

فصلنامه دانش انتظامی سمنان ، دوره دوازدهم ، شماره چهل و چهارم ، تابستان ۱۴۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۲۲

صفحات: ۶۸ - ۹۶

## سیاست جنایی ایران در قبال جرایم و تخلفات پزشکی

### نویسندگان :

صادق اسمعیلی<sup>۱</sup>، مطهره نوری رومنان<sup>۲</sup>، فاطمه نوری رومنان<sup>۳\*</sup>

### چکیده

ارتکاب رفتار مجرمانه تحت عنوان هر یک از افعال یا ترک افعال و ناشی از عمد، سهو و یا خطا از جانب افراد جامعه امری غیر قابل اجتناب است و جامعه پزشکی نیز از این قاعده مستثنی نبوده بعضاً در جریان ایفای وظایف طبابت، جرائمی یا تخلفاتی حادث می شود که دارای مسئولیت مدنی، کیفری یا انتظامی برای پزشک خواهد بود، وجه افتراق بین جرایم و تخلفات چیست؟ اینکه پزشک در طول دوران تحصیل یا به تبع تجاربی که در زمان اشتغال کسب می کند، همواره باید از نتیجه اعمال و رفتار خود در مقابل بیماران و افراد جامعه آگاه باشد، شکی نیست اما از دیرباز این مهم مورد توجه و نظر قانون گذار بوده تا مسئولیت های پزشکان را به حداقل برسانند تا مانعی در راستای معالجه و حیات بخشی به بیماران وجود نداشته باشد، از طرفی دیگر این سؤال مطرح است که مینا و فلسفه تحدید مسئولیت پزشکان و حدود آن چیست؟ حدود مسئولیت پزشک متوجه چه تغییراتی شده در قانون لاحق؟ در پاسخ به این موضوعات عناوین مجرمانه ای از جمله تخلفات و جرایم و پاسخ های کنشی و واکنشی در مقابل جرایم پزشکی مورد تحلیل قرار داده می شود و ضمن بیان مبانی مسئولیت پزشک، حدود اختیارات وی مشخص می گردد و در نهایت با تحلیل این افتراق ها و بیان مجازات های آن به تحلیل سیاست جنایی حاکم بر این جرم می پردازیم.

واژگان کلیدی: جرائم پزشکی، قصور، تقصیر، خطا

۱: دانشجوی دکتری حقوق جزا و جرم شناسی ، دانشکده حقوق ، دانشگاه آزاد تهران lawyer.international80@gmail.com

۲: کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم شناسی ، دانشکده حقوق ، دانشگاه آزاد گرمسار- noori\_motahareh@yahoo.com

۳: دکتری حقوق جزا و جرم شناسی ، دانشکده حقوق ، گروه حقوق ، دانشگاه آزاد تهران fatemeh1۳۲۶۶۸@gmail.com

## مقدمه

با تمام دقت نظر و وسواس های که جراحان در حرفه خود انجام می دهند، گاهی اشتباهات و خطاهایی که لازمه طبیعت فعل بشری است در کار آنها حادث می شود و عنوان تخلف یا جرم را به خود می گیرد. حال یکی از سوالات این است که آیا هر خطا و لغزشی که از سوی پزشکان صورت می گیرد، قابلیت تعقیب کیفری را دارد. یا شرایط و ارکان خاصی لازم است تا بتوان آنها را تحت تعقیب قرار داد و مسوول شناخت؟ در پاسخ به این سوال نظام های حقوقی کشورهای مختلف روش ها و شیوه های خاصی را انتخاب نموده اند که عموماً با یکدیگر متفاوت هستند اما در ایران واکنش علیه این جرایم در قانون مجازات سال ۱۳۹۲ با تحولی عظیم رو به رو شد.

بدین توضیح که معالجه های که توسط پزشک انجام می شود، از دو جنبه کیفری و مدنی بررسی می گردد. این اعمال طبی و جراحی، در صورت وجود شرایط مقرر در ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ جرم نخواهد بود. از لحاظ مسئولیت مدنی علی رغم این مطلب که یکی از مباحث مهم مسئولیت های مدنی، مسئولیت پزشکان است، در قانون مدنی و قانون مسئولیت مدنی حکمی خاص در این مورد وجود ندارد و این قوانین نسبت به آن ساکت اند، ولی در قانون مجازات اسلامی در مبحث موجبات ضمان به طور خاص، موادی به این موضوع اختصاص یافته است. در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ دامنه مسئولیت پزشک را محدودتر کرده و مسئولیت وی را مبتنی بر تقصیر قرار داده؛ زیرا در قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ مسئولیت پزشک از مصادیق مسئولیت محض (مطلق) محسوب می گردید اما قانون گذار در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ از مبنای سابق خود که مبتنی بر نظر مشهور فقهی بوده، عدول نموده و در اقدامی ستایش آمیز نظر غیر مشهور فقهی را پذیرفت. در این نوشتار تلاش خواهیم کرد با بیان مبانی این بحث، به شرح و بسط این موضوع بپردازیم.

## روش تحقیق

این پژوهش، از نوع بنیادی و نظری است و شیوه تحلیل اطلاعات نیز توصیفی-تحلیلی مبتنی بر روش شناسی کیفی می باشد و با روش جمع‌آوری داده‌های اسنادی و کتابخانه‌ای سعی بر اعلام اهمیت دامنه اختیارات پزشک دارد که چنانچه اختیاراتش محدود گردد، قدرت و توانایی وی در مسیر درمان دچار نقصان می‌گردد.

## بخش اول: حق سلامت و حقوق بیمار و پزشک و مبانی مسئولیت

### پزشک فصل اول: حق بر سلامت

حق بر سلامت یکی از حقوقی است که در سطح ملی و بین‌المللی به عنوان یک حق فردی و اجتماعی شناخته شده است این حق دارای دو بخش است: اول، حق کنترل فرد بر سلامت و بدن خود و رهایی از هرگونه دخالت سایرین در سلامت او.

دوم، حق دریافت خدمات مورد نیاز در زمان بیماری، حال برای تفهیم بیشتر این مطالب آن را در سطح داخلی و بین‌المللی ارزیابی می‌کنیم.

### مبحث اول: حق بر سلامت در حقوق بین‌الملل

بر اساس میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶ م) کلیه افراد بایستی از این حق بدون هیچ‌گونه تبعیض از نظر جنس، سن، رنگ، پوست، ملیت، نژاد، زبان، مذهب، دیدگاه سیاسی و موارد مشابه بهره‌مند شوند برای سلامت تعاریف متعددی ارائه شده است که تعریف مندرج در منشور سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۶ میلادی از پر کاربردترین آن‌ها است، این منشور سلامت را سلامت جسمانی و روانی و اجتماعی کامل و نه فقط نبود بیماری و ناتوانی تعریف کرده است، در این راستا می‌توان گفت این حق در میثاق نامه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، شامل حق بر سلامت، حق برخورداری از بالاترین سطح قابل دستیابی سلامت جسمانی و روانی می‌گردد. (باقری و دیگران؛ ۱۳۸۸ ش، ش ۲۷) این حق در اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸ میلادی به عنوان یکی از الزامات زندگی استاندارد تعیین شده است بر اساس این اعلامیه هر انسانی حق برخورداری از یک زندگی استاندارد متناسب با سطح سلامت خود و خانواده اش شامل

غذا، لباس، مسکن، مراقبت پزشکی و امنیت اجتماعی در زمان بیکاری، بیماری، معلولیت، بیوه‌گی، سالخوردگی و سایر شرایطی که در کنترل او نیست دارد. (امیر ارجمند؛ ۱۳۸۹ ش) حق بر سلامت در اکثر قوانین اساسی کشورها مورد شناسایی قرار گرفته است. در ادامه به جایگاه حق بر سلامت در قوانین و مقررات موضوعه جمهوری اسلامی ایران می‌پردازیم.

### **مبحث دوم: حق بر سلامت در قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران**

امروزه تضمین حق بر سلامت با وضع قوانین داخلی اعم از اساسی و عادی از سوی نهاد حاکمیت می‌تواند به نحو مؤثری در تحقق اهداف حمایتی از شهروندان عمل نماید. در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در اصولی مثل اصل سوم، بیست و نهم و چهل و سوم، حق بر سلامت عمومی و لزوم برخورداری شهروندان از بهداشت و درمان عمومی مناسب مورد شناسایی و تأکید قانونگذار قرار گرفته است. اشاره به این حقوق در قالب سیاست‌های کلی نظام، قوانین برنامه پنج ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و چشم‌انداز بیست ساله نظام نیز حاکی از میزان اهمیت و پرداخته شدن به این امر در کشورمان می‌باشد. (زمانی؛ ۱۳۸۵ ش) علاوه بر قانون اساسی که صریحاً به حق بر سلامت شهروندان ایرانی اشاره نموده است، در سند چشم‌انداز بیست ساله نیز جامعه سالم ایرانی را با عباراتی نظیر برخورداری از سلامت رفاه اجتماعی، فرصت برابر عادلانه، بهره‌مندی از خدمات توصیف نموده است همچنین در این سند به ابعاد مختلف اقتصادی و اجتماعی که منجر به سلامت عمومی می‌شوند نیز به نحو مناسبی تأکید شده است.

