



عنوان دوره آموزشی :

آشنایی مددکاران بهداشتی درمانی با قوانین حقوقی حوزه

بهداشتی درمانی

تابستان ۹۹

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



## گروه هدف

مددکاران بهداشتی و درمانی معاونت درمان، مراکز آموزشی درمانی، بیمارستانها و شبکه های بهداشت و درمان

## اهداف آموزشی

ارتقاء سطح دانش، نگرش و مهارت فراگیران در حوزه قوانین و مقررات صنفی

مدت دوره: ۱۴ ساعت

روش و نحوه اجرای آموزش: کتابخوانی

نحوه ارزشیابی: آزمون چهار گزینه‌ای

امروزه نظام خدمات بهداشتی و درمانی برای بسیاری از مردم این کشور علاوه بر هزینه های سنگین، بسیار طاقت فرسا گنج کننده است.

بیماری ها و زخم های وخیم گاهی اوقات حتی برای ویران کردن و تخریب بعضی بیماران برای سالیان سال کافی است. مددکاران اجتماعی درمان برای کمک به بیماران به منظور درک دنیای مراقبت بهداشت هستند.

مددکاران اجتماعی به افراد برای انجام هر کاری در جهت یافتن خدمات درمانی به منظور کمک به پرداختن به خدمات درمانی برای بهبود جراحات و بیماری کمک می کنند. این مساله ممکن است شامل مشاوره دادن همچون وکیل مدافع بیمار نقش ایفا کردن یا بیمار را به برنامه تسهیلات رفاهی ارجاع دادن می باشد.

مددکاری اجتماعی در بیمارستان به عنوان یک حوزه مهم فعالیت مددکاران اجتماعی از ابتدای قرن بیستم مورد توجه قرار گرفته و وظایف متعددی برای مددکاران اجتماعی در بیمارستان ها برشمرده شده است.

مددکاری اجتماعی محصول دوران صنعتی شدن است. در دوره ای که صنعتی شدن، روزگار جدیدی برای مردم غرب رقم می زد، مجموعه نیازهای جدید زمینه ساز ظهور افرادی شد که در کمک کردن به شیوه ای صحیح و علمی تخصص داشتند. شاید مطالبی که مردم عادی در مورد مددکاری شنیده اند یا می شنوند آن را حرفه ای جلوه داده است که باید غذا بین افراد تقسیم کند یا مراقب کودکان در مهد کودک ها یا مراکز نگهداری باشد. اما واقعیت مددکاری اجتماعی بسیار متفاوت از این محدوده تصویری است.

مددکاری اجتماعی حرفه ای است که ضمن توانایی کار با عواطف و روان مردم، می کوشد جوامع و نهادها را تقویت و توانمند کند.

آشنایی با قوانین و مقررات مرتبط با هر شغل لازمه انجام آن شغل محسوب می شود. گروههای پزشکی و پیراپزشکی نیز از این قاعده مستثنی نبوده و ضروری است صاحبان حرف فوق با کلیات قوانین و مقررات و حقوق و تکالیف مرتبط با شغل خود آشنا شده و آن را فرا گیرند. در نظام حقوقی هر حق مقابل تکلیف قرار گرفته و منظور از آن سلطه، امتیاز و اقتداری است که قانون ان را برای شخص داده است. و منظور از تکلیف نیز کلیه الزامات قانونی که بر عده شخص قرار دادند را شامل میشود. به بیان دیگر رابطه حق و تکلیف رابطه ای دو طرفه است و نمی توان این دو را از یکدیگر جدا نمود بلکه تکلیف همواره به حق تعلق می گیرد و تکلیف غیر حق معنا ندارد.

# فصل اول: کلیات

ما کسی را نمی شناسیم که از بدو تولد بخواهد درگیر سوءمصرف مواد یا فقر باشد. ما غالباً می خواهیم خوشبخت، آرام، ثروتمند و موفق باشیم. بخشی از موفقیت ها و ناکامی های فردی ما ناشی از توانایی های طبیعی ما به لحاظ سلامت جسمی ، هوش و توان اجرا و به انجام رساندن امور است. عامل بخش دیگری از آن می تواند خانواده ای که در آن رشد کرده ایم یا شرایط اجتماعی - اقتصادی و افراد اثر گذار زندگی ما، مثل والدین، معلمان و دوستان باشد.

مددکاری اجتماعی حرفه ای است که اساساً برای کار با مسائل اجتماعی به وجود آمده است، اما در عین حال تنها حرفه یاورانه در این زمینه نیست ، بلکه حرفه های یاری رسان دیگری مثل روانپزشکی، روان شناسی و مشاوره نیز وجود دارد که با مردم مشکل دار کار می کنند. تفاوت مددکاری اجتماعی با رشته های مذکور در این است که مددکاری اجتماعی به جنبه های درونی رفتار فرد (مسایل عاطفی و مهارت های حل مسئله) و جنبه های بیرونی آن (کیفیت زندگی خانواده مدرسه ای که کودک در آن تحصیل می کند، امنیت محله ای که فرد در آن ساکن است و وضعیت اقتصادی و درآمدی فرد) در کنار هم می پردازد.

همه افرادی که در حرفه یاورانه کار می کنند قهرمان اند، زیرا از نیازهای خودشان می گذرند تا به دیگران کمک کنند، ولی در این میان مددکاران اجتماعی از جایگاه ویژه ای برخوردارند. چون ما در خط مقدم با همه مسایل اجتماعی قرار داریم. ما با دسته بزهکاری کار می کنیم. از افرادی که بیماری لاعلاج دارند مراقبت می کنیم، به کودکان آزار دیده یا کودکانی که والدینشان آنها را رها کرده اند کمک می کنیم....بواسطه کاری که ما انجام می دهیم بسیاری از افرادی که از یاس و ناامیدی در زندگی رنج می برند، امیدوار و موفق خواهند شد. به افرادی که به فکر پایان دادن زندگی شان هستند مشاوره می دهیم و به بیمارانی که سالهاست با بیماری های لاعلاج مواجه اند امید به زندگی می دهیم. ما همچنین با رهبران سیاسی کشور کار می کنیم تا جامعه ای مطلوب تر برای شهروندان بسازیم و در جاهایی که فرصت های مناسب برای مردم وجود ندارد این فرصت ها را ایجاد کنیم. ما وابسته به هیچ حزب یا جریان خاصی نیستیم و تنها معتقدیم که پاداش کار صمیمانه و بی چمداشت ما این احساس خوشایند است که داریم به هموعانمان کمک می کنیم و زندگی مان وقف کمک به دیگران می شود.

## ۲- تعریف مددکاری

مددکاری اجتماعی در صدد افزایش ایفای کارکرد اجتماعی افراد بصورت انفرادی و گروهی از طریق فعالیت هایی است که بر روابط اجتماعی آنان متمرکز است، و بین افراد و محیط شان تعامل بوجود می آورد.

◀ این فعالیت ها در سه حیطه دسته بندی می شود:

۱. ترمیم استعداد های صدمه دیده

۲. تدارک منابع اجتماعی و فردی

۳. جلوگیری از اختلال کارکرد اجتماعی

## ۳- اهم وظایف مددکاری اجتماعی

مددکاری اجتماعی حرفه ای است مبتنی بر دانش، اصول، ارزشها، مهارتها و روشها که هدف از آن کمک به افراد، گروه ها و جامعه است تا بتوانند با تکیه بر تواناییها و استفاده از منابع موجود برای حل مشکل و یا رفع نیاز خود اقدام کرده و به استقلال نسبی و رضایت خاطر دست یابند و پس از آن بتوانند تأثیرگذار نیز باشند.

۱- بررسی و حل مسایل و مشکلات بهداشتی و درمانی مددجویان بیمار مراجعه کننده به حوزه معاونت درمان از جمله مصاحبه، اجرای طرحهای کمکی در رفع مشکل آنان.

۲- راهنمایی و معرفی مددجویان مراجعه کننده جهت دریافت امکانات پزشکی و پیراپزشکی به مراکز درمانی تابعه و دیگر موسسات درمانی کشور.

۳- پیگیری درمان مددجویان بیمار و ایجاد ارتباط با موسسه درمانی ارائه دهنده خدمات پزشکی.

۴- شناسایی و ایجاد ارتباط حرفه ای با منابع مالی، اجتماعی، رفاهی و درمانی جهت کمک به حل مشکل اقتصادی مددجویان بیمار در پرداخت هزینه های درمانی همچنین در صورت نیاز ارتباط با موسسات خیریه، کمیته امداد یا سازمان بهزیستی.

۵- بررسی شکایات واصله از واحد مددکاری مراکز و ارائه گزارش و پیگیری در جهت رفع مشکل شاکیان.



۶- نظارت، بازدید و کنترل بر حسن اجرای وظایف واحدهای مددکاری مراکز درمانی تابعه و هماهنگ نمودن آنان با خط مشی ستاد ذیربط.

۷- تشکیل جلسات توجیهی مددکاری و ارائه مشورتهای تخصصی به مددکاران واحدهای تابعه جهت ارتقاء و پیشبرد کمی و کیفی فعالیت های مددکاری.

۸- جذب و توزیع مناسب نیروی انسانی واحدهای تابعه مددکاری اعم از نقل و انتقال، استخدام و بکارگیری مشمولین طرح نیروی انسانی.

