل می کنند با استناد به ماده ۲۲قانون مجازات.

مبحث دوم: جرایم و تخلفات پزشکی

جرایم علیه تمامیت جسمانی افراد، در زمره مهمترین و سنگین ترین جرایم قرار می‌گیرند که در فقه جزایی اسلام از آن به عنوان جنایات یاد می‌شود. شدیدترین نتیجه حاصل از ارتکاب جنایات قتل است. این نتیجه مجرمانه بسته به قصد و رفتار مرتکب، پیامدهای قانونی متفاوتی برای او به همراه خواهد داشت. گاه مرتکب قصد فعل و نتیجه مجرمانه را دارد که در این صورت جنایات ارتکابی مشمول تعریف عمد می‌گردد و در مواردی قصد فعل داشته ولی قصد نتیجه حاصل را ندارد، که جنایت ارتکابی اصولا شبه عمدی و در مواردی نه قصد فعل و نه قصد نتیجه دارد که جنایت در این حالت خطای محض محسوب میشود. وقتی مساله روابط پزشک و بیمار و موضوع درمان و کاهش تالمات جسمانی و روانی بیمار توسط پزشک مطرح است (انگیزه احسان) لاجرم تصور جنایت عمدی غیر ممکن و خروج تخصصی دارد (پیامدهای کیفری از قصور پزشکی، پاییز۹۴، شماره ۳، دوره ۲۱). حال باید دید جرم پزشکی چیست و در چه مواردی پزشک ضامن بوده و مسئولیت کیفری داردو در کجاها تخلف حادث شده است و فرق جرم و تخلف پزشکی در چیست؟

گفتار اول: معیارها و ملاکهای شناسایی جرایم پزشکی و راهکارها

در ایران کم کم خطای پزشکی به قدری چشمگیر شد که حتی مرگ بیماران را به همراه داشت. بر این اساس قانونگذار آن برای پیشگیری و به حداقل رساندن خطاهای پزشکی پیش قدم شدند و در سال۱۲۹۰شمسی نخستین قانون مربوط به جرائم پزشکی در کشور به تصویب رسید. در قانون مجازات

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

اسلامی سابق بند ب ماده ۵۹ مواد۶، ۳۲۲، ۳۱۹، ۶۱۶، ۴۴۸ و بند ماده ۲۹۵به مسئولیت پزشک اختصاص یافته بود. در قانون مجازات اسلامی جدید که در سال ۹۲به تصویب رسید مواد ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، تبصره ماده ۱۵۸و مواد ۴۲۴، ۶۱۶و ۵۳۹ بخش تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده جرائم پزشکی را تعریف و تعیین مجازات کرده است. جرائم پزشکی از جمله جرائم غیر عمد می‌باشد که طبق ماده ۶۱۶ قانون تعزیرات و مجازاتهای بازدارنده در اثر سهل انگاری و بی مبالاتی و عدم مهارت و عدم رعایت قوانین پزشکی به وقوع می پیوندد و بر همین اساس مجازات آن پرداخت دیه به اولیای دم می‌باشد.

بند ۱: مفهوم شناسی تقصیر از منظر فقهی و قانونی

قصور پزشکی با در نظر گرفتن جمیع جهات و مسئولیت پزشکان و کادر پزشکی در مقابل بیماران، عبارت از تخلف و عدول از بایدها و نبایدها ی تعریف شده در منابع معتبر پزشکی و تعیین شده در عرف پزشکی و قانونی می‌باشد که حسب مورد عناوین مختلف از بی احتیاطی تا عدم رعایت نظامات دولتی را در بر می‌گیرد. در بررسی متون فقهی و حقوقی به قواعد زیادی برخورد می‌کنیم که از جمله آنها، صرفنظر از احادیث و اجماع در مورد مسئولیت پزشک، قاعده اتلاف است که بنحو عموم می‌گوید هر کسی، باعث تلف مال یا جان و سلامت دیگری گردد ضامن است و می دانیم که در این قاعده قصد و عدم قصد و عقل و عدم عقل و بلوغ و عدم بلوغ و علم و جهل بی تاثیر می‌باشد و طبیب ضامن است ولی چون قصد اتلاف نداشته، عملش مصداق شبه عمد است از طرفی طبق قاعده تسبیب نیز اگر طبیبی دستور اقدام درمانی خاص را بدهد و پرستار نیز طبق دستور عمل نماید و در اثر این اقدام بیمار فوت کند یا دچار نقص عضوی گردد. در این حالت از باب اقوی بودن سبب از مباشر، طبیب ضامن است نه آن پرستار یا دستیار پزشکی، که موظف به عمل طبق نظر طبیب معالج بوده است. همچنین طبق قاعده غرورنیز پزشک ضامن بوده و عبارتست از حالتی است که بیمار بنا به اعتماد نظر طبیب و اطمینان به وی، زیر بار اقدام درمانی خاصی قرار گرفته ولی علیرغم اعتماد بیمار به پزشک، عارضه خاص یا نقص عضوی قابل پیشگیری بوجود می‌آید که در این صورت پزشک مصداق غار و مریض مغرواست و همچنین طبق قاعده لاضرر پزشک جوابگوی هر نوع عارضه ایجادی است (شرح لعمه، شهید ثانی). کلمه قصور به معنای کوتاهی کردن می باشد و در رشته پزشکی قصور وقتی رخ می دهد که سه شرط زیر وجود داشته باشد:

۱- فرد باید بیمار پزشک باشد. پزشک مسئولیت مراقبت پزشکی وی را بر عهده داشته باشد.