### **فصل دوم: حقوق بیمار و پزشک و مبانی مسئولیت پزشک**

#### **مبحث اول: حق بیمار**

حقوق بیمار یکی از محورهای شاخص در تعریف استانداردها جهت اعمال حاکمیت خدمات بالینی است. در سال ۱۳۸۱ برای نخستین بار منشور حقوق بیمار در ایران تدوین و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شد موارد مطرح شده در این منشور شامل دو گونه حق می‌شود که در ذیل به آن می‌پردازیم.

## گفتار اول: خدمات تخصصی پزشکی

برای بیان خدمات پزشکی که بیمار بایستی از آن بهره مند گردد، می توان به تشخیص صحیح و تجویز صحیح دارو و تجهیزات کامل پزشکی اشاره کرد. در پرتو این موارد و موارد ذکر شده در منشور حقوق بیمار می توان گفت که اطلاعات متخصصین باید بر اساس دانش روز باشد. میان سایر ارکان مراقبت اعم از پی گیری، تشخیص، درمان و توان بخشی، هماهنگی وجود داشته باشد. کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری فراهم شده باشد و مراقبت های ضروری و فوری همچون اورژانس بدون توجه به تأمین هزینه آن صورت گیرد همچنین در خصوص خدمات پزشکی می توان به در دسترس بودن پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی اشاره کرد. (تبریزی، ۱۳۸۶ش؛ ج ۱) موارد بیان شده از جمله حقوقی است که با نام خدمات پزشکی، باید از سوی کادر پزشکی و بیمارستان ها رعایت گردد.

## گفتار دوم: خدمات غیر پزشکی

در خصوص خدمات غیر پزشکی بیمار دارای چندین حقوق است که رعایت آن همچون خدمات پزشکی بر پزشکان و کارکنان بیمارستان واجب است (پارساپور؛ ۱۳۸۸ش).

ذیلاً به بیان مختصر آن ها می پردازیم:

۱. اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد که این اطلاعات شامل:

- هزینه های احتمالی
- بیمه های تحت پوشش
- نام و مسئولیت اعضای کادر درمان
- مفاد منشور حقوق بیمار
- نقاط ضعف، قوت و عوارض احتمالی روش درمان و توضیح در خصوص درمان های جایگزین

- نحوه دسترسی به پزشک معالج

- آموزش های لازم در ارتباط با بیماری

- تصاویر اطلاعات ثبت شده در پرونده (منشور حقوق بیمار در ایران؛ ۱۳۸۱ش)
۲. حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه ی بیمار باید محترم شمرده شود، بیمار در موارد ذیل حق انتخاب دارد:
- درخواست برای انتخاب پزشک معالج و انجام آن در صورت امکان
  - انتخاب مرکز خدمات دهنده امور تشخیصی و درمانی و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
  - شرکت در پژوهش
  - قبول یا رد درمان پیشنهادی پس از آگاهی غیر از موارد اورژانسی به صلاحدید پزشک (همان)
  - زمان کافی جهت تصمیم گیری و انتخاب در صورت عدم وجود خطر (امامی رضوی؛ ۱۳۹۰ش. ج اول)
۳. اصل رازداری و احترام به حریم خصوصی بیمار رعایت شود. باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود و امکانات لازم بدین منظور فراهم شود. فقط بیمار، گروه درمانی و افراد قانونی مجاز، حق دسترسی به اطلاعات بیمار را دارند. همراهی فرد معتمد در مراحل تشخیصی، حق بیمار است مگر این که خلاف ضرورت پزشکی باشد.
۴. خدمات درمانی باید تا حد امکان محترمانه، صادقانه، عادلانه، سریع و فارغ از تبعیض باشد. شرایط خاص بیمار ( ناشنوا، کودک، زبان بیگانه و ... ) در نظر گرفته شود. باید در طول درمان اصول احترام و کرامت انسانی و ادب و انصاف رعایت شود.
۵. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است. بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود، بدون اختلال در کیفیت خدمات دریافتی به مقامات ذیصلاح شکایت کند و از نتایج شکایت خود در مراجع ذیصلاح آگاه و پس از رسیدگی از همان طریق مطلع گردد.

۶. بیمار باید از امکانات رفاهی و غیر پزشکی از جمله غذای مناسب و محیطی سرشار از آرامش برخوردار باشد، همچنین این امکانات باید با کیفیت مناسب و هزینه متعارف در اختیار بیمار قرار بگیرد (مصدق را؛ ۱۳۸۳ش).

## مبحث دوم: حقوق پزشک و مبانی مسئولیت او

### گفتار اول: حق پزشک

علاوه بر حقوقی که برای بیمار برشمردیم باید گفت که پزشک نیز دارای حقوقی است که بنا بر اصل مساوات باید رعایت گردد. گاه ممکن است در روند درمان، آسیبی چه به مقدار کم و چه به مقدار زیاد به بیمار وارد شود و این آسیب ها ممکن است به نحو سهوی یا غیر عمدی باشد اما از پزشک معالجه کننده شکایت شود و او محکوم به مجازات گردد، در اینجا باید حقوقی برای پزشک در نظر گرفته شود که از هرگونه قضاوت و محکومیت ناعادلانه در خصوص او جلوگیری شود. بنابراین برخی اصول دادرسی منصفانه لازم الرعایه و حاکم بر کلیه دعاوی اعم از کیفری، مدنی، اداری و انتظامی بوده که از جمله اصول مهم آن می توان به اصل برائت در خصوص حقوق پزشک اشاره کرد. اصل برائت: یکی از اصول ثابت و مسلم پذیرفته شده در تمام نظام های حقوقی جهان اصل برائت است اصل برائت بدین معنی است که هیچ کس از نظر قانون مجرم شناخته نمی شود مگر آن که جرم او در دادگاه صلاحیت دار و بی طرف ثابت گردد. اصل ۳۷ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و بند ۱ ماده ۱۱ اعلامیه جهانی حقوق بشر نیز مؤید همین معنا است.

اصل برائت یک حکم کلی است، نه تنها در حقوق جزا بلکه در همه امور از جمله مسائل حقوقی، اداری و مالیاتی جاری است در هر جا که ابهامی در متون قانونی باشد باید موضوع به نفع متهم تعبیر و تفسیر شود و از تفسیر موسع خودداری گردد. اصل برائت به کرات در آیین رسیدگی هیأت های انتظامی پزشکی مورد تأکید قرار گرفته است به طوری که بند " د " ماده ۷۹ آیین دادرسی انتظامی پزشکی در راستای اصل مذکور بیان می دارد « اگر عملی که محکوم علیه به علت ارتکاب آن محکوم شده به فرض ثبوت تخلف نباشد یا به لحاظ سایر جهات قانونی قابل تعقیب نبوده یا متوجه محکوم علیه نباشد و هیأت تجدید نظر برائت محکوم علیه را احراز کند، رأی بدوی را نقض و برائت او را صادر می کند.

بند " ه " ماده ۵۳ آیین نامه انتظامی نظام پزشکی با عبارتی مشابه به اصل براءت اشاره دارد. همچنین از آرای وحدت رویه دیوان عدالت اداری (با عنوان یک دادگاه عام اداری) چنین مستفاد می شود که هیأت عمومی دیوان عدم محکومیت و عدم اثبات اتهام را به مفهوم براءت تفسیر کرده است، بنابراین با استناد به اصل براءت محکومیت متهم منوط به احراز و اثبات اتهامات وی می باشد. در صورتیکه اتهامات فرد اثبات نشود اصل براءت همچنان به قوت خود باقی است یعنی این اصل تا زمان محکومیت متهم همچنان استوار و پا برجا است. پس بر این اساس لازم است که میان قصور و تقصیر پزشک افتراقی وجود داشته باشد و دادرسی عادلانه ایجاب می کند که پزشک در صورت تقصیر، مجرم شناخته شود.

### گفتار دوم: عناصر تشکیل دهنده مسئولیت

#### الف: ضرر

علی الاصول برای بوجود آمدن مسئولیت مدنی وجود این رکن ضروری است، اما استثنایی وجود دارد که وجود فقدان این رکن نیز مسئولیت مدنی محقق می شود مانند مطالبه وجه التزام در ماده ۲۳۰ قانون مدنی، که به دلیل تخلف متخلف و بدون ضرر به متعهدله محقق می شود.

اقسام ضرر عبارتند از: ۱. ضرر مادی که خود شاملعین (ضرر به اشیاء منقول و غیر منقول) منفعت محسوس (میوه درختان) منفعت غیر محسوس (منفعت خانه) و حق می باشد و ۲. ضرر معنوی مانند لطمه به حیثیت، شهرت و آبروی افراد (کاتوزیان؛ ۱۳۶۴ش.ص ۱۷۸).

نکته که باید به آن توجه کرد این است که جبران ضرر معنوی سخت و دشوار است اما از آنجایی، که پول از شایع ترین وسایل تسلی و جبران خسارت است گاهی دادن پول یا عذر خواهی از زیان دیده می تواند تا حدودی درصدد جبران ضرر معنوی برآید.