۹- همکاری در تشکیل دوره های آموزشی حین خدمت جهت بالا بردن کیفیت امور مددکاری

۱۰- جمع آوری آمار و اطلاعات درخصوص فعالیت های واحد مددکاری مراکز تابعه و بررسی، پایش، ارزشیابی فعالیتها و انعکاس به مقامات ذیربط

۱۱- همکاری و ارائه خدمات مددکاری اجتماعی یا اعزام مددکاران جهت کمک به آسیب دیدگان حوادث طبیعی از جمله زلزله، سیل و حوادث غیر طبیعی

۱۲- ایجاد هماهنگی بین خدمات مددکاری اجتماعی و سایر فعالیتهای درمانی ستاد

۱۳- برنامه ریزی در جهت آشنا نمودن و جلب افراد خیر و موسسات و نهادها درخصوص همکاریهای بهداشتی درمانی و رفاهی

۱۴- انجام تحقیقات و پژوهشهای اجتماعی، درمانی در ارتباط با وظایف مددکاری و ارائه نتایج بدست آمده به مقامات ذیربط جهت برنامه ریزیهای مقتضی

۱۵- انجام هماهنگی های لازم جهت اجرای دستورالعملها و مقررات ابلاغی بهداشتی - درمانی از وزارتخانه و یا دانشگاه علوم پزشکی

۱۶- مشارکت جدی در کمیته های بیمارستانی در جهت تحقق اهداف مددکاری اجتماعی در ارتقاء ارائه خدمات به ارباب رجوع

۱۷- شرکت در دوره های آموزشی و همایش ها و مرتبط با رشته مددکاری اجتماعی در رسته بهداشت و درمان جهت روزآمد کردن اطلاعات و آموزه ها جهت به کارگیری

#### در حوزه مصدومین ترافیکی:

۱۸- جمع آوری و بررسی هزینه های تخفیفی رایگان اعمال شده از واحدهای مددکاری مراکز و اعلام مبلغ تخفیفی به وزارت متبوع ، همچنین پیگیری جهت بودجه تخصیصی از وزارت متبوع و اختصاص آن به مراکز

۱۹- جمع آوری و بررسی کلیه پرونده های مصدومین ترافیکی مراکز دانشگاهی و غیر دانشگاهی تحت پوشش دانشگاه و اعلام مبلغ تخفیفی به وزارت متبوع ، همچنین پیگیری جهت بودجه تخصیصی از وزارت متبوع و اختصاص آن به مراکز.

۲۰- پیگیری بودجه های مربوط بیماران خاص، صعب العلاج و سرطان و دیابت و نیازمندان

۲۱- بررسی کلیه فاکتور پروتز های پرونده مصدومین ترافیکی و پیگیری امر در صورت مغایرت فاکتور ها و هزینه آنها با خدمات ارائه شده

۲۲- بازدید از واحدهای حسابداری ،ترخیص، اورژانس، داروخانه، بخش های جراحی، تجهیزات پزشکی، مدارک پزشکی مراکز درمانی و ارزیابی عملکرد آنها جهت بررسی وضعیت مصدومین ترافیکی و اسناد مربوط به آنها

#### در حوزه قطب های سرطان:

۲۳- پیگیری جهت توسعه بخشهای قطبی حمایت از بیماران سرطانی

۲۴- جمع آوری و بررسی کلیه پرونده های مربوط به بیماران سرطانی و بیماران خاص ، صعب العلاج جهت دریافت تخفیفهای اعمال شده از وزارت متبوع و تخصیص آن به مراکز

۲۵-تائید داروی هرسپتین بیماران سرطانی در به صورت الکترونیکی در سامانه مربوطه

## در حوزه دیابت:

۲۶- اجرای فاز ۲ برنامه کشوری پیشگیری کنترل و درمان دیابت در قطبهای دیابت به عنوان فوکل پوینت اجرایی معاونت درمان و پیگیری تخصیص اعتبارات این برنامه

۲۷- آموزش پرسنل ارائه کننده خدمات به بیماران دیابتی جهت ارتقا کیفیت خدمات

۲۸- انجام بازدید های مکرر از قطب های دیابت، سرطان و سایر مراکز درمانی جهت نظارت بر کیفیت و کمیت ارائه خدمات به بیماران.

۲۹- تهیه پمفلت های آموزشی جهت پیشگیری ثانویه و ثالثیه بیماری دیابت

۳۰- توسعه و تجهیز قطب های دیابت جدید جهت ارتقاء کمی و کیفی ارائه خدمات به بیماران دیابتی

## در حوزه PKU

۳۱- توسعه مراکز منتخب در قالب راه اندازی بیمارستان منتخب دیگر و تجهیز آنها

۳۲- پیگیری جهت دریافت دستگاه های مورد نیاز از قبیل HPLC در مراکز

۳۳- همکاری در برگزاری کلاسهای آموزشی برای خانواده بیماران فنیل کتونوری

۳۴- پیگیری جهت حل مشکلات مراکز منتخب PKU

حوزه سامانه پیگیری درمان و داروی متقاضیان سفرهای هیات محترم دولت

۳۵- آموزش دستورالعمل اجرایی سامانه و رفع نواقص حسابداران مراکز درمانی در خصوص نحوه اجرا چگونگی ثبت اطلاعات

۳۶- هماهنگی با سایر معاونت درمان دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی سایر استان ها جهت ارجاع بیماران مربوطه در صورت لزوم

۳۷- پذیرش بیماران ارجاعی از سایر دانشگاه ها و بررسی تناسب مبالغ تقبل گردیده جهت بیماری فرد ضمن هماهنگی با مراکز درمانی

۳۸- پذیرش بیماران ارجاعی از نهاد محترم ریاست جمهوری و استانداری، کارشناسی وضعیت اجتماعی -اقتصادی بیماران و طرح موضوع در کمیته درمان با حضور مدیر محترم درمان مشاور محترم اجرایی و رئیس اداره مددکاری اجتماعی و مساعدت در هزینه های درمانی مطابق دستورالعمل اجرایی مربوطه

۳۹- هماهنگی با معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه جهت راه اندازی سامانه دارویی در چهار داروخانه منتخب آن معاونت محترم و آموزش به مسئولین محترم فنی داروخانه های مذکور در خصوص آموزش دستورالعمل اجرایی سامانه، نحوه اجرا و چگونگی ثبت اطلاعات

۴۰- پیگیری جهت تخصیص هزینه های متعهد شده از نهاد محترم ریاست جمهوری

#### ۴- اهداف مددکاری

- \* افزایش توان حل مسائل، سازگاری و افزایش توانائی های رشد افراد
- \* آموزش و تقویت اقدامات موثر و انسانی نظام هایی که خدمات و فرصت های لازم را برایشان تعیین می کنند.
- \* نظم دهی مردم در خصوص نظام های که منابع، خدمات و فرصت های لازم را برایشان تعیین می کنند.

#### ۵- شیوه های مددکاری اجتماعی

- \* مددکاری اجتماعی فردی
- \* مددکاری اجتماعی گروهی
- \* مددکاری اجتماعی جامعه ای

## ۶- نقش مددکار اجتماعی

نقش آموزش دهنده: بیمار و خانواده وی را در خصوص ماهیت بیماری و پیامدهای آن آگاه می کند. مددکار خانواده بیمار را به سمتی هدایت می کند که بتواند بیماری را به عنوان یک پدیده چالش برانگیز و قابل سازگاری تلقی کند، نه به عنوان فاجعه غم انگیز.

نقش حامی و مدافع: هدف مددکار ایجاد تغییر در شرایط موجود است. تلاش می کند که سیستم های اجتماعی را نسبت به نیازهای بیماران حساس نماید تا تغییرات لازم به نفع بیماران انجام گردد.

نقش تسهیل کننده: مددکار اجتماعی با شناخت سیستم ها و منابع در جامعه همکاری بین تخصصها را گسترش می دهد و برای ایجاد و استمرار یک فضای درمانی مناسب تلاش می کند.

کارشناسان مددکاری بیمارستان با بیماران مختلف در بیمارستانها مواجهند که بالتبع رویکرد رفتاری مددکار بیمارستانی با هریک از این بیماران متفاوت خواهد بود که در ذیل به مهمترین آنها اشاره می شود

### \*بیماران نیازمند

بررسی شرایط درمانی بیمار و مصاحبه با بیمار و خانواده، مساعدت مورد نیاز، ارجاع به نهادهای حمایتی مربوطه

### \*بیماران بی خانمان

اخذ دفترچه بیمه، مشاوره و راهنمایی برای پرهیز از رفتارهای پرخطر، ارجاع به باشگاه مثبت

### \*موارد همسر آزاری

مصاحبه با بیمار، دریافت شرح حال وضعیت خانواده و فرد آزاردهنده، سابقه آزار، نوع آزار، تماس با اورژانس اجتماعی متناسب با شرایط بیمار، مساعدت در هزینه درمانی در صورت لزوم

### \*بیماران دچار سانحه حین کار

اطلاع رسانی به خانواده جهت همراهی بیمار، راهنمایی بیمار و همراهان در زمینه نحوه استفاده از بیمه بیکاری (محل سانحه) تماس با کارفرما و تشریح وضعیت درمانی، ارجاع کارفرما و کارگر به مراکز ذی ربط جهت پیگیری مطالبات.

## \* ایجاد هماهنگی با واحدهای مرتبط

از جمله بیمه تامین اجتماعی و خدمات اجتماعی ، ترخیص کار ، ....

## \* بیماران مجهول الهویه

گزارش به سرپرست واحد ، گزارش به نیروی انتظامی و پزشکی قانونی جهت تشخیص هویت ، گزارش به واحدهای حقوقی و خدمات بیمارستان

در خصوص بیمارانی که از منظر پزشکی قابل ترخیص بوده ولی به جهت عدم وجود و شناسایی خانواده مواجه هستند با اخذ دستور مقام قضایی به سازمان بهزیستی محل تحویل داده شده و یا مباحثاً ترخیص می گردند.

در مواردیکه نوزاد متولد شده به جهت فرار مادر بعد از زایمان نیز مددکار بیمارستانی موظف به تحویل طفل به سازمان بهزیستی محل و اعلام مراتب به دادگستری جهت تشکیل پرونده می باشد.