۲- پزشک باید اعمالی انجام داده باشد که از نظر معیار های پزشکی قابل پذیرش نباشد و یا اقدام به اعمالی کرده باشد که نباید انجام می شد.

۳- در نتیجه این اقدامات بیمار متحمل اسیب روحی و جسمی و مالی شده باشد.

بنابر این برای استقرار قصور این سه شرط لازم است. از طرفی خود قصور انواع مختلفی داردکه شامل موارد زیر می باشد:

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

الف: بی مبالاتی

ب: بی احتیاطی

ج: عدم مهارت

خ: عدم رعایت قوانین دولتی

در بین اینها بی مبالاتی شدیدترین نوع قصور محسوب می‌شود. یعنی فرد کاری را که باید انجام می داده، انجام نداده است. قصور از نوع بی احتیاطی یعنی اینکه فرد کاری را انجام داده که نباید انجام می‌داد از جمله عمل ختنه یا ترزیق پنی سیلین در مطبی که هیچگونه امکانات احیاء قلب و عروق وجود ندارد.

بند۲: انواع جرایم پزشکی

با توجه به میزان آثار و نتایجی که عملکرد پزشک دارد و نتیجه مجرمانه حاصله مجازات مناسب با آن در نظر گرفته می شود لیکن برای روشن شدن بهتر مطلب این جرایم دارای یک دسته بندی هستند. جرایم پزشکی عمدتا به دو قسمت تقسیم می شوند ۱- جرایم خاص پزشکی ۲- جرایم مغایر با شئون پزشکی

الف: جرایم خاص پزشکی

الف: صدمات بدنی غیر عمدی ناشی از عدم رعایت موازین علمی و فنی

ب: قتل غیرعمد ناشی از عدم رعایت نظامات دولتی و موازین علمی و فنی موضوع ماده ۶۱۶ قانون تعزیرات

ج: قتل ترحم آمیز: ممکن است پزشک مرتکب قتل عمدی شده ولی این کار در راستای انگیزه شرافتمندانه صورت گرفته باشد.

د: سقط جنین: عبارتست از خاتمه حیات جنین زنده و در حال رشد بدون ضرورت پزشکی قبل از موعد یا هرگونه اعمال مجرمانه ای است که موجب توقف دوران تکامل جنینی و اخراج قبل از موعد طبیعی شود.

ه: پیوند اعضا

ب: جرایم مغایر با شئون پزشکی

الف: افشای اسرار بیمار

ب: صدور گواهی خلاف واقع پزشکی

ج: خودداری از کمک به مصدومین

د: تبلیغات گمراه کننده و فریب بیمار

چنانچه اقدامات پزشکی ناشی از عدم رعایت موازین علم پزشکی منجر به صدمات بدنی شود و تقصیر پزشک نیز احراز شود پس از طرح شکایت شاکی خصوصی و ارسال آن به کمیسیون پزشکی قانونی و

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

تعیین میزان با صدور قرار مجرمیت پرونده در دادگاه مطرح گردیده و سپس حکم مقتضی صادر می‌شود (افراسیاب، محبوب، جرائم و تخلفات پزشکی از دیدگاه قانون، تابستان ۱۳۹۲، شماره ۴ ص۶۵ تا ۷۶).

گفتار دوم: معیارها و ملاکهای شناسایی تخلفات پزشکی و راهکارها

شکایت از پزشک و مراکز پزشکی قانونا از جنبه جزایی در مراجع کیفری و از جنبه انتظامی در سازمان نظام پزشکی که یک سازمان حرفه ای است مورد رسیدگی قرار می‌گیرد هر دو جنبه کیفری و انتظامی می‌تواند موازات هم و در یک زمان در هر دو مرجع مطرح گردد.

آیین نامه رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرفه ی پزشکی و وابسته در تاریخ ۱۳۸۶/۰۸/۱۶با اصلاحات به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسید که این آیین نامه در اجرای ماده ۲و مواد ۲۸ تا ۴۳ قانون نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳/۰۸/۰۶که فصل اول در رابطه با تعریف شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه ای بوده و فصل دوم شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه ای و فصل سوم مجازات‌های انتظامی می‌باشد (افراسیاب، پیشین، ص۶۶).