#### ب: انجام فعل غیر قانونی

دومین رکن از ارکان مسئولیت مدنی ارتکاب فعل نامشروع و خلاف قانون است لذا با افعال مباح و مشروع نظیر دفاع مشروع و امر آمر قانونی مسئولیت مدنی به وجود نمی آید.



در قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۵ در ماده ۳۱۹ با عدم وجود فعل غیر قانونی، طیب را در صورت بروز خسارت ضامن دانسته است این در حالی است که تعهد پزشک از نوع تعهد به وسیله است و تعهد به نتیجه نمی باشد. البته با وجود رضایت و اخذ برائت توسط طیب، در صورتی که بر خلاف مقررات و نظامات اقدام ننماید دیگر مسئولیتی در قبال خسارت وارده به بیمار نخواهد داشت.

۱. ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۵ مقرر می داشت: هرگاه طبیبی گر چه حاذق و متخصص باشد و در معالجه هایی که شخصاً انجام می دهد یا دستور آن را صادر می کند هر چند با اذن مریض یا ولی او باشد باعث تلف جان و نقص عضو و یا خسارت مالی شود ضامن است. لازم به ذکر است مسئولیت پزشک در قانون مجازات اسلامی جدید مصوب ۱۳۹۲ تغییر یافته و در صورت فقدان تقصیر پزشک ضامن نیست (دهقان؛ ۱۳۹۲ش).

### ج: رابطه سببیت

سومین رکن از ارکان مسئولیت مدنی رابطه سببیت است. بین ضرر و فعل باید رابطه سببیت وجود داشته باشد یعنی ضرر از همان فعل ناشی شود. ممکن است در بروز حادثه، علت وقوع واحد باشد و گاهی نیز ممکن است دلایل و علل متعدد باشند. اما در هر حال مباشر در وقوع آن دخالت مستقیم دارد اما سبب زمینه سازی می کند. در فرض اجتماع سبب و مباشر، اصل بر مسئولیت مباشر است مگر اینکه سبب اقوی از مباشر باشد. در اجتماع سبب و مباشر، چنانچه اسباب در طول یکدیگر باشند سبب مقدم در تأثیر مسئول است مگر اینکه عمل شخص مقدم مجاز و عمل شخص مؤخر ممنوع باشد که در این حالت نفر دوم ضامن است. ماده ۵۳۵ قانون مجازات جدید بیان می کند (هرگاه دو یا چند نفر با انجام عمل غیر مجاز در وقوع جنایتی به نحوه سبب و به صورت طولی دخالت داشته باشند کسی که تأثیر کار او در وقوع جنایت قبل از تأثیر سبب یا اسباب دیگر باشد ضامن است). ماده ۵۳۶ همین قانون نیز بیان می کند هرگاه در مورد ماده ۵۳۵ این قانون عمل یکی از دو نفر غیر مجاز و عمل دیگری مجاز باشد . . . شخصی که عملش غیر مجاز بوده ضامن است . . . ) هرگاه چند نفر با هم و بصورت همزمان سبب آسیب یا خسارتی شوند همگی به طور مساوی عهده دار خسارت خواهند بود. اما به استثنایی که در این رابطه وارد است می توان به مقوله غصب و غاصب اشاره کرد ماده ۳۱۵ قانون مدنی بیانگر این مطلب است که چنانچه در هنگام غصب خسارتی به مال وارد گردد غاصب مسئول است حتی اگر عمل

مستند به فعل غاصب نباشد مانند اینکه عین مغصوبه در اثر سیل از بین رود و . . . با وجود اینکه رابطه ی سببیت بین عمل غاصب و خسارت وارده وجود نداشته باشد باز هم غاصب دارای مسئولیت مدنی و ملزم به جبران خسارت می باشد. حال در زمینه مسئولیت، دو نظریه غالب مطرح است که به آن می پردازیم.

### **گفتار سوم: مبانی مسئولیت پزشکی**

به طور کلی، دو نظریه غالب در این حوزه مطرح است:

#### **الف: نظریه تقصیر**

براساس نظریه تقصیر، مبنای مسئولیت تقصیر است و طرفداران این نظریه معتقدند که در صورت ارتکاب خطا شخص مسئول جبران خسارت وارده است و تنها دلیلی که می تواند مسئولیت کسی را نسبت به جبران خسارتی توجیه کند، وجود رابطه علیت بین تقصیر او و ضرر است و این بر عهده مدعی است که اثبات کند در نتیجه تقصیر مرتکب، خسارتی به او وارد شده است، به عبارتی اثبات دلیل بر دوش مدعی ضرر است (کاتوزیان، ۱۳۶۴ ش، ص ۱۷۸). قانونگذار کیفری ایران، تا حدود زیادی از این نظریه احتراز نموده و متمایل به تئوری ریسک یا خطر گردیده است. در عوض، در رویه قضایی ایران، حاکمیت مسئولیت مبتنی بر تقصیر و تعهد به وسیله، مشهود و نمایان است. امروزه نظریه ایجاد خطر در حوزه های اجتماعی به خصوص مسائل مستحدثه پزشکی همانند بیماری های ایدز و هپاتیت و حتی معلولیت های ناشی از خطا در تشخیص پزشکی، مبنای مسئولیت پزشکی است.

#### **ب: نظریه خطر**

بر اساس نظریه خطر، خطا یا تقصیر از ارکان تشکیل دهنده مسئولیت نیست و همین که شخصی زبانی به بار آورد و خسارتی به دیگری وارد کرد باید آن را جبران نماید و تفاوتی نمی کند که رفتارش صواب باشد یا خطا، بلکه آنچه مهم است انتساب ضرر به بار آمده به فعالیت مسئول است نه تقصیر او. برای زیان دیده دعوی کافی است که اثبات نماید ضرر وارده منتسب به خواننده دعوی است و ضرورتی به اثبات تقصیر او نمی باشد (فیستا، ۱۹۹۲م، ص ۳۶). النهایه با حذف تقصیر از زمره ارکان مسئولیت، زیان دیده از ارائه دلیل جهت اثبات تقصیر معاف می گردد و دعوی جبران خسارت سریعتر به نتیجه می رسد. فکر به اجرا درآوردن نظام جبران خسارت بدون تقصیر در مورد حوادث پزشکی، اولین بار در

فرانسه و توسط «پروفسور تنک» در دومین کنگره جهانی اخلاق پزشکی مطرح شد که توسط سازمان نظام پزشکی فرانسه سازماندهی شده بود. بنابراین در حقوق موضوعه کنونی، نظریه ایجاد خطر یا مسئولیت بدون تقصیر و یا بهتر بگوئیم: جبران خسارت، امروزه جایگاهی ماندگار یافته است و ما در حساس ترین زمینه ها یا وضعیت ها پیدایش آن را می بینیم (عباسی ۱۳۸۹ش، ص ۲۸). با بررسی حقوق بیمار و پزشک و شرایطی که مسئولیت بر او حمل می شود، در بخش بعدی به بیان جرایم و تخلفات پزشکی پرداخته و وجه تمایز این دو را بیان خواهیم کرد و در پایان پاسخ هایی که در قانون برای این جرایم مشخص شده را شرح می دهیم.

## بخش دوم: بررسی انواع جرایم و تخلفات پزشکی و پاسخ های آن

### فصل اول: جرایم پزشکی

#### مبحث اول: جرایم عمومی و مجازات آن

در مورد قواعد ناظر بر مسئولیت جزایی پزشکان و اینکه در جریان اشتغال به حرفه طبابت مرتکب چه جرایمی می گردد بایستی قائل به تفکیک شد، عمده جرایم که پزشکان مرتکب آن می گردند جرایمی عمومی بوده و خاص پزشکان یا حرفه خاصی نیست این جرایم عبارتند از:

#### کفتار اول: ارتکاب عمدی قتل و صدمات بدنی در جریان اعمال پزشکی

با تصویب و لازم الاجرا شدن قانون مجازات اسلامی جدید در سال ۱۳۹۲ تعریف و معیار قتل عمد در ماده ۲۹۰ در سه بند و سه تبصره عنوان شده است. علاوه بر آن مطابق با مفاد ماده ۱۴۴ قانون موصوف که بیان شده است: «در تحقق جرایم عمدی علاوه بر علم مرتکب به موضوع جرم، باید قصد او در ارتکاب رفتار مجرمانه احراز گردد. در جرایمی که وقوع آنها بر اساس قانون منوط به تحقق نتیجه است، قصد نتیجه یا علم به وقوع آن نیز باید محرز شود» به صراحت معیار و ملاک های عمدی بودن عناوین مجرمانه ذکر شده اند. با توجه به مفاد مواد فوق چنانچه پزشک یا جراح یا دست اندر کاران امور طبی در جریان درمان و معالجه، موجب آسیب یا صدمه جسمانی به بیماران شوند به نحوی که در نتیجه

آن، صدمه یا آسیب بیمار فوت شود یا دچار صدمات بدنی گردد و در چهارچوب مواد فوق جای گیرد، قتل عمد یا ایراد صدمات جسمانی عمدی محسوب می شود به عنوان مثال چنانچه طبیب یا پرستار آمپولی را تزریق کند که حاوی مواد شیمیایی کشنده باشد یا مقادیر زیادی از دارویی را به بیمار بخوراند که خوردن مقداری از آن موجب مرگ وی شود یا در جریان انجام عمل جراحی، لوله اکسیژن متصل به بیمار را قطع کند و در نتیجه فرد مورد نظر فوت کند مشمول تعاریف جرائم عمدی واقع قابل تعقیب و مجازات جرایم عمدی است.