در مواردی که بیماران بانوان زایمان شده که فاقد همسر بوده یا همسرشان شناسایی نشده است نیز مددکاران بیمارستان موظف به تحویل طفل به سازمان بهزیستی محل و معرفی بانوان به مراجع قضایی و اداره ثبت احوال جهت احراز هویت می باشند.

## بیماران روانی:

۱-بیمارانی که با دستور قضایی جهت بررسی و تشخیص به بیمارستان اعزام می شوند.

۲-در خصوص بیماران روانی که دارای شاکی بوده ولی اندیکاسیون بستری ندارند اخذ موافقت مقام قضایی جهت ترخیص بیماران

## \* بیماران دچار ضرب و شتم

راهنمایی جهت اخذ نامه ضارب از کلانتری و استفاده از بیمه ، راهنمایی در خصوص نحوه پیگیری شکایات از ضارب پس از درمان

### \*اتباع (قانونی و غیرقانونی)

تنظیم مدارک جهت استفاده از اعتبارات مالی کمیساریای عالی امور پناهندگان سازمان ملل و پیگیری دریافت وجه، راهنمایی در زمینه نحوه شرایط درمان و ارجاع به مراکز خیریه

### \*بیماران ارجاعی از طرف سازمان زندان ها

راهنمایی مامور همراه جهت اخذ دفترچه بیمه، تماس با نماینده وقت زندان در مورد پرداخت و همراهی بیمار.

### \*موارد خودکشی

معمولا خانواده خودکشی فرد را انکار می کند، شناسایی و مشاوره فرد و خانواده جهت پذیرش امر و رفع علل زمینه ای تا حد امکان، ارجاع به اورژانس اجتماعی وابسته به سازمان بهزیستی محدوده زندگی خود در صورت لزوم. و اخذ دستور قضایی در مواردی که شخص قصد دیگرکشی و یا اخلال در نظم عمومی دارد.

### \*بیماران ارجاعی از کلانتری ها

تماس کلانتری و درخواست فرم ضارب از کلانتری، تماس با خانواده و اطلاع، رسانی جهت همراهی بیمار، پیگیری بیمه بیمار

### \*بیماران فاقد بیمه درمانی

شناسایی مراکز خدمات بیمه (دفاتر پیشخوان دولت در محدوده مرکز، راهنمایی بیماران فاقد بیمه جهت ثبت نام بیمه و ارجاع به دفاتر پیشخوان.

انجام امورات مربوط به ثبت نام بیمه سلامت برای بیماران فاقد همراه و مجهول الهویه

### \*بیماران خاص (دیالیزی، هموفیلی، تالاسمی و ام اس) و صعب العلاج (سرطانی)

مشاوره چگونگی مساعدت مرکز به این بیماران، و معرفی و ارجاع به مراجمن های مربوطه در صورت نیاز معرفی به غذا و دارو جهت استفاده از تخفیف داروهای گران قیمت.

### \*بیماران تحت پوشش سازمان های حمایتی

بررسی وضعیت حمایتی بیماران، هماهنگی با نماینده های سازمان های حمایتی

## \*بیماران تصادفی

شناسایی مصدومین سانحه ترافیکی که فاقد مدارک لازم (کروکی) می باشند و ارجاع خانواده به کلانتری محل وقوع حادثه جهت تکمیل مدارک مورد نیاز

## \*اعتماد سازی در جذب مشارکتهای مردمی در حوزه درمان

✓ ایجاد انگیزه ( تشویق و ترغیب خیرین سلامت )

✓ هماهنگی های لازم جهت ویزیت و اقدامات درمانی خیرین و بستگان ایشان و بیماران معرفی شده از جانب ایشان

✓ مستندسازی پرونده های مشارکت های مردمی .

یکی از مهم ترین بخش های بیمارستان که عملکرد آن تاثیر فراوانی بر عملکرد سایر بخش های بیمارستان و رضایت بیماران دارد بخش اورژانس است.

• حساسیت بخش اورژانس به دلیل ترکیب دو فاکتور مهم فوریت و ازدحام است.

• آنچه در حال حاضر در بخش های اورژانس بیمارستانهای کشور مورد توجه قرار می گیرد انجام اقدامات در جهت

رفع مشکلات و آسیبهای فیزیکی است و بعد روانی- اجتماعی بیماری نادیده گرفته شده است.

ون ورممر(۲۰۱۰) به موضوعی فراتر اشاره می کند و معتقد است مددکاران اجتماعی در بخش اورژانس می توانند استرس در

کارکنان پزشکی را با:

مراقبت از نیازهای روانی- اجتماعی بیمار

✓ آماده سازی روانی آنها برای درمان مشکل پیچیده پزشکی

✓ اطمینان آنها از برقراری تماس با اعضای خانواده، کاهش دهند

✓ او اشاره می کند این اجازه می دهد تا کارکنان پزشکی به تمرکز بهتر در درمان اورژانس پزشکی بپردازند.

## ۷- شاخصهای جسمی و روانی خشونت خانگی

✓ سابقه آسیبهای مکرر شامل استفاده مکرر از خدمات اورژانس، اغلب زمان شب



- ✓ توضیح صدماتی که با شواهد جسمی همخوانی ندارد
- ✓ تأخیر بین رخ دادن صدمه و درخواست کمک پزشکی
- ✓ وجود صدماتی در قسمتهای مختلف بدن، خصوصاً مناطقی که به طور معمول به وسیله حادثه آسیب نمی بیند
- ✓ کبودی اثر انگشت روی بازوها، گردن، یا سینه ها، یا کبودی خفگی روی گردن
- ✓ صدمات دست یا میانه های بازو که می تواند صدمات ناشی از دفاع باشد
- ✓ استفاده نامرتب از نسخه های پزشکی یا درخواستهای مکرر برای نسخه های پزشکی مخصوصاً آرامبخش ها، ضد افسردگی ها یا مسکن ها

مراجعه منظم مددکاران اجتماعی بر بالین بیماران و ارزیابی وضعیت روانی اجتماعی بیماران نه تنها اطلاعات مفید و ارزشمندی را برای اشتراک با سایر حرفه ها و تسهیل روند درمان بیماران فراهم می کند بلکه از لحاظ اقتصادی نیز نتایج مورد توجهی برای بیمارستان به همراه دارد. بدین ترتیب که زمانی که در جریان راند، موانع ترخیص از طریق عوامل پیش بینی کننده توسط مددکار اجتماعی شناسایی و مدیریت شوند، مدت زمان اقامت و اشغال تخت کاهش می یابد که این امر به شکل غیر مستقیم تأثیر زیادی در کاهش هزینه های بیمارستانی دارد.

نحوه پرسیدن سوالات باید متناسب با سن، جنس، زبان، سطح تحصیلات، شرایط روانی و سایر ویژگی هایی باشد که می تواند بر ارتباط موثر تاثیرگذار باشد. بنابراین از تکنیک های ارتباط موثر استفاده کنید. بخش اول ارتباط را ارتباط غیر کلامی تشکیل می دهد. حالت چهره، تماس چشمی، وضعیت بدنی، حالت دست و انگشتان، فاصله شخصی، تن صدا، سرعت تکلم و مواردی از این قبیل اجزا ارتباط غیر کلامی را تشکیل می دهد. برخی رفتار های غیر کلامی مناسب در ارتباط شامل این موارد است: حفظ تماس چشمی، تکان دادن سر، لبخند و نشان دادن علاقه، متمایل شدن به سمت گوینده، استفاده از تن صدای متناسب با پیام.. مثلا برخی کلیشه های اطمینان بخش، پند دادن، تحقیر کردن، انتقاد کردن، دفاع کردن، شرمسار کردن می تواند مانع برقراری ارتباط حرفه ای شود

عدم رعایت حقوق بیمار می تواند موجب به مخاطره افتادن سلامتی، جان و امنیت بیماران و همچنین تضعیف رابطه بین پزشکان و بیماران گردد که در نهایت منجر به کاهش اثربخشی خدمات برای بیماران می شود.

عدم رضایت بیمار و بی توجهی به نظرات او بهبودی بیمار و اخذ نتیجه مطلوب درمانی را خدشه دار می کند. رعایت حقوق بیماران، آگاه نمودن و سهیم کردن آنها در تصمیم گیری، بهبودی آنها را تسریع می نماید و دوران بستری بودن در بیمارستان را کاهش می دهد و در مجموع رضایت بیمار، کادر درمانی و بیمارستان را به دنبال دارد. عدم رعایت حقوق بیماران موجب پیامدهای نامطلوب می شود، از جمله اینکه بی اعتمادی نسبت به کادر درمانی، عدم رضایت بیماران، اعتراض به مراجع قانونی و کاهش کیفیت مراقبت را در به دنبال خواهد داشت.

یکی از نقش های مددکار اجتماعی بیمارستانی حمایت یابی و ایجاد ارتباط میان بیمار، خانواده، بیمارستان و اجتماع است. کمک به بیمار برای درک و تطابق با فرایندهای بیمارستانی، تفسیر و توضیح برنامه های پزشکی، تسهیل شرایط برای ابراز هیجان، کمک به خانواده از طریق برنامه ریزی مالی از دیگر وظایف مددکاران اجتماعی به عنوان یکی از اعضای تیم درمان می باشند. تسهیل ارتباط میان بیمار، خانواده وی و متخصصان مراقبت سلامت مرتبط کلید اصلی برنامه درمانی مددکاری اجتماعی است

پژوهشی در سال ۲۰۱۳ انجام شد، نظرات سه گروه مراقبت (پزشکان، پرستاران، و مددکاران اجتماعی) در مورد نقش دادن یک خبر مرگ در یک اورژانس بررسی شد. پزشکان دارای امتیاز بالاتری از سایر گروه ها در خصوص مسئولیت دادن خبر بد و محتویات اطلاعاتی که می دهند، بودند. {مسئولیت دادن خبر ناگوار پزشکی به طور سنتی بر عهده پزشک است.} مددکاران اجتماعی در مورد حمایت روانی خانواده ها مشخصاً دارای امتیاز بالاتری از پزشکان و پرستاران بودند.