بند۱: انواع تخلفات پزشکی

کلیه تخلفات پزشکی در فصل اول قانون نظام پزشکی که شامل ۲۸ ماده می‌باشد به طور کامل توضیح داده شده است. آنچه موجب تخلفات پزشکی می‌شود و می‌تواند به عنوان تخلف مورد مجازات قرار گیرد از قبیل کارهای خلاف شئون پزشک، تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار، ایجاد رعب و هراس در بیمار، تجویز داروهای روان گردان و مخدر، ایجاد رابطه مالی با بیمار، جذب و هدایت بیمار از موسسات پزشکی دولتی و وابسته به خیریه، فروش دارو در مطب و آنچه به عنوان وظایف مسئولان فنی تعریف شده صحبت می نماید.

این تخلفات بر اساس آیین نامه ای انتظار پزشکی مشتمل بر ۳۳ ماده و تبصره می‌باشند که آیین رسیدگی دادسراها و تشکیلات هیئت های انتظامی پزشکی مشتمل بر ۱۲۴ماده و ۳۳تبصره در مورخ ۸۴/۱۲/۰۴ به تصویب شورای عالی نظام پزشکی رسید. در اجرای قانون فوق سازمان نظام پزشکی با ایجاد تشکیلات انتظامی، رسیدگی به تخلفات پزشکی را بر عهده دارد. در نتیجه با تعاریفی که از جرم پزشکی و تخلف پزشکی ارائه شد متوجه شدیم که این دو، دو مقوله کاملا مجزا از هم در تعاریف و حتی در مرجع رسیدگی کننده می‌باشند.

بند ۲: راهکارهای ارائه شده

با توجه به شدت و ضعف تخلف ارتکابی طبق ماده ۲۸ مطرح شده در قبل و همچنین تعداد دفعات و نتایج آثار تخلف حسب مورد مجازات های ذیل مطرح می‌گردد:

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

الف: تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور اعضای شورای نظام پزشکی بدوی و درج در پرونده
ب: اخطار کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و الصاق رای به تابلو اعلانات سازمان در محل
د: الصاق رای در تابلوی اعلانات نظام پزشکی محل و یا درج متن رای در نشریه سازمان نظام پزشکی
ه: تعلیق پروانه از سه ماه تا یکسال
و: محرومیت از اشتغال و حرفه های پزشکی از سه ماه تا یک سال در محل ارتکاب تخلف
ز: محرومیت از اشتغال در حرفه های پزشکی از سه ماه تا یک سال در تمام کشور
ط: محرومیت از اشتغال و حرفه های پزشکی از سه ماه تا پنج سال در تمام کشور
ذ: محرومیت دائم از اشتغال و حرفه های پزشکی در تمام کشور
محرومیت از اشتغال و حرفه های پزشکی و وابسته باید به تایید هئیت عالی انتظامی برسد (افراسیاب، پیشین).

در ماده ۲۸ همین آیین نامه ناظر به یکی دیگر از تخلفات انتظامی شاغلین حرفه های پزشکی است که همان عدم رعایت قوانین و مقررات موجود، آیین نامه های وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی، مقررات فنی سازمان پزشکی و ضوابط علمی و حرفه ای. کلیه مسئولان فنی موسسات پزشکی اعم از دولتی، عمومی، خصوصی و خیریه مکلفند علاوه بر قوانین و مقررات موجود در آیین نامه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی، ضوابط علمی و حرفه ای ذیربط را رعایت کنند که عبارتند از:

۱- قوانین و مقررات موجود در آیین نامه های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲- مقررات فنی سازمان نظام پزشکی
۳- ضوابط علمی و فنی مربوط به وظایف و اختیارات مسئولان فنی موسسات پزشکی
۴- قوانین و مقررات سازمان نظام پزشکی (فریدونی، مهران، مسئولیت جزایی پزشک در عمل جراجی، تابستان ۱۳۸۹، فصلنامه پزشکی، شماره ۵۸).

فصل دوم: تدابیر پیشگیری و مقابله ای در جرایم و تخلفات پزشکی

مبحث نخست: آسیب شناسی سیاست جنایی ایران در زمینه این حق در نظام پزشکی

حقوق بیمار پدیده ای پیچیده و چند بعدی است که رعایت حد مطلوب آن تنها با صدور بیانیه و دستور العمل امکان پذیر نبوده و نیازمند هم فکری و مشارکت کلیه گروه هایی است که به نحوی با این موضوع در ارتباطند. مقوله حقوق بیمار در ایران هنوز مراحل اولیه رشد خود را می‌گذراند. موضوع رعایت حقوق بیمار امروزه به صورت یکی از دغدغه‌های سیستم های ارائه خدمات بهداشتی در سرتاسر دنیا در آمده است. پیشرفتهای روز افزون علوم و تکنولوژی در طی دهه های اخیر، معماهای اخلاقی فراوانی را پیش

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

روی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی قرار داده و فعالیت کارکنان این حرفه‌ها را مستلزم هشیاری فزاینده‌ای نسبت به حمایت از حقوق بیماران در مقابل عوارض و خطرات ناشی از مواجهه با این تحولات کرده است.