### **گفتار دوم: ارتکاب شبه عمدی قتل و صدمات بدنی در جریان اعمال پزشکی**

اگر پزشک و یا جراح و یا سایر متصدیان امر پزشکی در جریان انجام امور پزشکی مرتکب تقصیر شوند مشروط بر اینکه مطابق با بند (پ) ماده ۲۹۱ ق.م.ا جنایت واقع شده مشمول جنایات عمدی نباشد و در نتیجه قتل و یا صدمه بدنی حادث شود از موارد شبه عمد محسوب می گردد. مانند وقتی که اقدام پزشک در اثر بی احتیاطی یا عدم مهارت منتهی به قتل یا صدمه جسمانی گردد.

### **گفتار سوم: بی مبالاتی و عدم رعایت نظامات دولتی**

در تعریف و مبنای بی مبالاتی تعابیر مختلف عنوان شده است (بی مبالاتی به معنای اهمال و غفلت است و از شایع ترین مشکلاتی است که برای پرسنل امر درمان علی الخصوص اطبا پیش می آید) (عباسی، ۱۳۹۳). (بی مبالاتی، عبارت است از اینکه، فاعل عمل پیش بینی ورود ضرر را از ناحیه عمل خود به غیر می کند، ولی معذالک لاقیدی به خرج می دهد و احتیاط نمی کند) (الهی منش، ۱۳۸۵). در اصطلاح حقوقی، بنا به مشهور، بی مبالاتی به صورت ترک فعل است (پاد، ۱۳۸۵) بی مبالاتی به معنای انجام ندادن کاری است که یک فرد متعارف آن را باید انجام دهد به عنوان مثال پزشکی که آمپول پنی سیلین را بدون انجام تست و بدون اینکه سابقه ی تزریق را از بیمار بپرسد به بیمار تزریق کند مرتکب بی مبالاتی شده است. در چنین فرضی اگر بر اثر تزریق آمپول مزبور بیمار فوت نماید، قتل بواسطه بی مبالاتی پزشک واقع شده است. منظور از نظامات دولتی، مجموعه مقرراتی است که از سوی مراجع ذیصلاح و رسمی و به منظور کنترل و تنظیم امور گوناگون وضع شده است که بعضی عمومی هستند مانند: مقررات راهنمایی و رانندگی و

برخی دیگر ناظر به طبقه خاص مانند: مقررات مربوط به حرف پزشکی. چنانچه ادعا شود که پزشک نظامات دولتی را رعایت ننموده می بایست دو امر اثبات گردد ۱. وجود نظامات ۲. عدم رعایت آن نظامات از سوی پزشک (آموزگار، ۱۳۸۵).

### گفتار چهارم: بی احتیاطی و عدم مهارت

در اصطلاح حقوقی بی احتیاطی در مقابل غفلت بکار می رود، یعنی غفلت از جنس ترک است و بی احتیاطی از جنس فعل، که عبارت است از ارتکاب عملی از روی ترک پیش بینی و حزم که حقاً باید آن پیش بینی یا حزم رعایت می شد، یعنی توقع آن عرفاً از فاعل عمل می رفت. بنابراین بی احتیاطی، سهل انگاری در درمان می باشد، که دارای جنبه های وجودی و مثبت و ارتکاب فعل است (الهی منش، ۱۳۸۵) به عنوان مثال: اگر پزشک پای بیماری را آنچنان محکم ببندد که جریان خون قطع شود و منجر به قطع پا گردد مرتکب بی احتیاطی شده است.

عدم مهارت: به معنای تبحر و تخصص در کار است «و یکی از مصادیق خطا در امور کیفری است و عبارت از عدم آشنایی متعارف به اصول و دقایق علمی و فنی کار معین: بی اطلاعی کافی از حرفه معین مصداق عدم مهارت است. مهارت یک طبیب، کارایی و توانایی او در انجام وظیفه ای است که بر عهده می گیرد و عدم مهارت، ناتوانی او یا فقدان کارایی وی بر لای انجام امور تخصصی پزشکی و جراحی و رشته های وابسته به آن می باشد» (الهی منش، ۱۳۸۵) به عنوان مثال: اگر پزشکی که تخصص و تبحر کافی برای عمل جراحی زیبایی بینی را نداشته و با تبلیغات در مطب خود دست به چنین کاری بزند و بعداً بیمار دچار صدمات عدیده شود پزشک به علت عدم مهارت دچار قصور شده است.

### گفتار پنجم: مداخله در سقط جنین و قتل ترحم آمیز (اوتانازی)

«در اصطلاح حقوقی سقط جنین یا سقط حمل عبارت است از اخراج عمدی قبل از موعد جنین یا حمل به نحوی که زنده یا قابل زیستن نباشد و یا منقطع ساختن دوران بارداری. برای تحقق جرم سقط جنین اول باید زن حامله باشد دوم اقدام مرتکب موجب سلب حیات از جنینی شود که در کالبدش روح دمیده یا اینکه اقدام مرتکب مانع از تکامل جنین شود که روح در کالبدش دمیده نشده است سوم نتیجه حاصله مستند به عمل مرتکب باشد در صورتیکه نتیجه حاصله بر اثر عواملی از قبیل بیماری های عفونی، وجود

ضایعات رحمی، و مسمومیت های دارویی و . . . بوقوع پیوسته باشد و اقدام متهم هیچ تأثیری در وقوع نتیجه نداشته باشد جرمی صورت نگرفته است چهارم اسقاط جنین در نتیجه اقدامات طبی ضروری صورت نگرفته باشد مثلاً اقدام طبیب برای حفظ حیات مادر ضروری بوده است» (آموزگار، ۱۳۸۵). پس با توجه به شرایط فوق رکن مادی این جرم وجود جنین یا حامله بودن زن و فعل مرتکب به عنوان رفتار فیزیکی است لزوماً اینکه برای تحقق سقط جنین عمدی باید از ناحیه مرتکب فعل مثبت مادی به نحوه مباشرت یا معاونت صورت پذیرد. و ترک فعل نمی تواند به عنوان رکن مادی این جرم محسوب شود و رکن معنوی آن، عالم بودن به حاملگی زن یعنی: اطلاع و آگاهی داشتن از حامله بودن زن و عمد داشتن یعنی خواهان حصول نتیجه مجرمانه (سقط جنین) بودن و رکن قانونی آن ماده ۷۱۶ تا ۷۲۱، ۶۲۴، ۶۲۳، ۶۲۲، ۳۰۶ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ می باشد. قتل ترحم آمیز (اوتانازی) یا یونتازی طبق تعریف به معنی کوتاه کردن مدت درد و رنج بیماران درمان ناپذیری که بر اساس دانش پزشکی کنونی هیچگونه امیدی به شفا و بهبودی او وجود ندارد. مرگ آرام بخش، بیمار کشی به ترحم، قتل از روی ترحم از دیگر تعبیر آتانازی است (دیبایی، ۱۳۸۱). در نظام های حقوقی فعلی دنیا، رویکردهای متفاوتی نسبت به این نوع قتل وجود دارد بعضی از کشورها مانند کانادا و هند و . . . آن را از جرم بودن انداخته اند و در پاره ای دیگر از کشورها همچنان قتل محسوب می شود اگر چه نوع و میزان مجازات آن از قتل های معمولی خفیف تر است آنچه محرز و مسلم است قصاص از جمله اموری است که قابل انتقال و اسقاط است و مطابق با آیه کریمه «فقد جعلنا لولیه سلطاناً» حق مطالبه قصاص برای ولی دم محفوظ است و آنها هستند که می توانند به طور مطلق یا مشروط عفو کنند.

اما موضوعی که در رابطه با قتل ترحم آمیز مطرح است و در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ ماده ۳۶۵ نیز به صراحت به آن پرداخته این است که: مطابق با این ماده در قتل و سایر جنایات عمدی، مجنی علیه می تواند پس از وقوع جنایت و پیش از فوت، از حق قصاص گذشت کرده یا مصالحه نماید و اولیای دم و وارثان نمی توانند پس از فوت او، حسب مورد، مطالبه قصاص نفس یا دیه کنند، لکن مرتکب به تعزیر مقرر در کتاب پنجم «تعزیرات» محکوم می شود. در هر حال می توان به استناد قانون مجازات اسلامی درباره قتل ترحم آمیز قائل به این نظریه شد که در نظام حقوقی ایران قتل با رضایت مجنی علیه از مجازات خفیف تری نسبت به قتل عمدی برخوردار است.