## ۸- اصول عمومی مداخله در بحران :

- \* بهتر است جلسه را در مکانی که حریم خصوصی بیمار و یا خانواده اش حفظ می شود، برگزار کنید.
- \* یک یا دو نفر از اعضای خانواده بیمار را برای حضور در جلسه انتخاب کند.
- \* آرامش خود را حفظ کنید، لازم است بنشینید و به این نکته توجه داشته باشید که استرس شما به سرعت به بیمار و خانواده وی منتقل می شود. و می تواند تنش را در فرایند مداخله در بحران افزایش دهد.
- \* در طول برگزاری جلسه مداخله در بحران لازم است اعضای تیم تماس چشمی خود را با بیمار و یا خانواده وی حفظ کنند.
- \* امید همواره باید با توجه به واقعیت های موجود زنده نگاه داشته شود.
- \* لازم است حتماً با آنها همدلی کنید.

## ۹-ارجاع حرفه ای ( درون و برون سازمانی):

منظور اقداماتی است که توسط مددکار اجتماعی برای دستیابی بیمار و خانواده وی به منابع مورد نیازشان در داخل و یا خارج از بیمارستان انجام می گیرد.

این اقدامات شامل:

- ✓ شناسایی منابع
- ✓ معرفی بیمار و یا خانواده وی به منبع
- ✓ انجام هماهنگی با سازمان ها و اشخاص ارائه دهنده خدمات
- ✓ پیگیری جهت حصول اطمینان از دریافت خدمات مورد نیاز

# فصل دوم: تخلفات و جرائم شایع حرف پزشکی

## ۱- مقدمه:

با توجه به اینکه مفهوم تخلف و جرم از لحاظ حقوقی متفاوت می باشد لذا در زیر به تعریف هر یک از آنها پرداخته ایم.

**تخلف:** در لغت به معنای خلاف جستن، سرپیچی، روگردانی، خلاف کردن، خلاف گفته یا پیمان خود عمل کردن، آمده است و در اصطلاح حقوقی به معنای عدم انجام تعهد یا تاخیر انجام تعهد، ظهور خلاف آنچه که شرط شده و تجاوز مامور دولت از مقررات اداری در حین انجام وظیفه و ارتکاب خلاف قانون که در این صورت مرادف جرم است به کار می رود که تخلفات انتظامی نیز در همین معنی به کار می رود .

**جرم:** در لغت به معنای گناه، خطا، آمده است و در زبان حقوقی برابر ماده ۲ قانون مجازات اسلامی ((هر فعل یا ترک فعلی که در قانون برای آن مجازات تعیین شده است را می گویند.

**تخلف و جرم از جهاتی مانند:** ارکان تشکیل دهنده، مرجع رسیدگی کننده، نحوه رسیدگی و نوع و میزان مجازات متفاوت می باشد.

## ۲- قصور پزشکی: قصور پزشکی به عمل خلاف وعده، عمل بی رویه، سوءعمل، بر خلاف شئون حرفه ای عمل کردن، معالجه

غلط، و سهل انگاری تعبیر شده است. و در اصطلاح حقوقی به ترک یک قانون الزامی توسط پزشک یا یکی صاحبان حرف پزشکی که در نتیجه اقدامات درمانی و بهداشتی آنان موجبات خسارات جانی و مالی بیمار فراهم گردد اطلاق می شود مانند عمل جراحی بیمار توسط پزشک معالج بدون انجام آزمایشات اولیه لازم. قصور پزشکی اصطلاح رایجی است که پزشکان، پزشکان قانونی و حتی برخی از قضات و حقوق دانان آن را به عنوان مفهومی گسترده و حتی اعم از تقصیر و خطا و می دانند. در حالیکه قصور مترادف غفلت و خطایی است که از روی سهو سر زند و در مقابل تقصیر است و تقصیر همانگونه که اشاره شد جنحه کوچک یعنی خطایی شدیدتر از قصور است. در هر صورت این مفهوم در اصطلاح پزشکی و حقوقی به معنی قصور و سهل انگاری در انجام وظیفه به کار برده می شود و با توجه به مراتب فوق می توان گفت که قصور پزشکی یکی از مصادیق خطای جزایی است. خطایی که در هنگام انجام حرفه معین به وجود آید مانند خطای وکیل در دفاع و پزشک در معالجه یا عمل جراحی، خطای جزایی ممکن است تخلف انتظامی باشد و یا قصور و سهل انگاری ماده ۴۹۵ قانون مجازات

اسلامی تصریح دارد: (( که هر گاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابلغ یا مجنون بودن او معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می شود)). قانونگذار در تبصره ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی سابق مقرر می کرد: ((منظور از تقصیر اعم از بی احتیاطی، بی مبالاتی، عدم مهارت، عدم رعایت نظامات دولتی است)). لیکن در تبصره ماده ۱۴۵ قانون مجازات جدید ماده مزبور بدین شکل اصلاح گردیده است: ((تقصیر اعم از بی احتیاطی و بی مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت، و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آنها از مصادیق بی احتیاطی یا بی مبالاتی محسوب می شود)). همانگونه که مشاهده می شود قانون گذار در قانون مجازات جدید مصادیق تقصیر را بی احتیاطی و بی مبالاتی بیان نموده و عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی را هم از مصادیق بی مبالاتی و بی احتیاطی دانسته است، علی ایحال جهت روشن شدن موضوع در زیر به تعریف مصادیق مذکور می پردازیم.

### ۳- اقسام قصور پزشکی:

لازمه اعمال مجازات در جرایم غیر عمدی وجود خطای کیفری است و تنها با ارتکاب عمل مادی نمی توان کسی را در معرض مسولیت و مجازات قرار داد بلکه فرد باید در عمل، مرتکب خطایی اعم از بی احتیاطی، بی مبالاتی، عدم مهارت، و عدم رعایت نظامات دولتی شده باشد تا مستحق مجازات باشد. مصادیق خطای محض جزایی قابل تسری به جرایم خاص مانند جرایم پزشکی و... نیز می باشد

بی احتیاطی: بی احتیاطی از نظر لغوی عدم نگهداری نفس از وقوع در گناه، کسی که عاقبت اندیش نباشد و کار خود را استوار نسازد آمده است و در مقابل غفلت به کار می رود. یعنی غفلت به صورت ترک فعل نمایان می شود. بی احتیاطی در قانون تعریف نشده و به معنی عام شامل بی مبالاتی هم می شود. می توان گفت منظور از بی احتیاطی آن است که شخص بدون توجه به نتایج عملی که عرفاً قابل پیش بینی است اقدام به عملی نماید که منجر به وقوع جرم گردد. مانند عبور

راننده از چراغ قرمز، بدین ترتیب بی احتیاطی نقض نهی قانون گذار است و اساسا کاری است که نباید انجام شود و انجام می شود. ضابطه بی احتیاطی عرف است و در صورتی که موضوع تخصصی در بین عرف خبرگان و اهل فن و نظریه کارشناس معتبر خواهد بود. به عنوان مثال پزشک جراحی که در حین عمل جراحی دقت ننموده گاز یا ابزار جراحی در شکم بیمار باقی می گذارد یا پاره کردن در حین کورتاژ، پارگی روده در اعمال جراحی شکم، تجویز بیش از میزان درمانی دارو در معالجه یا بیهوشی و صدها مورد دیگر از این قبیل نمونه های بی احتیاطی به شمار می آیند زیرا چنین اعمالی عرفا قابل پیش بینی است.

بی مبالاتی: در لغت به معنی بی تدبیری، بی قیدی، بی فر و اندیشه بودن غفلت آمده است. بی مبالاتی نیز مانند بی احتیاطی در قانون تعریف نشده لیکن در ماده ۸ قانون راجع به مجازات اخلاص گران در صنایع نفت ایران مصوب ۱۳۳۶/۷/۱۶ بی مبالاتی را اقدام به امری که مرتکب نمی بایست به آن مبادرت ورزد به عنوان غفلت بیان کرده است. ماده مذکور مقرر میدارد: «هر کس یکی از اعمال مذکور در مواد ۱ و ۲ را بدون سوء قصد ولی بر اثر بی مبالاتی یا غفلت مرتکب شود چنانچه عمل ارتكابی موجب هلاک نفس شود محکوم به یک الی سه سال حبس تادیبی و جبران خسارتی که از عمل او ناشی شده خواهد گردید.

در تعریف بی مبالاتی می توان گفت، هر گاه فاعل عمل پیش بینی کند که عمل وی موجب ورود ضرر به غیر می گردد ولی معذک سهل انگاری او را به طرف ارتکاب جرم سوق می دهد، مرتکب بی مبالاتی شده است در واقع بی مبالاتی عکس بی احتیاطی است. به عبارتی بی مبالاتی نقض امر قانون گذار است به شکلی که شخص باید کاری را انجام دهد ولی انجام نمی دهد مانند اینکه پزشک یا پرستاری مبادرت به تزریق پنی سیلین به بیماری نماید که نسبت به این دارو حساسیت دارد و به علت شوک کسی فرد فوت نماید. بنابراین اگر خطا به صورت فعل منفی و خودداری یا غفلت و یا فراموشی در انجام کاری باشد که عرفا می بایست انجام داده شود آن را بی مبالاتی می خوانند. بی مبالاتی نیز مانند بی احتیاطی امری عرفی است و این عرف خاص است که مشخص می کند فردی که بر اثر عدم اقدام به عملی موجب ورود خسارت شده است باید اقدام به آن امر می نمود یا نه. عرفی بودن تشخیص بی مبالاتی در رای شماره ۱۰۳۱ مورخ ۱۳۲۰/۳/۳ شعبه دوم دیوان عالی کشور مطرح شده است. عدم انجام آزمایشات لازم و معمول قبل از عمل، عدم انجام رادیو گرافی قفسه سینه، به کار نبردن اشعه فیزیکی برای تکمیل درمان طبی یا جراحی در سرطان، معاینه نکردن قلب و بر نداشتن نوار قلبی قبل از بیهوشی از مصادیق بارز بی مبالاتی است بدین ترتیب بی مبالاتی مهم تر از بی احتیاطی و شدیدترین نوع خطای جزایی است.