گفتار اول: آسیب شناسی

مقوله حقوق بیمار هنوز به طور کامل و جدی و همه جانبه در کشور ما به حالت اجرا در نیامده است چراکه:

اولا: منشور حقوق بیمار موجود، بدون مشارکت و اطلاع دریافت کنندگان و ارائه کنندگان خدمات بهداشتی تدوین شده است.

ثانیا: اینکه به دلیل عدم اطلاع رسانی جامع، نه بیماران از آن آگاهی دارند و نه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی از وجود آن و عواقب احتمالی بی توجهی به مفاد آن مطلعند.

ثالثا: از طرف دیگر این منشور هنوز برای سیستم قانونگذار کشور ما تعریف نشده است و در نتیجه فاقد پشتوانه قانونی و ضمانت اجرایی می باشد.

به این ترتیب توجه و رعایت حقوق بیمار در سیستم بهداشتی ایران هنوز امری سلیقه ای بوده است و دستور العمل اجرایی مشخصی ندارد. از طرفی هرچند که در سال های اخیر، تدوین و تصویب منشور حقوق بیمار ان توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی چشم انداز امید بخشی را در این زمینه ترسیم نموده است لیکن این منشور حقوق بیماران ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ترجمه و برداشتی از منشورهای رایج دنیاست که اصطلاحات فرهنگی در آن انجام نشده است و هر چند که اصل انسانیت و احترام به حقوق انسانی، حقیقتی یکسان در تمام دنیاست، ولی بر خلاف توصیه سازمان جهانی بهداشت، دیدگاه افراد درگیر (از جمله بیماران، پرستاران، پزشکان و. .) در تدوین آن مد نظر نبوده است. بعلاوه، بررسی اجمالی بندهای این بیانیه به وضوح مشخص می‌کند که برخی از آنها ممکن است در بستر اجتماعی –اقتصادی جامعه ما قابل اجرا نباشد. همچنین در چار چوب آموزه های فرهنگی ما مواردی هست که این منشور پاسخی برای آنها ندارد. چرا که مسائل اخلاقی و حقوقی در ارتباط تنگاتنگ با فرهنگ و پارادایم های فلسفی هر جامعه قرار دارد و چه بسا معیار ها ی اخلاقی که در یک فرهنگ مثبت تلقی می‌شود، و در یک بستر فرهنگی دیگر ممکن است معنا و مفهومی متفاوت داشته باشد (جولایی، سودابه، منشور حقوق بیماران، پاییز ۱۳۷۸، شماره ۶ مجله تخصصی).

گفتار دوم: انواع پیشگیری، تاثیر سیاست جنایی افتراقی بر پیشگیری

پیشگیری در لغت به معنای جلوی چیزی را گرفتن، بازداشتن و نیز پیش دستی کردن آمده است در یک تعریف جامع از پیشگیری که توسط اقای ریمون گسن ارائه شد «پیشگیری شامل مجموعه تدابیر سیاست

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

جنایی به استثنای تدابیر نظام کیفر ی می شود که غایت آن، تحدید امکان وقوع مجموعه اقدامات مجرمانه از طریق غیر ممکن ساختن، دشوار کردن و یا کمتر محتمل کردن آنهاست».

بند ۱: انواع پیشگیری

بر اساس مدل پیشگیری پزشکی بایددر این امور سه سطح از پیشگیری مد نظر قرار داده شود:

پیشگیری اولیه: شامل اقدام هایی که ناظر به تغییر اوضاع و احوال و شرایط جرم زای محیط فیزیکی و اجتماعی است که منظور واکسینه کردن کل جامعه مد نظر است باید اطلاعات کامل و حق بیمار بطور کامل به او اطلاع رسانی شود. باید قابلیت کلی کشور در این راستا بالا رفته و فرهنگ سازی غنی صورت بپذیرد. باید امکانات دولت در مجهز کردن کادر درمان، شرایط استخدام پرسنل، آموزش پرسنل به طور تخصصی و حرفه ای در کادر بیمارستانها و همچنین هزینه های اجرایی برای بیماران به طور کامل با برنامه ریزی جلو رفته و محیطی امن رااز نظر رسیدگی و ارامش ذهنی برای بیمار مهیا سازد.

پیشگیری ثانویه: شامل اقدام های پیشگیرانه ای می شود که ناظر به گروه های خاص است. در اینجا منظور کادر پزشکی و اقداماتی که باید برای بیمار انجام شود باید بیمار تحت درمان تخصصی قرار بگیرد و درمان شود یعنی کادر پزشکی مجهز و وجود این امکانات در هر جامعه ای مد نظر می باشد. اینجا قدرت در دستان پزشک حاذق است و اوست که باید مسائل را به نحوه درست هدایت کند.