## مبحث دوم: جرایم خاص و مجازات آن

پارهای رفتارهای مجرمانه در حرفه پزشکی ممکن است دیده شود اگر چه خاص اعمال پزشکی به شمار نمی رود، اما به واسطه خصوصیت مرتکب آن که پزشک است، به نوعی مرتبط با اعمال پزشکی هستند که ذیلاً و به اختصار به تعدادی از آنها می پردازیم.

### گفتار اول: افشای سر

راز داری و راز پوشی از مکارم اخلاق و لازمه حرفه پزشکی است، جلب اطمینان و اعتماد بیمار مبنی بر فاش شدن اسرار وی و بیان کردن واقعیت بدون ترس و نگرانی از این امر، به عنوان یک اصل حرفه توسط پزشکان باید مراعات گردد تا نه تنها سلامتی بیمار به خطر نیفتد بلکه سلامت عمومی جامعه نیز در قبال بی اعتمادی نسبت به این موضوع، و گسترش بیماری های مسری و محفوظ و مصون بماند. قانونگذار در ایران در مناسبت های متعددی پزشکان را ملزم به حفظ اسرار شغلی نموده است به عنوان مثال می توان به ماده ۴ آئین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته مصوب ۷۸/۰۴/۰۳ هیئت وزیران اشاره کرد که می گوید «شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر بموجب قانون ندارند».(آموزگار، ۱۳۸۵).

شرایط و ارکان تشکیل دهنده بزه جرم افشا سر عبارت از:

**الف) رکن قانونی:** ماده ۲۲۰ ق.م.ع و ماده ۶۴۸ ق.م.ا به شرح فوق در خصوص این موضوع و مجازات قانونی آن به صراحت توضیح داده است.

**ب) رکن مادی:** ۱. شخصیت مرتکب: قانونگذار با قید عبارت «و کلیه کسانی که که به مناسبت شغل و یا حرفه خود محرم اسرار می شوند» در ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی، در مقام بیان این بوده است که اشخاص نامبرده شده در ماده یاد شده، همانند اطباء، جراحان، ماماها، و داروفروشان، جنبه تمثیلی داشته و چنانچه هر کس به مناسبت شغل یا حرفه خود از اسرار مردم مطلع شود و اقدام به افشای آن نماید مرتکب جرم افشا اسرار می گردد (الهی منش، ۱۳۸۵). ۲. وجود سر یا راز: در اصطلاح حقوقی سر را «امری دانستند که نوعاً داعی بر اخفاء آن داشته باشند. بنابراین اگر افرادی به ندرت میل به اخفاء امری نداشته باشند و در اظهار آن اقدام کنند، ضرری به ماهیت سری بودن آن امر ندارد، یعنی سری

بودن آن را نفی نمی کند» (جعفری لنگرودی، ۱۳۵۷) بنابراین چنانچه امری سر محسوب نشود و افشاء گردد مشمول ماده نیست. در این امر که ملاک تشخیص سری بودن امری، برای تحقق جرم موصوف چیست؟ علاوه بر عرف، به افشای مواردی که ضرر بر شهرت و حیثیت و کرامت شخص وارد می کنند را نیز می توان مدنظر قرار داد. ۳. افشای سر: آنچه مسلم است این است که طرق افشای سر چه بصورت شفاهی، یا کتبی، علنی یا غیر علنی، حتی اشاره کلی یا جزئی مؤثر در تحقق جرم نیست. بلکه اطلاع یافتن اشخاصی که صلاحیت آگاهی از اطلاعات را ندارند برای تحقق آن کفایت می کند.

**ج) رکن معنوی:** از آنجایی که جرم افشا اسرار از جرایم عمدی است. وجود سوء نیت یا قصد مجرمانه و داشتن علم و عمد در تحقق آن ضروری است. پس افشاء سر به علت اهمال یا بی احتیاطی و بی مبالاتی پزشک در جایی که اطلاعات سری بیمار را نگهداری می کند که دیگران از آنها اطلاع پیدا می کنند موجب مسئولیت کیفری وی نمی شود البته عدم مسئولیت کیفری در این حالت مانع از تحقق مسئولیت مدنی و جبران خسارت در جایی که به علت افشای سر، ضرری به بیمار وارد می آید نمی شود. ضمناً مواقعی که پزشک به موجب قوانین خاص ملزم به افشای اسرار بیمار نیز مشمول ماده ۶۴۸ ق. م. ا نیز می گردد.

### گفتار دوم: فریفتن و اغفال بیماران

با توجه به جایگاه و تقدس رشته پزشکی بدیهی است کمترین انحراف و کجروی در این صنف، از بیشترین قبح برخوردار است. ماده ۵ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ مقرر می دارد: «هیچ یک از مؤسسات پزشکی و دارویی و صاحبان فنون پزشکی و دارو سازی و سایر مؤسسات مصرح در ماده اول این قانون حق انتشار آگهی تبلیغاتی که موجب گمراهی بیماران یا مراجعین به آنها باشد، و یا به تشخیص وزرات بهداشتی بر خلاف اصول فنی و شئون پزشکی یا عفت عمومی باشد، ندارند و استفاده از عناوین مجعول و خلاف حقیقت روی تابلو و سر نسخه و یا طرق دیگر و دادن وعده های فریبنده ندارند و همچنین دخل و تصرف و یا تغییر نسخه پزشکی به هر صورت که باشد بدون اجازه خود پزشک از طرف داروساز ممنوع می باشد. متخلفین برای بار اول به پرداخت پنج هزار ریال تا بیست هزار ریال، دفعات بعد هر دفعه بیست هزار ریال



تا پنجاه هزار ریال جزای نقدی و یا حبس جنحه ای از یک ماه تا چهار ماه و یا به هر دو مجازات محکوم خواهند شد».

در رکن مادی این جرم مرتکب، باید از مسئولین مؤسسات پزشکی و دارویی مثل بیمارستان ها، آزمایشگاه ها، داروخانه ها و . . . باشد و عمل مرتکب به صورت یکی از موارد زیر تحقق یابد:

۱. انتشار آگهی تبلیغاتی غیر مجاز
۲. انتشار آگهی برخلاف اصول فنی و شئون پزشکی
۳. انتشار آگهی برخلاف عفت عمومی
۴. استفاده از عناوین مجعول و خلاف حقیقت روی تابلو و سر نسخه
۵. دادن وعده های فریبنده
۶. سایر طرق دیگر، همانند تبلیغ توسط تلویزیون، و اینترنت و . . . (الهی منش، ۱۳۸۵).

علاوه بر این در تحقق رکن معنوی، مرتکب باید عالماً و عامداً اقدام به اعمال فوق نماید. بنابراین صرف تبلیغات و یا انتشار آگهی موجب تحقق این جرم نخواهد بود بلکه لازم است تبلیغات مزبور دروغ و خلاف حقیقت باشد.

### **گفتار سوم: دخالت غیر مجاز در امور پزشکی**

در جوامع امروزی بر خلاف جوامع قدیم که اشخاص بر اساس ذوق و علاقه شخصی خود اقدام به درمان بیماران می کردند ضرورت لازم برای اشتغال به حرفه پزشکی، دارا بودن مدرک دانشگاهی معتبر، مورد تأیید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است. اولین قانون در این رابطه به تصویب رسید قانون طبابت ۱۲۹۰ بود که مقرر می داشت: هیچ کس در هیچ نقطه ایران حق اشتغال به هیچ یک از فنون طبابت و دندانسازی ندارد مگر آن که از وزارت معارف، اجازه نامه گرفته و به ثبت وزارت داخله رسانیده باشد. مرتکب جرم فوق، هر کسی است که بدون داشتن پروانه رسمی، اشتغال به امور پزشکی، داروسازی، دندان پزشکی، آزمایشگاهی و سایر رشته هایی که به تشخیص وزارت بهداشت درمان جزو

حرفه پزشکی و پروانه دار محسوب می شوند، بنماید ضمناً مطابق با ماده ۳ قانون صدر الاشاره واگذار نمودن پروانه رسمی خویش به افراد فاقد صلاحیت و استفاده از پروانه رسمی دیگران نیز شمول جرم دخالت در امور پزشکی محسوب می گردد مضافاً اینکه چون این جرم از جرایم عمدی محسوب می شود مرتکب آن باید عالماً و عمدتاً مرتکب این جرم شده باشد. جرم دخالت در امور پزشکی با توجه به ماده ۱ قانون مربوط به امور پزشکی، دارویی، مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ و ماده قانون اصلاح همان قانون مصوب ۱۲۷۴ مطابق تبصره ۳ قانون اصلاح در صلاحیت دادگاه انقلاب اسلامی است. در این موارد جدا از مجازات کیفری در صورت ورود صدمه، مجنی علیه استحقاق دریافت خسارت دیه یا ارزش را دارد.

### **گفتار چهارم: خودداری از کمک به مصدومین و کسانی که در معرض خطر جانی**

#### **هستند**

اخلاق حکم می کند در مواقع لزوم انسانها به هم نوع خود کمک نمایند و حس نوع دوستی نیز بر آن است تا به کسانی که در معرض خطر جانی هستند و انتظار و استمداد یاری از دیگران را دارند در حد توان مساعدت نمود. قانونگذار نیز با توسل به حربه قانون ضمانت های اجرایی را برای این کار در نظر گرفته است. به موجب بند اول ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴ «هر کس، شخص یا اشخاصی را که در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند، بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه خود او یا دیگران شود و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری نماید به حبس جنحه ای تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می توانسته کمک مؤثری بنماید، به حبس جنحه ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد.