عدم مهارت: عدم مهارت یا عدم تبحر در لغت به معنی دارا نبودن و نقطه مخالف بسیار عالم شدن، تعمق و توسعه، علم و

دانش، استادی آمده است. عدم مهارت در اصطلاح حقوقی عبارت است از عدم آشنایی متعارف به اصول علمی و فنی کار معین از قبیل رانندگی اتومبیل و... بی طلاعی کافی از حرفه معین .

عدم مهارت یکی از مصادیق چهارگانه خطای کیفی و قصور پزشکی است و اصولا دارای دو معنی عام و خاص و بر دو نوع می باشد:

الف-عدم مهارت مادی

ب-عدم مهارت معنوی

عدم مهارت به معنی عام عبارت است از ورزیدگی کلی در هر کاری و تبحر کافی در اموری که انجام صحیح آن به آن اندازه تبحر و ورزیدگی نیاز دارد.

عدم مهارت به معنی خاص زمانی تحقق می یابد که شخص در یک مرحله حساس و دقیقی گرفتار شود و نیاز به حرکت و اقدامی دارد که جز با مهارت خاص و تبحر کافی نتواند خود را از مهلکه نجات دهد مانند پزشکی که اقدام به عمل جراحی روی بیمار قلبی که نیاز به تعویض دریچه قلب دارد نماید لیکن در هنگام کار گذاشتن دریچه با مشکل مواجه گردد و نداند که چگونه باید دریچه را کار گذارد.

عدم مهارت مادی: عدم مهارت مادی یا بدنی نداشتن چابکی و تردستی و ورزیدگی و تمرین کافی در اموری است که حسن انجام آنها مستلزم داشتن توانایی خاص می باشد مانند رانندگی یا تیراندازی و جراحی و نظایر آنها .کسی که با نداشتن این توانایی دست به امری بزند که موجب صدمه و آسیبی شود خطاکار محسوب می گردد.

عدم مهارت معنوی: در نادانی مطلق یا نسبی حرفه ای خلاصه می شود. مرتکب از این جهت خطاکار محسوب است که بدون معلومات و اطلاعات لازم اقدام به عمل میکند که موجب ضرر و صدمه شخص دیگری می گردد. مانند خطای جراحان و دارو سازان بی تجربه در مشاغل مربوط به خود .

اصولا حسن انجام بعضی از امور فنی، پزشکی، مهندسی و رانندگی و امثال آن مستلزم داشتن مهارت یا توانایی خاصی است که فقدان این توانایی ها به عنوان عدم مهارت موجب خطای جزایی خواهد شد.

#### عدم رعایت نظامات دولتی

عدم رعایت نظامات دولتی به معنی انجام ندادن و عمل نکردن به قوانین دولت و نظمی که دولت برقرار کرده است آمده و



منظور از آن رعایت نکردن هر دستوری است که ضمانت اجرا داشته باشد، خواه به صورت قانون، خواه به صورت نظامنامه باشد

نظامنامه دولتی هر قانون، تصویب نامه ها، آیین نامه ها، بخشنامه ها و دستورالعملی است که جهت رسیدن به هدف خاصی از طرف قانون نگذار یا مقامات صلاحیتدار وضع و برقرار می گردد و به دو دسته اساسی تقسیم می شود:

الف) نظامات عام که جنبه عمومی دارد و همه افراد را در بر می گیرد مانند آیین نامه امور خلافی

ب) نظامات خاص که مربوط به صاحبان حرف های مختلف تخصصی است. در مورد پزشکان، این نظامات خاص شامل قوانین و مقررات و آیین نامه ها و بخشنامه های سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت و بخشنامه ها و دستورالعملهای مراکز علمی و درمانی است. بنابراین هر گاه صاحبان مشاغل پزشکی برخلاف نظام خاص پزشکی و دستورالعملهای مراکز علمی و درمانی عمل نمایند و باعث زیان مادی یا عوارض روانی یا جسمانی بیماران گردند مرتکب خطا شده اند. مانند آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرف های پزشکی و وابسته.

#### ۴- تخلفات شایع:

الف) ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تأخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل.

این تخلف از شایع ترین نوع تخلفات مرتبط با تکالیف قانونی مددکاران بیمارستان می باشد به طوری که کارشناسان مرتبط در انجام وظایف قانونی بعضاً مرتکب می شوند. از اهم مصادیق این نوع تخلف می توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- تأخیر در انجام امورات مربوط به ثبت نام بیمه سلامت برای بیماران فاقد همراه و مجهول الهویه

۲- عدم هماهنگی با مراجع و ارگانهای مرتبط از قبیل: سازمان بهزیستی، دادگستری، سازمان زندانها، کلانتری و...

۳- تأخیر یا عدم تنظیم مدارک مربوط به هویت بیمار

۴- تأخیر در اطلاع رسانی به خانواده بیمار

۵- تماس ب کارفرما و تشریح وضعیت درمانی

۶- مساعدت به بیمار و بررسی شرایط درمانی بیمار

ب) حفظ اسرار شغلی و عدم افشای اطلاعات بیماران

رازداری یکی از بنیادی ترین اصول اخلاقی در هر امری می باشد، اما در حیطه پزشکی به دلیل اعتمادی که بیمار به پزشک دارد و برای طولانی تر شدن و ماندگاری رابطه بین آنها این اصل از اهمیت بیشتری برخوردار است. حق بیمار بر رازداری و

حفظ حریم خصوصی یکی از مهمترین وظایف پزشکی است و هرگونه اطلاعاتی که پزشک از بیمار خود به دست می‌آورد

یک راز محسوب می‌شود و پزشک موظف به حفظ آن است

افشای اسرار بیماران چند نوع مسئولیت کیفری، انتظامی و مدنی ممکن است برای پزشکان و کادر درمانی وجود داشته باشد. اولین مسئولیت برای پزشکان، مسئولیت حرفه‌ای و انتظامی است، به طوریکه: در ماده ۴ آیین‌نامه انتظامی سازمان نظام پزشکی، افشای اسرار بیماران تخلف است و مطابق ماده ۱۴ این آیین‌نامه، پزشک به صورت کتبی توبیخ می‌شود و در صورت تکرار محرومیت از ۳ ماه تا یک سال از اشتغال را به همراه دارد.

بعد از مسئولیت انتظامی، موضوع مسئولیت مدنی و جبران خسارت مطرح می‌شود، در این نوع مسئولیت، مطابق با قانون مسئولیت مدنی پزشک متخلف باید خسارت ناشی از افشای اسرار بیمار را جبران بر این اساس، با نظر دادگاه پزشک ممکن است حسب مورد به پرداخت خسارت مالی یا عذرخواهی کتبی، عذرخواهی در جراید یا طرق دیگر اعاده حیثیت محکوم شود.

#### ۵- تعقیب کیفری پزشکان متخلف

شدیدترین مسئولیت پزشکان مسئولیت کیفری آنها در قبال عدم رازداری بیماران است: براساس ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی (بخش تعزیرات)، افشای اسرار بیماران از سوی اطباء، جراحان و ماماها جرم‌انگاری شده است که در صورت افشای اسرار، فرد یا افراد افشا کننده به ۳ ماه و یک روز تا یک سال حبس یا به جزای نقدی یک میلیون و ۵۰۰ هزار ریال تا ۶۰ میلیون ریال محکوم می‌شوند.

بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج اعلام صورت می‌گیرد، اطمینان حاصل نماید.

البته در هر قانونی استثناهایی هم وجود دارد و در شرایطی افشای اسرار بیمار توسط پزشک بلامانع و حتی در مواردی ضروری است. در زیر به استثناهای عدم افشای اسرار بیماران پرداخته می‌شود.

#### - الزام قانونی و رضایت خود بیمار

یکی از ساده‌ترین مواردی که افشای راز بیمار توسط پزشک را بلامانع می‌کند، الزام‌های قانونی است. در این مورد دیگر پزشک دغدغه عواقب قانونی را ندارد زیرا عمل او نقض اخلاق پزشکی نیست. مورد دیگری که پزشک می‌تواند اسرار بیمار را فاش کند در صورتی است که بیمار آگاه باشد افشای اطلاعات به صلاح خود اوست و رضایت بدهد.

#### - افشای اسرار کودکان و نوجوانان

حفظ اسرار در شرایط خانوادگی میان اعضای خانواده به خصوص پدر و مادر بسیار سخت است. به طور کلی، قانون دسترسی، به والدین یا سرپرست این اجازه را می‌دهد که به اطلاعات پزشکی کودک دسترسی داشته باشند. البته باید بدانیم که نوجوانان شامل تعهد به حفظ اسرار پزشکی می‌شوند و افراد بالای ۱۶ سال حق دارند بدون اجازه والدین به پزشک مراجعه کنند و پزشک موظف است که اسرار آنها را حفظ کند.

#### - منافع عمومی

یکی از استثناهایی که در بحث افشای اسرار بیمار توسط پزشک وجود دارد این است که آیا افشای اطلاعات به نفع عموم مردم است یا خیر؟ گاهی پای مرگ و زندگی افراد زیادی به میان می‌آید. در چنین شرایطی پزشک باید از خود بیمار رضایت بگیرد مگر این که امکان آن وجود نداشته باشد یا بیمار از افشای آن امتناع کند، که در این صورت حفظ منافع عموم بر حفظ منافع بیمار پیشی می‌گیرد و پزشک می‌تواند اطلاعات را فاش کند.