پیشگیری ثالث: شامل مجموعه اقدامات و تدابیری است که ناظر بر محیط و شرایط پیرامونی و مهار شرایط است به طور خاص شامل زمانی است که بیمار بعد از سپری کردن مراحل اولیه نیاز به باز پروری جسمی و روحی جهت برگشت به روال عادی زندگی را دارد. و همچنین مراقبتهای دوران نقاهت و جلوگیری از برگشت بیماری که این عمل در جوامع باید با طراحی سازمانها و نهادهای توان بخشی، فیزیوتراپی، مشاوره‌ای و سازمانهای مردم نهاد در نظر گرفته شود.

بند ۲: تاثیر سیاست جنایی افتراقی بر پیشگیری

در یک بحث و نظر کلی متوجه شدیم که قانونگذار ما جرم و تخلف را دو مفهوم مستقل و جدا از یکدیگر می داند و این امر نه تنها در حرفه پزشکی بلکه در کلیه حرفه های تخصصی مد نظر قرار گرفته است از جمله در وکالت، حسابرسی، امور بانکی، و سایر حرفه ها از دودیدگاه مورد بررسی قرار می‌گیرد یک جنبه جرم و جنایت و یک جنبه تخلف ادارای و انتظامی حال در این گفتار بررسی می‌کنیم که این دید افتراقی قانونگذار در حرفه پزشکی آیا می تواند در پیشگیری از این نوع جرایم و تخلفات موثر واقع شود و آیا این افتراق جرایم از تخلفات پزشکی فایده و اثر مثبتی برای افراد جامعه دارد؟

در این دید افتراقی بین جرم و تخلف باید بیان کرد که این دو مفهوم در عمل و نحوه رسیدگی با هم تفاوت دارند که بطور کلی می‌توان تضادهای زیر در این دو مقوله را نام برد:۱- از نظر دایره شمول ۲- از

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

نظر نوع کیفر ۳- از نظر شروع به جرم و شروع به تخلف ۴- از نظر دامنه کیفر ۵- از نظر هدف در اعمال کیفر ۶- از نظر قصد و نیت مرتکب ۷- از نظر قابلیت گذشت ۸- از نظر مرجع رسیدگی کننده ۹- از نظر تنوع کیفر ۱۰- از نظر شمول مرور زمان ۱۱- از نظر معاونت در ارتکاب.

شاید بتوان گفت در تخلف به دلیل اینکه مرجع رسیدگی کننده خود دولت (قوه مجریه) است نه قوه قضاییه پس سرعت رسیدگی قاعدتا بالاتر خواهد بود و دولتها خودشان به این دسته از اعمال با سرعت بیشتری رسیدگی می‌کنند و همین امر و برخورد سریع قاعدتا باعث جلوگیری از اشاعه و بروز صدمات شدیدتر به جامعه می‌شود مثلا در جاییکه دارو تاریخ مصرف گذشته گزارش شود و یا فروش شیر فاسد بلافاصله مامور بهداشت حکم انتظامی را اجرا می‌کند و جمع آوری موارد فوق صورت می‌گیرد که نشان می‌دهد همین سرعت در رسیدگی خود می تواند ابزار مهمی در پیشگیری به حساب آید از طرفی اعمالی که قانونگذار به عنوان تخلف می شناسد معمولا قبح ذاتی و شرعی ندارند و بر اساس سیاستهای دولت مطرح می شوندو مربوط به نظامات دولتی می باشد. و آنجاییکه قانونگذار عمل ارتکابی را که دارای قبح ذاتی و شرعی است و لطمات جسمانی از جمله (قتل، نقص عضو، از کار افتادگی و غیره. . . . . .) را در اعمال پزشکی جرم معرفی کرده و برای آن مجازات کیفری در نظر گرفته است.

در یک نتیجه‌گیری کلی می توان گفت تقسیمات قانونگذار در اعمال پزشکی مبنی بر جرایم پزشکی و تخلفات پزشکی راهکار مثبت و درستی است و سیاست جنایی کشور نیز بر این اساس پایه ریزی شده است که در جاییکه عمل انجام شده حاصل از فعل یا ترک فعلی باشد که در قانون مجازات جرم انگاری شده بر اساس آن مجازات انجام می‌شود و در سایر موارد که دولت آنرا تخلف پزشکی معرفی کرده طبق تعاریفی که در قبل از تخلف ارائه دادیم مرجع رسیدگی دولت خواهد بود که این دید افتراقی سیاست جنایی در مقوله حق بر سلامت دست قانون و دولت را با انعطاف بیشتری برای جلوگیری از وقوع این جرایم و تخلفات باز گذاشته است لیکن باید گفت لازم است که یک قانون و دستورالعمل مدون در رابطه با جرایم و تخلفات تهیه شود. که به طور کامل و تخصصی به این مقوله بپردازد. هرچند که سیاست جنایی ما در این زمینه عملکرد خوبی داشته است و این دید افتراقی این امکان را می‌دهد که با توجه به پیشرفت جوامع و بوجود آمدن تخلفات و شرایط جدید دولت بتواند راهکارهای جدیدی در برخورد با این گونه تخلفات ارائه دهد.