۱. مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب دیده و اقدام به درمان او یا کمک های اولیه امتناع نماید به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم

می شوند. نحوه تأمین هزینه درمان این قبیل بیماران و سایر مسائل مربوط، به موجب آیین نامه ای است که به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

۲. هرگاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلفند به اشخاص آسیب دیده یا اشخاص که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند، از اقدام لازم و کمک به آنها خودداری کنند، به حبس جنحه ای از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.

۳. دولت مکلف است در شهرها و راه ها به تناسب احتیاج، مراکز درمان فوری و وسایل انتقال مصدومین و بیماران که احتیاج به کمک فوری دارند ایجاد و فراهم نماید.

۴. مأمورین انتظامی نباید معترض کسانی که خود متهم نبوده و اشخاص آسیب دیده را به مراجع انتظامی یا مراکز درمانی می رسانند بشوند.

از اجزای رکن مادی جرم موصوف می توان به این مورد اشاره کرد که جان افراد باید در معرض خطر باشد خطر جانی مطابق با ماده ۱ آیین نامه اجرایی قانون مذکور عبارت است «فوریت های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو یا عوارض صعب العلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد».

### **گفتار پنجم: صدور گواهی خلاف واقع**

صدور گواهی پزشکی با توجه به اهمیت و اعتبار آن از نظر دولت و اشخاص حقیقی و حقوقی دارای اهمیت بسیار بسزایی است. جامعه نیز به اعتبار این گواهی نگاه می کند و آن را مؤثر می داند. بنابراین باید متن این گواهی منطبق بر واقعیت باشد.

جرم صدور گواهی خلاف واقع، علاوه بر شباهتی که با شهادت کذب دارد به جعل معنونی نیز شبیه است به همین جهت قانونگذار آن را در باب جعل پیش بینی کرده است (آموزگار، ۱۳۸۵). ماده ۵۳۹ ق. م. ا. مقرر می دارد «هرگاه طبیب تصدیق نامه بر خلاف واقع درباره شخصی برای معافیت از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به مراجع قضایی بدهد به حبس از شش ماه تا دو سال یا به سه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد و هرگاه تصدیق نامه مزبور به واسطه اخذ مال یا وجهی انجام گرفته علاوه بر استرداد و ضبط آن به عنوان جریمه، به مجازات مقرر برای رشوه

گیرنده محکوم می گردد». در تشریح رکن مادی جرم فوق، باید اذعان کرد با توجه به مفاد ماده به ذکر عنوان طبیب، روشن است که مرتکب باید واجد عنوان طبیب باشد و صلاحیت صدور گواهی داشته باشد. (الهی منش، ۱۳۸۵). صدور گواهی، نیز باید بر خلاف حقیقت باشد و بصورت غیر واقعی تنظیم گردد تا مضمول ماده فوق گردد. آگاهانه و از روی علم و اطلاع از حقیقت و عمدی تنظیم کردن گواهی و احراز سوء نیت نیز در تحقق جرم مزبور شرط است. (همان)

### **مبحث سوم: تخلفات پزشکی و پاسخ های قانونی آن**

اصولاً تخلف انتظامی به موارد تخطی و نقض افراد یک صنف، حرفه و یا شغل از مقررات و نظاماتی است که جهت حفظ شئون و سلامت افراد آن صنف یا حرفه در نظر گرفته می شود پس می توان عنوان مسئولیت انتظامی پزشک را، حاصل تخطی او از قوانین انتظامی سازمان نظام پزشکی دانست. (عمید زنجانی؛ ۱۳۹۳ش) بدیهی است تخلفاتی که پزشکان به مناسبت حیثیت و شغل و مقام و وظیفه خود مرتکب می شوند در این مفهوم می گنجد این تخلفات بر حسب مورد و اهمیت متفاوت بوده و از نظر اعمال دارای شدت و ضعف بوده به همین علت عکس العمل های متفاوت در پی دارد که از اخطار و توبیخ شروع و به محرومیت از شغل طبابت ختم می شود.

#### **- ویژگی های تخلفات انتظامی پزشکان**

تخلفات انتظامی دارای ویژگیهای خاص خود هستند که از یک سو به واسطه عکس العمل متقابل در برابر آن با جرایم پزشکی متشابه، و از سوی دیگر دارای تفاوت و اختلافات عدیده هستند که اهم آنها عبارتند از:

۱. اساس تخلفات انتظامی پزشکان قراردادی هستند: یعنی فردی که به حرفه پزشکی اشتغال می ورزد و جزء نظام پزشکی قرار می گیرد از قبل توافق می کند که مقررات انضباطی مربوطه را رعایت کند و اگر این مقررات را رعایت نکند در معرض مجازات های پیش بینی شده قرار خواهد گرفت. (صفایی؛ ۱۳۹۳ش، ج ۱)

۲. اصول حاکم بر قواعد مسئولیت جزایی پزشکان نسبت به مقررات انتظامی پزشکی اعمال نمی شود مثل اصل قانونی بودن جرایم، که در مقررات انتظامی پزشکان وجود ندارد

و جرایم بر خلاف شان و حیثیت جامعه پزشکی مانند لباس پوشیدن نامناسب و رفتار جلف و زنده نیز قابل مجازات هستند.

۳. در دعوی مسئولیت جزایی و (مدنی) بر علیه پزشک ممکن است دلایلی ابراز شود که مورد قبول دادگاه واقع نشود این امر مانع از این نمی شود که از همین دلایل در هیأت های رسیدگی به تخلفات انتظامی پزشکان بهره برداری نمود.

۴. از نظر ضمانت اجرا، جرائم پزشکی صرفاً مستلزم اعمال مجازاتی است که در قانون مجازات اسلامی و قوانین دیگر پیش بینی شده، ولی ضمانت اجرایی تخلفات انتظامی پزشکان مواردی است که در قوانین راجع به سازمان نظام پزشکی و آیین نامه های مربوط به آن پیش بینی شده است مثل توبیخ شفاهی و کتبی و محرومیت از پزشکی در محل کاذب و ... .

۵. رسیدگی به تخلفات انتظامی پزشکان به عهده دادسرا و هیأت خاصی است که در نظام پزشکی هر شهرستان تشکیل می شود در صورتیکه مجازات های مربوط به جرائم پزشکی توسط دادسراها و محاکم جزایی و با استناد به قوانین و تبعیت از قانون آیین دادرسی کیفری تعیین و اعمال می شود.

## فصل دوم پیشگیری از جرم و انواع آن:

پیشگیری در لغت به معنای جلوی چیزی را گرفتن، بازداشتن و نیز پیش دستی کردن آمده است (دهخدا، ۱۳۷۷، ص ۵۹۹). پیشگیری در اصطلاح جرمشناسی پیشگیرانه به معنای کاربرد فنون مختلف به منظور جلوگیری از وقوع بزهکاری و پیشی گرفتن بر آن می باشد. پیشگیری از جمله مباحث و موضوعاتی است که در جرمشناسی مورد توجه قرار می گیرد. در میان علوم جنایی، جرمشناسی علم مطالعه و بررسی جرم و ماهیت آن، فرایند تکوین جرم یا به عبارت دیگر علت شناسی جرم قلمداد می گردد. یکی از اهداف اساسی و اولیه جرم شناسی این است که با شناخت جرم، زمینه ها و عوامل به وجود آورنده بزهکاری، تدابیر و اقدامات پیشگیرانه ای را در راستای برقراری امنیت و فراگیری سلامت اجتماعی اتخاذ نماید. در همین راستا یکی از شاخه های اصلی جرم شناسی کاربردی، تحت عنوان جرم شناسی پیشگیری شناخته شده است (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۸۴، ص ۲۳۸). جرم