#### - پیشگیری از وقوع جرم و جلوگیری از سوء استفاده

طبق این بند پزشک موظف نیست که به صورت داوطلبانه جرم و جنایت را گزارش دهد، اما اگر مطمئن باشد در مورد بیمار جرم فیزیکی، روانی یا جسمی رخ داده می‌تواند قانون عدم افشای اسرار را نقض کرده و به مسئولین مربوط گزارش دهد. توجه داشته باشید که افشای اطلاعات در مواردی جایز است که پزشک اعتقاد دارد که این کار به نفع بیمار است. این امر در مورد کودکانی که در معرض سوء استفاده های جنسی قرار گرفته اند بسیار شایع است.

#### - افشای اطلاعات برای حسابرسی پزشکی

حسابرسی پزشکی به معنی پیگیری مراحل درمان و اقداماتی است که تاکنون انجام شده و همچنین اقداماتی که از این به بعد لازم است برای بیمار انجام شود. در مورد این قانون دو بحث مطرح است؛ یکی افشای اطلاعات بیمار به تیم حسابرسی کادر درمان است که این کار به نفع خود بیمار می‌باشد و افشای اطلاعات توسط پزشک بلامانع است. مورد دیگر افشای اطلاعات به موسسات دیگر مثل شرکت بیمه است که برای این کار حتما نیاز به رضایت بیمار است.

#### - بیماری های واگیردار

اگرچه حفظ اسرار بیمار امری بسیار ضروری است، اما در موارد خاص مثل زمانی که بیمار مبتلا به امراض واگیردار مثل وبا، تیفوس، آبله و... است انتقال اطلاعات توسط پزشک امری ضروری است. مثلا زمانی که بیمار مبتلا به ایدز است پزشک باید

بیمار را متقاعد کند که به شریک جنسی‌اش بگوید، زیرا شریک او در حالت عادی قرار ندارد و امکان انتقال بیماری به او زیاد است. اما اگر بیمار مجاب نشد پزشک مجاز است به افشای اطلاعات اقدام کند بدون اینکه عواقب قانونی برای او به همراه داشته باشد

### ج) تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیراداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص.

ارائه خدمت به بیماران با انگیزه‌های مالی و غیرمالی یا به دلایلی مانند تمکن مالی برخی بیماران و انجام اقداماتی چون جلو انداختن نوبت، ارائه خدمات سریع‌تر و... ممنوع است؛ موضوعی که در راهنمای اخلاق حرفه‌ای پزشکان سازمان نظام پزشکی مورد تاکید قرار گرفته است.

سازمان نظام پزشکی کشور در راهنمای اخلاق حرفه‌ای این سازمان بحثی را به قوانین "رعایت انصاف و بی‌طرفی در ارائه خدمت به بیماران" مورد توجه قرار داده است. در این بخش از راهنمای اخلاق حرفه‌ای پزشکان تاکید شده است که ارائه خدمت به بیماران با انگیزه‌های مالی و غیرمالی یا به دلایلی مانند تمکن مالی برخی بیماران و انجام اقداماتی چون جلو انداختن نوبت، ارائه خدمات سریع‌تر و... ممنوع است.

بر همین اساس طبق ماده ۴۸ آیین نامه اخلاق پزشکی سازمان نظام پزشکی شاغلان حرف پزشکی و وابسته، باید انصاف و عدالت را بین همه بیماران و مراجعه کنندگان مختلف رعایت کنند. در زمینه اولویت دادن به بیماران و توزیع منابعی که در اختیار حرفه‌مندان سلامت قرار دارد نیز آنها مکلفند که شاخص‌های روشن، مشخص و اخلاقی موجهی مانند اورژانسی بودن وضعیت بیمار و یا میزان موثر بودن اقدامات و هزینه‌های درمانی را مورد توجه قرار دهند.

ماده ۴۹ این آیین نامه نیز اعلام کرده است که شاغلان حرف پزشکی و وابسته نباید در ارائه خدمت به بیماران با انگیزه‌های مالی و غیرمالی یا به دلایلی مانند تمکن مالی برخی بیماران و انجام اعمالی چون جلو انداختن نوبت، ارائه خدمات سریع‌تر و مانند آن را مرتکب شوند. زیرا این امر تبعیض میان بیماران به شمار می‌آید.

همچنین در ماده ۵۰ آیین‌نامه نیز گفته شده حرفه‌مندان پزشکی، ضمن رعایت انصاف و عدالت میان بیماران باید افرادی که در گروه‌های آسیب‌پذیر قرار دارند، شامل کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست باید مورد توجه ویژه قرار گیرند. البته اولویت دادن به افراد آسیب‌پذیر در مواردی می‌تواند موجه باشد.

بر اساس ماده ۵۱ راهنمای اخلاق حرفه‌ای پزشکی، شاغلان حرف پزشکی و وابسته مکلفند به افراد مبتلا به بیماری‌های خاص از جمله بیماری‌هایی که خطر انتقال دارند، با رعایت ضوابط و اصول ایمنی مانند سایر بیماران خدمات سلامت را ارائه کنند. باید توجه کرد که منصرف کردن بیماران به هر شکلی از درخواست دریافت خدمات سلامت، ممنوع است.

از طرفی قانون تخلفات اداری نیز در بند ۷ ماده ۸ تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیراداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص را ممنوع و مستوجب مجازات دانسته است.

بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد

## ۶- برخی مصادیق جرایم پزشکی

### دادن گواهی خلاف واقع:

در مقابل وظیفه ای که هر پزشک در خودداری از افشای اسرار بیماران دارد، یکی از وظایف روزمره پزشکان در ارتباط با حرفه خود، این است که بنابه تقاضای بیمار خود، اقدام به صدور گواهی در خصوص وضعیت سلامت، بیماری یا نقص عضو او بنماید. برخی بیماریها و نواقصی که افراد به آن مبتلا هستند، موجب می گردد تا از انجام وظایف و تکالیفی که قانوناً بر عهده آنان است بتوانند معاف گردند. بنابراین بیمار حق دارد از پزشک خود گواهی بخواهد و پزشک هم باید به درخواست بیمار جواب مساعد داده و گواهی لازم را براساس واقعیت صادر نماید. متأسفانه یکی از روشهای غیراخلاقی برای فرار از انجام تکالیف قانونی، تمسک به عذر بیماری است. فرد متخلف برای رسیدن به مقصود سوء خود شخصاً اقدام به جعل گواهی نامه به نام پزشک برای خود می نماید یا اینکه با مراجعه به پزشک او را راضی به صدور چنین گواهی نامه ای می نماید. این نوع گواهی های خلاف به جهت آثار سوئی که دارند و ممکن است موجب ضرر و زیان دولت یا اشخاص حقیقی یا حقوقی دیگر گردند، جرم شناخته می شوند.

ماده ۵۳۸ قانون مجازات اسلامی مقرر می دارد: «هرکس شخصاً یا توسط دیگری برای معافیت خود یا شخص دیگری از خدمت دولت یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به دادگاه گواهی پزشکی به اسم طبیب جعل کند به حبس از شش ماه تا یک سال یا سه تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.

موارد مذکور در ماده فوق، از مهمترین و شایع ترین دلائلی است که فردی برای اخذ گواهی خلاف واقع به پزشک مراجعه می نماید. بدین لحاظ است که قانونگذار برای جلوگیری از صدور چنین گواهی هایی که نتیجه آنها ممکن است ایراد خسارت به دولت یا اخلال در امور باشد، علاوه بر ماده ۵۳۸، ارتکاب آن را توسط پزشکان بطور مستقل پیش بینی و مجازات شدیدتری را برای آنان در نظر گرفته است. مطابق ماده ۵۳۹ قانون مجازات اسلامی: «هرگاه طبیب تصدیق نامه برخلاف واقع درباره شخصی برای معافیت از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به مراجع قضائی بدهد به حبس از شش ماه تا دو سال یا به سه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.

جرم صدور گواهی خلاف واقع توسط پزشک، به جرم شهادت کذب شباهت دارد. اما این جرم در فصل پنجم کتاب پنجم

قانون مجازات اسلامی تحت عنوان «جعل و تزویر» آورده شده است. جرم صدور گواهی خلاف واقع توسط پزشک در واقع از انواع جعل معنوی می باشد. زیرا مرتکب ابتدا با قلب حقیقت در ذهن خود، امری خلاف حقیقت را در ذهن می سازد و سپس آن را بصورت نوشته درآورده و تأیید می نماید. احراز ارتکاب این جرم تنها از طریق گواهی خلاف ممکن نیست بلکه از طرق دیگر از قبیل انجام معاینه مجدد عملی خواهد بود. در حالتی که شخصی برای معافیت خود به اسم طبیب مرتکب جعل می شود، این نوع جعل از انواع جعل مادی می باشد که احراز آن نیز با کارشناسی از خود نوشته و گواهی امکان پذیر می باشد.

گواهی ممکن است به علل مختلف صادر شده باشد، مانند گواهی اعلام تولد یا فوت، گواهی بیماری برای تقدیم به محاکم، گواهی از کارافتادگی برای بیمه، گواهی نقص عضو، گواهی عدم توانائی انجام کار، گواهی برای استخدام در مؤسسات، گواهی عدم ابتلاء به بیماریهای مسری برای ازدواج و دهها نوع گواهی دیگر که بیمار مراجعه کننده بنا به نیاز از پزشک درخواست صدور آن را می نماید. علاوه بر ماده ۵۳۹ قانون مجازات اسلامی، ماده ۵۴۰ همین قانون و ماده پنجم قانون لزوم ارائه گواهی نامه پزشک قبل از وقوع ازدواج، این عمل را جرم شناخته اند .