تمامی مطالبی که در بحث پیشگیری و شناسایی حق بر سلامت ارائه دادیم در کل به یک مطلب اساسی اشاره دارد و آن هم برقراری نظم عمومی در جامعه است که سیاست جنایی افتراقی در هر رشته تخصصی از جمله پزشکی در این راستا قدم برمی دارد چرا که حمایت از تمامیت جسمانی و روانی افراد، حمایت از آزادی افراد، احترام به حریم خصوصی افراد و. . . همگی درا راستای بر قرای نظم عمومی در جامعه هستند و قاعدتا سیاست جنایی دولت هم همسو با این گزینه قدم بر می دارد.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

مبحث دوم: اقدامات واکنشی و مقابله ای

در این مبحث و در خاتمه اقدامات کنشی و مقابله ای را مورد بررسی قرار می‌دهیم که ببینیم در رابطه با تخلف و جرایم پزشکی قانونگذار ما و سایر نهادها چه رویکردی را اتخاذ کرده اند. طبق توضیحاتی که در قبل ارائه دادیم متوجه شدیم که قانونگذار در قانون مجازات اسلامی و تعزیرات یکسری مواد را برای مجازات و تعریف قصور پزشکی مطرح کرده است از طرفی سازمان نظام پزشکی و سایر نهادهای ذیربط ازجمله وزارت بهداشت و درمان، علوم پزشکی هر کدام نیز دارای یکسری آیین نامه های اجرایی و قوانین مخصوص به خود هستند در مقابله با جرایم و تخلفات پزشکی در این مبحث این اقدامات را از این دو منظر مورد بررسی قرار می دهیم.

گفتار اول: تدابیر قضایی در رابطه با جرایم و تخلفات

هدف این گفتار بررسی قوانین رسیدگی به تخلفات پزشکان و شکایات پزشکی در ایران است. ماده ۶۱۶ قانون تعزیرات از مهم ترین مواد برای موارد قتل غیر عمد ناشی از تقصیر مرتکب است. با وجودی که ماده مزبور عمومیت داشته و به همه افراد و اصناف و مشاغل و حوادث (غیر از تخلفات رانندگی) تسری می‌یابد. اما در بین جامعه پزشکان و افراد دخیل در درمان بیماران به دلیل ماهیت و طبیعت کار درمان، که همواره تابع انگیزه احسان و نیکوکاری است، سبب بروز نگرانی هایی شده است.

مجازات ها: مجازات جنایات ناشی از تقصیر، آن سان که در ماده ۶۱۶قانون تعزیرات تصریح شده، دیه و گاه حبس است.

دیه: طبق ماده ۱۷ ق. م. ا. دیه اعم از مقدر و غیر مقدر مالی است که در شرع مقدس برای ایراد جنایت غیر عمدی بر نفس، اعضا و منافع و یا جنایت عمدی در مواردی که به هر جهتی قصاص ندارد به موجب قانون مقرر می شود.

جنایات شبه عمد می تواند هم شامل جنایات بر نفس باشد و هم شامل جنایات بر اعضا و منافع، دیه جنایت در هر یک از حالات و سطوح مذکور مستقر می‌گردد ولی تنها در قتل ناشی از تقصیر حبس تعزیزی به مدت یک تا سه سال به موجب ماده ۶۱۶ قانون تعزیرات تعیین و اعمال می‌شود. البته در جرایم ناشی از تخلفات رانندگی، اعم از این که منتهی به قتل شود یا منجر به آسیب اعضا یا منافع گردد، به موجب ماده‌های ۷۱۴ الی ۷۱۹ قانون تعزیرات، حسب مورد حبس یا جزای نقدی تعیین می‌گردد.

باید به این نکته اشاره کرد که قانونگذار از سال ۹۲به بعد را هکارهای قانونی در ارتباط با مجازاتهای تعزیزی ارائه داده است که به شرح ذیل می باشند:

۱- مجازات‌های جایگزین حبس که شامل جزای نقدی، جزای نقدی روزانه، خدمات عمومی رایگان، دوره مراقبت، محرومیت از حقوق اجتماعی

۲- تعلیق اجرای مجازات حبس

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

۳- تخفیف مجازات حبس

۴- موقوفی تعقیب پس از شمول مرور زمان (رستمی، هادی، پیامدهای کیفری ناشا از قصور پزشکی، پاییز ۹۴، شماره ۳دوره۲۱).