شناسی پیشگیری یکی از شاخه های جرم شناسی کاربردی است که به بررسی و مطالعه مؤثرترین ابزارها و اقدامات تأمین کننده پیشگیری از جرم می پردازد. افزایش جرائم (اعم از عمدی و غیر عمدی) در جامعه، موجب ظهور احساس ناامنی و ترس از بزه‌دیدگی در بین آحاد جامعه، خدشه دار شدن کیفیت زندگی مردم و اختلال در فضای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه می شود. از همین رو باید با اتخاذ تدابیر و کاربرد فنون و شگردهای مختلف از وقوع بزهکاری و ازدیاد آن در جامعه جلوگیری نموده، بسترهای آن را از بین برد. از این دیدگاه، تدابیر پیشگیرانه و اتخاذ آن یکی از مباحث کلیدی و اساسی در مبحث سیاست جنایی تلقی می شود و سیاست جنایی نیز بنابر تعریف موسعی که از آن ارائه شده است عبارت است از: «مجموعه روش هایی که به وسیله آن هیأت اجتماع، پاسخ های خود را به پدیده مجرمانه سازماندهی می کند» (حسینی، ۱۳۸۳، ص ۲۷). همچنین با توجه به اینکه در سیاست جنایی واکنش و پاسخدهی به پدیده مجرمانه مد نظر قرار دارد و پدیده مجرمانه نیز از نقطه نظر نظریه پردازان سیاست جنایی، جرم و انحراف (کژروی) هر دو را شامل می شود (لازرژی، ۱۳۷۵، ص ۱۳). لذا به راحتی می توان هر گونه خطا و تخلف در حوزه ی پزشکی را در حیطة ی سیاست جنایی مورد بررسی و توجه قرار داد. پیشگیری به عنوان یک راهکار اساسی و بنیادی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز مورد تأکید قرار گرفته است. به موجب بند ۵ اصل ۱۵۶ قانون اساسی پیشگیری از وقوع جرم و پیش بینی و ارائه ی ساز و کارهای لازم در این خصوص از وظایف قوه قضائیه برشمرده شده است (هاشمی، ۱۳۷۸، ص ۲۸۶). سازمان ملل متحد نیز در این راستا سیاست جنایی پیشگیرانه را مد نظر قرار داده است و به همین منظور کنگره های منظمی هر پنج سال یکبار تحت عنوان کنگره بین المللی پیشگیری از جرم و اصلاح مجرمان در کشورهای مختلف برگزار کرده است. این سازمان همواره بر این اعتقاد بوده است که پیشگیری از جرم، بر واکنش و اقدامات پسینی بوده و کشورهای عضو را به اتخاذ چنین رویکردی توصیه نموده است (اردستانی، ۱۳۸۳، ص ۱۱۴). «پیشگیری شامل مجموعه تدابیر سیاست جنایی به استثنای تدابیر نظام کیفری می شود که غایت آن، تحدید امکان وقوع مجموعه اقدامات مجرمانه از طریق غیرممکن ساختن، دشوار کردن و یا کمتر محتمل کردن آنهاست» (گسن، ۱۳۸۵، ص ۱۹۳). پیشگیری دارای اقسامی است که قبل از بیان راهکارهای پیشگیری از خطا و تخلف در عملیات پزشکی و تشخیص طبی، شایسته است به این اقسام

اشاره شود. در مبحث اول: یک نوع تقسیم بندی، پیشگیری به پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث.

### **گفتار اول: پیشگیری اولیه (نخستین):**

شامل اقدام هایی است که ناظر به تغییر اوضاع و احوال و شرایط جرم زای محیط فیزیکی و اجتماعی است. در این نوع از پیشگیری سعی می شود امکان اولیه ارتکاب جرم به طور کلی منتفی گردد. پیشگیری نخستین یعنی مصون کردن افراد از رهگذر مبارزه با همه زمینه های ارتکاب جرم که در چارچوب توسعه اجتماعی قرار می گیرند (رایجیان اصلی، ۱۳۸۳ : ۱۵۰ و ۱۴۹). در این مرحله از پیشگیری، تلاش بر این است که افراد جامعه به سوی ارتکاب جرم گرایش پیدا نکنند. هدف در این سطح از پیشگیری، بهبود شرایط زندگی به منظور عدم مجرم شدن افراد و همچنین تولید ارزش هایی است که روابط سالم را بهبود بخشد. در پیشگیری اولیه، بیشتر توجه به رویداد جرم معطوف است تا مجرم تحریک شده. این رویکرد به نظریه شیوه زندگی هیندل لانگ نیز ارتباط داده شده است (بیات و همکاران، ۱۳۸۷ : ۲۵).

### **گفتار دوم: پیشگیری ثانویه (دومین):**

شامل اقدام های پیشگیرانه ای می شود که ناظر به گروه های خاص است که بیم ارتکاب جرم از سوی آنها می رود. مخاطب این نوع اقدام های پیشگیرانه، یک گروه یا جمعیت خاص است. پیشگیری ثانویه یا دومین (Secondary Preventio) یعنی به کارگیری شیوه هایی برای حمایت از افراد در آستانه خطر. مانند: معتادان، ولگردان و کودکان بی سرپرست و خیابانی (رایجیان اصلی، ۱۳۸۳ : ۱۵۰ و ۱۴۹). در این نوع پیشگیری، هدف آن است که با به کارگیری تدابیر مناسب و زود هنگام، از وقوع جرم توسط افرادی که در شرایط بحرانی به سر می برند و احتمال بزهکاری از سوی آنها وجود دارد پیشگیری شود.

### **گفتار سوم: پیشگیری ثالث یا سومین (Thertiary Prevention):**

این نوع پیشگیری شامل برنامه هایی از قبیل: مشاوره برای زنان و بچه ها، مداخلات کیفری و گروه های گوناگون می باشد. تلاش های پیشگیرانه در این مرحله برای جلوگیری از رفتارهای مجرمانه است تا مجرمان اصلاح و با محیط اجتماعی خود سازگار شوند و به ارتکاب مجدد جرم گرایش پیدا نکنند. پیشگیری سومین در نتیجه عملیات شناسایی و

تشخیص یا عملیات پلیسی برای دستگیری مجرم، زندانی شدن مجرم یا محکومیت و اصلاح رفتاری زندانی به کار می رود. این تقسیم بندی توسط کاپلان صورت گرفته است (بیات و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۵).

## **مبحث دوم: در تقسیم بندی دیگر می توان به پیشگیری وضعی و اجتماعی تقسیم کرد.**

### **گفتار اول: پیشگیری اجتماعی: (Social Prevention)**

این نوع پیشگیری شامل آن دسته از تدابیر و اقدام هایی است که با مداخله در فرآیند رشد افراد، بهبود شرایط زندگی آنها و سالم سازی محیط اجتماعی و طبیعی، به دنبال حذف یا کاهش علل جرم زا و در نتیجه پیشگیری از بزهکاری است (نیازپور، ۱۳۸۳: ۱۷۲-۱۷۰). به اعتقاد گسن، این نوع پیشگیری به این دلیل پیشگیری اجتماعی گفته می شود که حاصل تجربیات پیشگیری مددکاران اجتماعی بدون مداخله بحث های پلیس و دادگستری و معطوف به مبارزه ناسازگاری جوانان بزهکار و محیط رشد آنان است (گسن، ۱۳۷۰: ۱۰۱). یکی از اهداف این نوع پیشگیری، کاهش یا از بین بردن علل جرم زا در محیط اجتماعی است؛ و اصولاً برای تغییر شرایطی که به وقوع بزهکاری در اجتماعات محلی و مسکونی کمک می کند، طراحی شده است. تأسیس مکان های تفریحی و پارک ها برای تفریح، تأسیس مراکز آموزشی، پرورشی، فرهنگی، ایجاد درآمد زایی و اشتغال زایی در محله ها، تقویت باورهای دینی از طریق فعال کردن مؤثر و مناسب مراکز مذهبی محلی، تشکیل پلیس محلی (عباچی، ۱۳۸۳: ۶۱ و ۶۰)، گسترش تجهیزات و تدابیری چون باشگاه های ورزشی جوانان و پروژه های مبتنی بر فعالیت ها در جهت منصرف کردن مجرمین بالفعل و بالقوه از خطاهای آینده (هیوز، ۱۳۸۰: ۳۰) از مصادیق این نوع پیشگیری می باشد. هدف دیگر در پیشگیری اجتماعی، هماهنگ سازی اعضای جامعه با قواعد اجتماعی بوده و محور اقدامات این پیشگیری نیز «فرد» می باشد. به بیان دیگر، پیشگیری اجتماعی همانند پیشگیری کیفری، مجرم مدار و فرد مدار است و از طریق: آموزش، ترغیب، تربیت و تنبیه درصدد آن است تا معیار شناخت اعمال خوب و بد را به فرد القاء کند و قدرت ارزش یابی عملکرد خویش را به او بدهد. نکته اساسی در این مدل از پیشگیری عبارت است از: تخصص، اندیشه و تلاش مضاعف؛ زیرا به دلیل گستردگی و پیچیدگی موضوع ممکن است



با وجود سرمایه گذاری های هنگفت و کلان، نتیجه مورد نظر در کاهش جرم حاصل نشود. پیروان این نوع پیشگیری بر این عقیده اند که از طریق شناخت علل ارتکاب جرم اعم از: فردی و اجتماعی و برطرف کردن آنها با انجام اصلاحات فردی و اجتماعی مثل: درمان بیماری ها و نارسایی های جسمی و روحی و بالا بردن ارزش های اجتماعی و تقویت نهادهای اجتماعی و تعالی فرصت های اقتصادی، تحصیلی، تفریحی، مسکن و غیره می توان از تمایلات مجرمانه در افراد جلوگیری کرد (بیات و همکاران، ۱۳۸۷ : ۴۸ و ۴۷). در حقیقت پیشگیری اجتماعی مجموعه اقدام هایی است که مهار عوامل اثرگذار در شکل گیری جرم را به دنبال دارد؛ و از آن جا که علاوه بر محیط اجتماعی، بر فرد و انگیزه های او نیز تأثیر می گذارد؛ برخی به آن «پیشگیری فردمدار (Individual-Based Prevention)» نیز می گویند. یکی دیگر از اهداف پیشگیری اجتماعی، تقویت بنیادهایی است که با اثرگذاری بر گروه های در آستانه خطر، به جامعه پذیری فرد کمک می کند. به دیگر سخن، پیشگیری اجتماعی به دنبال هم نوا کردن فرد با قواعد اجتماعی از رهگذر آموزش و پرورش است. آنچه دست اندرکاران این نوع پیشگیری باید انجام دهند، بیرون بردن هر چه بیشتر افراد از نظام کیفری است. به طور کلی، پیشگیری اجتماعی تلاشی برای حل مسائل رفتار مجرمانه با پرداختن به ریشه های جرم است و تدابیری را در بر می گیرد که بر زمینه های ارتکاب جرم از رهگذر مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مؤثرند. به همین سبب، پیشگیری اجتماعی بهترین توصیف از پیشگیری نخستین به شمار می رود (رایجیان اصلی، ۱۳۸۳: ۱۴۹ و ۱۴۸)