#### **عدم رعایت مقررات بهداشتی:**

در زمان شیوع بیماری های واگیردار و جهت مهار کردن بیماری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اطبا را مکلف به انجام اموری می نماید: از قبیل گزارش دادن بیماری های آمیزشی یا برخی از بیماری های عفونی واگیردار - در این قبیل موارد کلیه پزشکان و ماماها و داروسازان مکلف هستند دستورات و مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را برای مبارزه و جلوگیری و رفع بیماری کاملاً انجام دهند .

#### **اشتغال به طبابت بدون داشتن مجوز قانونی:**

هرشخص که خود را پزشک یا دندانپزشک یا سایر کادر درمانی معرفی نموده و فعالیت نماید برابر قانون عمل وی جرم بوده و مستوجب مجازات می باشد این موضوع در قانون امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی به وضوح جرم انگاری شده در این قانون، طبق اصلاح ماده ۳ مصوب سال ۱۳۷۹، « ماده هر کس بدون داشتن پروانه رسمی بر امور پزشکی - داروسازی - دندانپزشکی - آزمایشگاهی - فیزیوتراپی - مامائی و سایر رشته هایی که به تشخیص وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی جزو حرف پزشکی و پروانه دار محسوب می شوند اشتغال ورزد یا بدون اخذ پروانه از وزارت مذکور اقدام به تاسیس یکی از موسسات پزشکی مصرح در ماده (۱) نماید یا پروانه خود را به دیگری واگذار نماید یا پروانه دیگری را مورد استفاده قرار دهد بلافاصله محل کار او توسط وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی تعطیل و به پرداخت جریمه نقدی

از پنج میلیون (۵۰۰۰۰۰۰۰) ریال تا پنجاه میلیون (۵۰۰۰۰۰۰۰۰) ریال محکوم خواهد شد و در صورت تکرار به جریمه تا صد میلیون (۱۰۰۰۰۰۰۰۰) ریال یا دو برابر قیمت داروهای مکشوفه (هر کدام که بیشتر باشد) محکوم خواهد شد

**فریفتن بیمار:**

به موجب ماده ۵ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و موارد خوردنی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴، هیچ یک از موسسات پزشکی و دارویی و صاحبان فنون مختلف پزشکی و داروسازی حق انتشار آگهی تبلیغاتی که موجب گمراهی بیماران یا مراجعین به آن ها بوده و یا به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر خلاف اصول فنی و شئون پزشکی یا عفت عمومی باشد، هم چنین استفاده از عناوین مجعول و خلاف حقیقت روی تابلو و سرنسخه و یا طرق دیگر و دادن وعده های فریبنده را ندارند، متخلفین برای بار اول به پرداخت مبلغ پنج هزار ریال تا بیست هزار ریال و برای دفعات بعد هر دفعه از بیست هزار ریال تا پنجاه هزار ریال و یا به حبس از یک ماه تا چهار ماه و یا به هر دو مجازات محکوم خواهد شد.

مورد دیگری که در قوانین تحت عنوان "فریفتن بیمار" وجود دارد، ماده ۴ قانون طرز جلوگیری از بیماری های آمیزشی و بیماری های واگیردار مصوب سال ۱۳۲۵ می باشد. به موجب این ماده، پزشکان یا متصدیان سایر فنون پزشکی که به وسیله تبلیغات بی اساس باعث گمراهی بیمار آمیزشی شوند یا با وعده های دروغ بیمار را از درمان صحیح باز دارند مانند این که معین کنند در مدت چند روز بیمار را درمان صحیح باز دارند.

## **۷- ضرورت اخذ رضایت و برائت از بیمار**

از جمله مباحثی که در حقوق پزشکی مورد مناقشه و بحث قرار گرفته موضوع رضایت نامه و تفکیک آن از عناوین و اصطلاحات کتبا و همچنین نحوه اخذ آن می باشد که در زیر به تشریح آن می پردازیم. برای اینکه پزشک مسئول اعمال ناشی از درمان خود بر روی بیمار نباشد باید برابر بند ج ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود البته در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نمی باشد. همچنین طبق ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی، باید پزشک قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او معتبر نباشد یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نشود، برائت از ولی مریض تحصیل می شود. منظور از ولی بیمار اعم از ولی خاص مانند پدر و ولی عام مقام رهبری می باشد در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص رئیس قوه قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستانهای مربوطه نسبت به اعطای برائت به طبیب اقدام می نماید.

## تعریف رضایتنامه:

رضایت نامه: امضای مدرکی است که بیمار قبل از تن دادن به هر گونه درمانی از کلیه خطرات عمل، راه های درمانی و جایگزین و خطرات آن توسط پزشک آگاهی پیدا کند به عبارت دیگر رضایت نامه مدرکی است که بیمار قبل از تن دادن به هر گونه اقدام درمانی در مراکز درمانی، آن را امضا می کند. در این رضایت نامه بیمار از کلیه خطرات عمل، راه های درمانی جایگزین و خطرات آن، توسط پزشک معالج آگاهی می یابد. رضایت نامه یک سند معتبر است لذا در مفاد و محتویات آن لازم است کلیه نکات قانونی رعایت شود. در این راستا هم فردی که رضایت را کسب می کند باید دارای شرایط خاصی باشد و هم بیمار باید از محتوای رضایت نامه آگاهی کامل داشته باشد. در ایران معمولاً فرم رضایت نامه در واحد پذیرش بیمارستان، توسط بیمار یا، ولی بیمار تکمیل و امضا می شود. به این ترتیب که مسئولین پذیرش، به نمایندگی از سوی پزشک معالج بیمارستان از مریض یا بستگان نزدیک وی در جهت انجام اقدامات درمانی مجوزهای مناسب را اخذ می کنند. امضای این فرم توسط بیمار یا نماینده وی مدرکی از رضایت بیمار برای خدمات و اقدامات درمانی محسوب می شود. رضایت نامه برای اقدامات غیرقانونی و غیراخلاقی همچون سقط جنین معتبر نیست.

## انواع رضایت نامه و مسائل قانونی آن

☞ رضایت نامه تلویحی (ضمنی): بیمار از بین پزشکان متعدد فرد خاصی را انتخاب کرده و جهت معاینه به مطب او مراجعه می نماید .

☞ اظهار شفاهی: گاهی لازم است قبل از انجام معاینه خاص، نوع و شیوه معاینه توضیح داده شود و شخص ثالثی حضور داشته باشد.

☞ اظهار کتبی: وقتی اقدامات درمانی با خطر بالایی همراه است و یا بیمار نیاز به بیهوشی دارد.

☞ براءت نامه: چنان چه بیمار در طی درمان دچار عوارض یا نقص عضوی گردد در صورتی که پزشک براساس موازین علمی و فنی عمل کرده باشد مقصر نیست.

## نکات مهم در مورد اخذ رضایتنامه

برای تمام اقدامات درمانی که بر روی حقوق ناشی از ازدواج تأثیر می گذارد مثل سقط جنین، هیستروکتومی، بستن لوله ها، تغییر جنسیت رضایت همسر لازم است.



- در صورت احتمال وجود خطر جانی یا کودک آزاری پس از در جریان گذاشتن مراجع قانونی بدون اخذ رضایت اقدام به درمان می کنیم.
- اگر پدر و مادر کودک متارکه کرده باشند، کسی که حضانت فرزند را به عهده گرفته است باید رضایت نامه را مطالعه و امضا کند.
- رضایت دهنده باید دارای اهلیت قانونی باشد (۹ سال تمام قمری در دختران و ۱۵ سال تمام قمری در پسران) و به رشد عقلی رسیده باشد یعنی حداقل به سن ۱۸ سال تمام قمری رسیده باشد و مجنون نباشد و در صورتی که رضایت دهنده فاقد هر کدام از شرایط بالا باشد نباید رضایت از آن‌ها اخذ شود. به این ترتیب:
- در صورتی که بیمار به سن قانونی ۱۸ سال تمام رسیده باشد و عاقل باشد، رضایت از خود بیمار یا نمایندگان قانونی بیمار مثل وکیل وی که در این زمینه نمایندگی به او اعطا شده است، صورت گیرد. اگر به سن ۱۸ سال تمام نرسیده باشد رضایت از، ولی او اخذ می شود. از نظر شرع مقدس اسلام منظور از، ولی پدر یا جد پدری یا وصی از جانب هر یک از آن‌ها است.
- لازم به ذکر است در صورت وجود خطر جانی (بدون نیاز به اخذ رضایت) یا کودک آزاری پس از در جریان گذاشتن مراجع قانونی اقدام به درمان خواهد شد.

#### • تفاوت رضایتنامه و برائت نامه:

- رضایت، اذن معالجه است و زمانی که بیمار در بیمارستان حضور می یابد به معنای این است که اجازه درمان را به بیمارستان یا مرکز درمانی می دهد، اما برائت به معنای اعلام کتبی رضایت است و در صورتی که طبیب برائت کتبی از بیمار نگرفته باشد و خسارتی به بیمار وارد کرده یا وی را تلف کند، از نظر مدنی و کیفری دارای مسئولیت است و باید پاسخگو باشد..

#### نحوه اخذ رضایت نامه :

رضایت نامه بایستی قابل فهم و ساده (فاقد اصطلاحات پزشکی) باشد و بیمار بدون هیچ اجباری با درک کامل محتوای آن بایستی امضا کند، ترجیحاً علاوه بر پزشک و بیمار فرد سومی به عنوان شاهد نیز رضایت نامه را امضا کند.