گفتار دوم: تدابیر غیر قضایی در رابطه با جرایم و تخلفات پزشکی

۱- قوانین مرتبط با تخلفات اداری

رسیدگی به شکایات بر مبنای قوانین، بخشنامه ها و دستور العملهایی که مرکز درمانی بر اسا س آن اداره می شود صورت می گیرد. گاهی تنبیه مالی یا غیر مالی برای افراد متخلف در نظر گرفته می‌شود. تنبیه مالی در حقوق دریافتی افراد اعمال می‌شود و تنبیه غیر مالی در سوابق اداری آنان ثبت می‌گردد. علاوه بر آن مدیران مراکز دولتی می توانند برای برخورد با تخلفات کارکنان خود (که ممکن است لزوما در ارتباط با درمان بیمار نباشد مثلا دریافت رشوه توسط کارکنان بخش خرید) از قانونی تحت عنوان قانون رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دولت استفاده کنند. از آنجا که بسیاری از بیمارستان های دولتی، علاوه بر ارایه خدمات درمانی، مرکز آموزشی هم هستند، ممکن است تعدادی از پزشکان آنها به عنوان عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی نیز باشند. در اینصورت رسیدگی به تخلفات اداری این پزشکان، مشمول قانون رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دولت نبوده و تحت عنوان قانون مقررات انتظامی اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها و موسسات آموز عالی و تحقیقات خواهد بود.

۲- قوانین مرتبط با تخلفات حرفه ای (انتظامی)

هر گونه رفتار مغایر با معیارهای پذیرفته شده افراد یک صنف (حرفه) تخلف حرفه ای محسوب می‌شود، حتی اگر در قوانین مجازاتی برای آن تعیین نشده باشد. سازمان‌های صنفی (حرفه ای) با وضع مقرراتی بر اعضا خود نظارت کرده و به تخلفات حرفه ای آن‌ها رسیدگی می کنند. در ایران سازمان حرفه ای پزشکان، سازمان نظام پزشکی می‌باشد. این سازمان بر اساس قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران تشکیل شده و اختیار صدور یا لغو مجوز فعالیت پزشکان در بخش خصوصی را عهده دار است. در این قانون اهداف، وظایف، اختیارات، شرایط عضویت و ارکان سازمان نظام پزشکی تشریح شده اند. در فصل ۶ این قانون نحوه رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته و همچنین مجازات مربوط به آن مشخص شده اند. این مجازات از تذکر و توبیخ شفاهی شروع شده و به محرومیت دائم از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته، در تمام کشور، ختم میشود.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

۳- قوانین مرتبط با تخلفات بیمه ای

منظور تخلفاتی است که پزشکان در رابطه با سازمان های بیمه گر انجام می دهند و معمولا با عدول از مفاد قراردادفی مابین تحقق می یابد. همچنین سازمان های بیمه گر از طریق دخالت در ارزشیابی موسسات پزشکی و اعمال نظر در صورت حسابها و تعیین کسور به طور غیر مستقیم نیز بر کار پزشکان نظارت کرده و بر آن تاثیر گذارند. در ایران ۴ سازمان بیمه گر اصلی شامل سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد خمینی وجود دارند.

سازمان بیمه خدمات درمانی، کارمندان دولت و چند گروه دیگر از جمله روستاییان را تحت پوشش قرار می‌دهد. سازمان تامین اجتماعی کارگران و گروه‌های دیگری که در استخدام دولت نیستند را تحت پوشش دارد سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، نیروهای نظامی و خانواده های آنان و کمیته امداد امام خمینی افراد بی بضاعت را تحت پوشش قرار داده اند. هر یک از این سازمانهای بیمه گر که همگی دولتی یا عمومی هستند جهت خرید خدمت برای بیمه شدگان خود نسبت به عقد قرارداد با مراکز دولتی و خصوصی اقدام می کنند. در صورتی که بر اساس مفاد قرارداد منعقده، پزشک یا موسسه درمانی تخلفی انجام دهد موسسه بیمه گر نسبت به اعمال مجازات هایی اقدام می نماید. مبنای عمل در این مورد علاوه بر قراردادهای فی مابین، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و آیین نامه ها و دستور العملهای مربوط به آن است. مطابق این قانون، شورای عالی بیمه (که در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌شود) و پس از آن سازمان بیمه خدمات درمانی سال ۱۳۷۴تاسیس شدند (جودکی، حسین، پاییز ۸۹، شماره ۵۹ فصلنامه پزشکی).

نتیجه‌گیری:

در این تحقیق همانطور که دیدیم به بررسی جرم و تخلف پزشکی پرداختیم و اختلاف این دو مقوله و آنچه که قانونگذار در برخورد با این جرایم در نظر گرفته است از طرفی به بررسی حقوق بیمار پرداختیم و متوجه یکسری نقاط ضعف در این راستا شدیم در این تحقیق قوانین مرتبط با رسیدگی به تخلفات پزشکان در زمینه تخلفات اداری، تعزیری، حرفه ای، بیمه ای و کیفری بررسی شد مرور قوانین مرتبط نشان می‌دهد قانونگذار جنبه‌های مختلف اعمال پزشکی را تحت نظر قرار دادو در هر مورد برای عدول از رفتارهای تعیین شده مجازات‌هایی در نظر گرفته است. تصویری که از نحوه مواجهه با تخلفات پزشکی در قوانین ایران به دست آمد، به رغم نقاط قوت فراوان، حاکی از وجود ضعف‌هایی در چگونگی تعریف، تقسیم بندی و قانون گذاری در خصوص این مسئله است ازجمله اینکه در قانون مجازات اسلامی تعریف جرم پزشکی و معیارهای تقسیم بندی تخلفات به دو دسته جرایم پزشکی (که فقط در قوه قضاییه رسیدگی می‌شود) و سایر تخلفات (که توسط سازمانهای دیگر رسیدگی می‌شود) مشخص نیست. گاهی ارائه دهندگان خدمات سلامت مرتکب اعمالی می شوند که به رغم داشتن اثار مخرب، به عنوان جرم تعریف

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

نشده اند به عنوان مثال تبانی بین دو ارایه دهنده خدمت برای ارجاع غیر ضروری بیمار از یکی به دیگری در قبال دریافت وجه که باعث ضرر مالی به بیماران، سازمان بیمه‌گر و دولت و ضررهای احتمالی به سلامت بیماران می شود، به عنوان جرم تعریف نشده است.

برای پیشگیری از هر گونه خطای پزشکی ایجاد یک سیستم نظارتی در محیط بیمارستان ها ضروری بوده و از طرفی آموزش‌های لازم و آشنایی با قوانین موجود، می بایستی در دانشکده‌های پزشکی به نحو احسن انجام و از طرفی همان سیستم آموزشی که در مراکز دانشگاهی اجرا می‌شود، در مراکز خصوصی و غیر دانشگاهی نیز با نظارت بیشتری اجرا و حاکم شود و همچنین تعریف دقیقی از انواع خطاهای پزشکی صورت گرفته و شرح وظایف مدون گردند و هر پزشکی قبل از هر اقدامی برای بیمار، می بایستی ارزیابی دقیق از جهت وضعیت اجتماعی و اقتصادی و جسمانی و روانی، با در نظر گرفتن توانایی های خویشتن و اینکه بنا به مسئولیتی که در مقابل بیمارش دارد ضامن خواهد بودبعمل آورد. از این رو یکسری راهکارها در این راستا ارائه می‌شود:

۱- آگاه نمودن بیمارو اطرافیان از عوارض احتمالی و حتی غیر قابل پیش بینی قبل از هر گونه اقدام و احترام به شان و شخصیت بیمار

۲- در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی بیمار

۳- استفاده از طرح سکوت و تواضع در موقع بحران روحی بیمار

۴- عدم دخالت در سایر رشته های غیر مرتبط با تخصص و انجام مشاورات لازم پزشکی و انجام مراقبتهای لازم

۵- انتخاب صحیح بیمار و تکمیل پرونده بالینی و شرح عمل و معاینه کامل و گرفتن شرح حال بیمار

۶- مطالعه مستمر و داشتن اطلاعات نوین پزشکی

۷- تغییر در آموزش دانشجویان رشته های پزشکی و مرتبط

۸- تکمیل کادر پرستاری و تخصصی بیمارستانها توسط دولت و استخدامها

۹- مهیا کردن همه امکانات در خود بیمارستان ها جهت جابجایی کمتر بیمار

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

فهرست منابع و مآخذ

ـ هاشمی، سید محمد، ۱۳۸۲، حقوق بشر و آزادی های اساسی، نشر میزان، چاپ اول
ـ فصلنامه حقوق پزشکی، ش۳۷، تابستان ۱۳۹۵، سال دهم
ـ کاتوزیان، ناصر، سال ۱۳۸۲، مبانی حقوق عمومی، نشر میزان، چاپ اول
ـ ضیایی بیگدلی، محمد رضا، حقوق بین الملل عمومی، نشر میزان
ـ فصلنامه حقوق پزشکی، شماره ۶، پاییز ۱۳۸۷، سال دوم
ـ پیامدهای کیفری از قصور پزشکی، پاییز۹۴، شماره ۳، دوره ۲۱
ـ شرح لعمه، شهید ثانی
ـ افراسیاب، محبوب، جرائم و تخلفات پزشکی از دیدگاه قانون، تابستان ۱۳۹۲، شماره ۴ ص۶۵ تا ۷۶
ـ فریدونی، مهران، مسئولیت جزایی پزشک در عمل جراجی، تابستان ۱۳۸۹، فصلنامه پزشکی، شماره ۵۸
ـ جولایی، سودابه، منشور حقوق بیماران، پاییز ۱۳۷۸، شماره ۶ مجله تخصصی
ـ رستمی، هادی، پیامدهای کیفری ناشا از قصور پزشکی، پاییز ۹۴، شماره ۳ دوره۲۱
ـ جودکی، حسین، پاییز ۸۹، شماره ۵۹ فصلنامه پزشکی
ـ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲
ـ منشور حقوق بیمار

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-19]