## گفتار دوم: پیشگیری وضعی

شامل مجموعه اقدام ها و تدابیری است که ناظر به تسلط بر محیط و شرایط پیرامونی (وضعیت مشرف بر جرم) و مهار آن شرایط می باشد. این امر از یک سو از طریق کاهش اوضاع و احوال ماقبل بزهکاری که وقوع جرم را به نحوی تسهیل می کنند، و از سوی دیگر، با افزایش خطر شناخت و احتمال دستگیری بزهکاران انجام می شود. تنوع و گوناگونی پیشگیری بیانگر این موضوع است که بزهکاری، از محدوده صرف حقوقی، قضایی و پلیسی خارج شده و مقابله موثر با آن از یک سو، همکاری و مشارکت نهادهای دولتی و تشکل های مردمی (جامعه مدنی) را می طلبد و از سوی دیگر مستلزم ایجاد تحول و نوآوری در استراتژی، ابزارها و نهادهای سنتی و متداول مقابل با جرم است.

## بحث و نتیجه گیری

مطابق مقررات قانونی در نتیجه رفتار حرفه ای پزشکان وقوع جرائم اعم از عمدی، شبه عمد یا خطای محض متصور است که در فقره اول و دوم علیرغم تحصیل رضایت بیمار، مسئولیت کیفری و مدنی متوجه پزشک بوده و در حدود مقررات، مجازات پزشک یا الزام وی به جبران زیان ضروری است هر چند که در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ دامنه برائت پزشک گسترده شده لکن این بدان معنا نیست که در هر حال پزشک بری از مسئولیت است و لازمه عدم مسئولیت پزشک وجود شرایط خاصی خواهد بود که ناشی از تغییرات اعمال شده در قانون مجازات اسلامی چنانچه در اثر اعمال و رفتار پزشک بزهی حادث یا ضرری جانی و مالی متوجه بیمار گردد چنانچه زیان دیده یا مدعی عموم اثبات نماید که پزشک عمداً یا در اثر سهل انگاری مرتکب جرم یا تخلف از نظامات قانونی گردیده، پزشک حسب موضوع مجرم و یا مکلف به جبران خسارت است به دیگر بیان در اثر وضع قواعد فعلی بار اثباتی موضوع که قبلاً بر عهده پزشک بوده در حال حاضر به زیان دیده منتقل گردیده است و در مجموع قانونگذار ایرانی مبنای تقصیر را در مسئولیت پزشکی پذیرفته است و برخلاف قانون مجازات پیشین که جنبه سرکوب گرانه داشت کمی رو به سوی تعدیل رفته و جوانب پیشگیری را بیشتر لحاظ کرده و کم کم از نگاه بدبینانه رو به سوی اعتدال و عدالت می رود. در واقع می توان گفت: سیاست جنایی قضایی و اجرایی ایران، مبین خصیصه تساهل، تسامح، ملاطفت و خنثی سازی اهداف مستتر در سیاست جنایی تقنینی می باشد.

## منابع

۱. اردبیلی، محمد علی، (۱۳۳۱ ش)، حقوق جزای عمومی، جلد ۱، چاپ ۱۳. تهران. انتشارات میزان.
۲. الهی منش، محمود رضا، حقوق کیفری و تخلفات پزشکی، انتشارات مجمع علمی و فرهنگی مجد، چاپ دوم، ۱۳۸۵
۳. الفتربو، اندرولا، (۱۳۸۶ ش)، حقوق بیماران. (ترجمه مهدی تبریزی)، چ اول، تهران: موسسه انتشارات نزهت
۴. آموزگار، مرتضی، ۱۳۸۵، تعقیب کیفری و انتظامی پزشک مقصر، چاپ اول، تهران، انتشارات مجد
۵. بادینی، حسن، ۱۳۸۴، فلسفه مسئولیت مدنی، چاپ اول، تهران، انتشارات سهامی انتشار
۶. بوشهری، جعفر، ۱۳۸۳، حقوق جزا جبران خسارت، چاپ اول، تهران، انتشارات شرکت سهامی انتشار
۷. پارساپور، علیرضا، باقری، علیرضا. اردشیر لاریجانی، محمد باقر. ۱۳۸۸ ش، منشور حقوق بیمار در ایران.
۸. یاد، ابراهیم، حقوق کیفری اختصاصی، چاپخانه دانشگاه تهران، جلد اول، ۱۳۸۵
۹. جعفری لنگرودی، محمدجعفر، ۱۳۶۹، ترمینولوژی حقوق، چاپ اول، تهران، انتشارات بنیاد راستاد
۱۰. حسینی نژاد، حسینقلی، ۱۳۹۰، مسئولیت مدنی، چاپ اول، تهران، انتشارات مجد
۱۱. حکیمی ها، سعید، سیر قانونگذاری در امور پزشکی، مجله پزشکی قانونی، سال اول، شماره چهارم (خرداد و تیر ماه ۱۳۷۴)
۱۲. دهخدا، علی اکبر، (بی تا)، لغت نامه فارسی، موسسه لغت نامه دهخدا.
۱۳. دهقان، رمضان، شرط عدم مسئولیت و مفاهیم مشابه، مجله ماوی (وابسته قوه قضائیه)، ۱۳۹۲، شماره ۲۳
۱۴. صانعی، پرویز، ۱۳۴۸، طرح مقدماتی حقوق جزای عمومی، تهران، انتشارات دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران
۱۵. علی پاشا، صالح، ۱۳۴۸، سرگذشت قانون، تهران، انتشارات دانشگاه تهران
۱۶. عباسی، محمود، حقوق انتظامی پزشکی، چاپ اول، تهران: انتشارات حقوقی. ۱۳۹۳

۱۷. غمامی، مجید، ۱۳۸۳، قابلیت پیش بینی ضرر در مسئولیت مدنی، چاپ اول، تهران، انتشارات شرکت سهامی انتشار

۱۸. کاتوزیان، ناصر، (۱۳۶۴ ش)، الزامات خارج از قرارداد، ضمان قهری، جلد اول، نشر دانشگاه تهران.

۱۹. کاتوزیان، ناصر، (۱۳۷۸ ش)، مسئولیت مدنی، جلد اول، نشر دانشگاه تهران، چاپ دوم، تهران

۲۰. کلانتری، کیومرث، (۱۳۸۱)، تحلیل بحران در حقوق موضوعه کیفری ایران، رساله دکتری حقوق جزا و جرم شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

۲۱. میر سعیدی، سید منصور، ۱۳۹۰، مسئولیت کیفری قلمرو و ارکان، جلد اول، چاپ سوم، تهران، انتشارات بنیاد حقوقی میزان.

۲۲. مصدق راد، علی محمد اثنی عشری، پرتو (۱۳۸۳ ش). آگاهی پزشکان و بیمار نسبت به حقوق بیمار و رعایت آن در بیمارستان شهید بهشتی اصفهان، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، سال ۱۳۸۳، شماره ۵۶.۴۵.۱۱

۲۳. نجفی توانا، علی، (۱۳۸۶ ش)، تعارض در سیاست جنایی ایران، فصلنامه دانشگده حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، پیش شماره اول، تابستان ۱۳۸۶



## **Iran's Criminal Policy Against Medical Crimes and Violations**

**Authors:**

**Motahareh Noori roomanan , Sadegh Esmaili, Fatemeh Noori roomanan**

### **Abstract**

Committing criminal behavior under the title of any of the actions or omission of actions and caused by intention, mistake or mistake on the part of the members of the society is an unavoidable thing and the medical community is not exempt from this rule. What is the difference between crimes and misdemeanors? There is no doubt that a doctor should always be aware of the results of his actions and behavior in front of patients and members of the society during his studies or according to the experiences he acquires during his employment, but this matter has been the attention and opinion of the legislator for a long time. Minimize the responsibilities of doctors so that there is no obstacle in the direction of treating and giving life to patients. Limits of doctor's responsibility, what changes have you noticed in the subsequent law? In response to these issues, criminal titles such as offenses and crimes and active and reactive responses to medical crimes are analyzed and while stating the basics of the doctor's responsibility, the limits of his powers are determined and finally by analyzing these differences and expressing. We analyze the punishments of the criminal policy governing this crime.

**Key words:** medical crimes, malpractice, guilt, error