همچنین رضایت باید آزادانه باشد. یعنی بیمار با میل و اراده و طیب خاطر نفس داوطلبانه رضایت خود را نسبت به اعمال جراحی و طبی اعلام نماید، نتیجه رضایتی که تحت تاثیر اکراه و اجبار و فریب و نیرنگ و.. اخذ می شود هیچ گونه اثر قانونی بر آن مترتب نخواهد بود. علاوه بر آزادانه بودن اخذ رضایت، آگاهانه بودن آن نیز ضروری است به عبارت دیگر بیمار باید در پی ارائه یک دسته اطلاعات خاص راجع به نوع درمان و آزمایش و پیامدهای آن آگاهانه رضایت خود را اعلام کرده باشد در نتیجه رضایت ناشی از فقدان قصد و از روی ناآگاهی و توأم با اطلاعات ناقص فاقد اعتبار لازم خواهد بود قبل از اخذ رضایت آگاهانه خطرها و مزایا و عوارض بالقوه

عمل جراحی همراه با روش های اجرایی باید برای بیمار و خانواده او تشریح گردد و گزینه های جایگزین احتمالی باید مورد توجه قرار گیرد.

مواردی که علیرغم اخذ رضایت نامه قصور پزشکی محسوب می گردد:

- محتویات رضایت نامه را بیمار درک نکرده باشد.

- خطرات و عوارض درمان گوشزد نشده باشد.

- فرم رضایت نامه توسط فردی فاقد صلاحیت، امضا شده باشد.

عمل انجام یافته بر روی بیمار غیر قانونی باشد.

# فصل سوم: مراجع قضائی

## ۱- مقدمه:

طبق اصل ۳۴ قانون اساسی؛ دادخواهی حق مسلم هر فرد است و هر کس می‌تواند به منظور دادخواهی به دادگاه‌های صالح رجوع نماید. همه افراد ملت حق دارند این گونه دادگاه‌ها را در دسترس داشته باشند و هیچ‌کس را نمی‌توان از دادگاهی که به موجب قانون حق مراجعه به آن را دارد منع کرده.

همچنین مرجع رسیدگی تظلمات و شکایات دادگستری است و تشکیل دادگاهها و تعیین صلاحیت آنها منوط به حکم قانون می‌باشد.

مراجع قضایی، مراجعی هستند که به موجب قانون تشکیل شده و به دعاوی، جرایم و سایر امور رسیدگی نموده و نهایتاً مبادرت به صدور رأی می‌نمایند که شامل مراجع قضایی حقوقی و کیفری و نیز مراجع اداری می‌باشند.

مراجع قضایی شامل موارد زیر می‌باشد:

الف) مراجع عمومی

ب) مراجع اختصاصی

ج) دیوانعالی کشور

د) دادسرا

## ۲- آشنایی با مراجع قضایی رسیدگی به جرایم و تخلفات پزشکی:

مراجع قضایی به دو گروه مراجع عمومی و اختصاصی تقسیم می‌شوند:

### ۳- مراجع عمومی رسیدگی

مراجع عمومی مراجعی هستند که اصولاً صلاحیت رسیدگی به کلیه جرایم را دارند مگر جرایمی که به طور استثنایی در صلاحیت مرجع دیگری قرار گرفته باشد

دادگاه‌های عمومی به دو بخش حقوقی و کیفری تقسیم بندی می‌شوند در این دادگاهها میتوان از جنبه کیفری و یا حقوقی نسبت به عملی که پزشک مرتکب آن شده است شکایت کرد. به عبارت دیگر هر عملی که در قوانین مدنی و یا جزایی کشور قابلیت پیگیری قضایی داشته باشد در صلاحیت این دادگاهها است. با این وجود از آنجا که اقدامات پزشکی از زمره مسایل

تخصصی محسوب می شود که نیاز به نظرات و دیدگاه کارشناسانه دارد قوه قضاییه اقدام به تخصیص یک دادسرا به طور ویژه به جرایم پزشکی و دارویی نموده است. شهر تهران دادسراهای مختلفی دارد که بعضی از آنها به امور ویژه اختصاص یافته اند. از آن جمله دادسرای ویژه رسیدگی به جرایم پزشکی است که مردم می توانند برای رسیدگی به مشکلات و پرونده‌های قضایی خود در رابطه با قصور و تخلفات پزشکی در هر سطحی به آنجا مراجعه کنند.

#### آیین رسیدگی در داگاههای کیفری :

روند رسیدگی به پرونده‌های مطرح شده در این دادسرا اینگونه است که پس از طرح و ارجاع موضوع به کمیسیون‌های پزشکی، پرونده مورد بررسی قرار می‌گیرد و در صورتی که قصور کادر درمانی تشخیص داده شود، مراتب قصور به شعبه رسیدگی کننده ارسال و به دنبال آن پزشک و تیم پزشکی برای ادای توضیحات احضار می‌شوند. در نهایت دادسرا با اخذ تصمیم مقتضی یا قانع می‌شود که قصوری رخ نداده است و قرار منع یا موقوفی تعقیب صادر می‌کند و یا اینکه ادعای شاکی را قریب به واقع می‌بیند و با صدور کیفرخواست پرونده را به دادگاه ارسال می‌کند. دادگاه عمومی جزایی نیز بر اساس محتویات پرونده، نظریه کارشناس و دفاعیات هر دو طرف علاوه بر مجازات پزشک خاطی اقدام به صدور رای به پرداخت دیه یا ارش در حق شاکی می‌نماید .

#### ۴-مراجع اختصاصی رسیدگی:

مراجعی هستند که اصولاً صلاحیت رسیدگی به هیچ جرمی را ندارند، مگر جرایمی که به طور صریح در صلاحیت آنها قرار داده شده باشد. تاسیس این گونه مراجع رسیدگی در کنار مراجع عمومی باید مبتنی بر دلایل قابل قبولی باشد تا سلب صلاحیت از مراجع اخیر به نفع آنها را توجیه نماید، زیرا یکی از ویژگیهای مشترک در میان اغلب مراجع اختصاصی محدودیت های حق دفاع متهم به شکل برگزاری محاکمه غیر علنی یا عدم استقبال از برخورداری از وکیل در این مراجع است.

مراجع اختصاصی قضایی شامل دادگاه نظامی، دادگاه انقلاب، دادگاه اطفال و نوجوانان و دادگاه ویژه روحانیت است که به دلیل ارتباط موضوع فقط دادگاه انقلاب مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

دادگاه انقلاب: طبق قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی رسیدگی « ماده ۳- هر کس بدون داشتن پروانه رسمی بر امور پزشکی - داروسازی - دندانپزشکی - آزمایشگاهی - فیزیوتراپی - مامائی و سایر رشته هایی که به تشخیص وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی جزو حرف پزشکی و پروانه دار محسوب می شوند اشتغال

ورزد یا بدون اخذ پروانه از وزارت مذکور اقدام به تاسیس یکی از موسسات پزشکی مصرح در ماده (۱) نماید یا پروانه خود را به دیگری واگذار نماید یا پروانه دیگری را مورد استفاده قرار دهد بلافاصله محل کار او توسط وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی تعطیل و به پرداخت جریمه نقدی از پنج میلیون (۵۰۰۰۰۰۰) ریال تا پنجاه میلیون (۵۰۰۰۰۰۰۰) ریال محکوم خواهد شد و در صورت تکرار به جریمه تا صد میلیون (۱۰۰۰۰۰۰۰۰) ریال یا دو برابر قیمت داروهای مکشوفه (هر کدام که بیشتر باشد) محکوم خواهد شد و برابر تبصره ۶ ماده فوق رسیگی به جرایم فوق در صلاحیت دادگاه انقلاب می باشد.

منظور از جرم دخالت در امور پزشکی، اشتغال به فنون مربوط به پزشکی بدون داشتن پروانه رسمی از وزارت بهداشت می باشد. با توجه به جرم مربوطه موجب تهدید سلامت جامعه می باشد لذا قانون نگذار رسیدگی به این نوع جرم را در صلاحیت دادگاه انقلاب قرار داده است.

آیین رسیدگی دادگاه انقلاب به جرایم پزشکی : بازرسی وزارت بهداشت بعد از انجام مراحل بازرسی از اماکن بهداشتی و درمانی در صورت رویت موارد مربوط به دخالت در امور پزشکی مراتب را جهت رسیدگی موضوع به داسرای محل وقوع جرم اعلام می نمایند داسرا بعد از انجام تحقیقات مقدماتی در صورت احراز جرم به صدور کیفر خواست اقدام و موضوع را جهت و رسیدگی ماهوی به دادگاه انقلاب ارجاع می نماید. دادگاه انقلاب بعد از بررسی پرونده و احضار متشاکی عنه و اخذ نظر کارشناس وزارت بهداشت اقدام به صدور حکم می نماید. با توجه به اصلاحیه ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی سال ۷۹ مجازات محکومین تعطیلی محل فعالیت و جریمه نقدی می باشد که از ضمانت اجرای کافی برخوردار نبوده چرا که مرتکبین این گونه جرایم بعد از پرداخت جریمه ناچیز نقدی مجدداً به فعالیت غیر مجاز اقدام می نمایند که شایسته است قانون گذار به این امر دقت نظر داشته باشد تا از دخالت بی رویه افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی جلوگیری به عمل آید. قبل از اصلاح ماده فوق متن آن به شرح ذیل بود: «هر کس بدوم داشتن پروانه رسمی پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی، به فنون مزبور اشتغال ورزد و یا بدون اخذ پروانه از وزارت بهداشت اقدام به تاسیس یکی از موسسات پزشکی مصرح در ماده ۱ نماید و یا پروانه خود را به دیگری واگذار نموده و یا پروانه دیگری را مورد استفاده قرار دهد بلافاصله محل کار او از طرف بهداری تعطیل و به حبس تادیبی از شش ماه تا دو سال و پرداخت غرامت از پنج هزار ریال تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد». همانگونه که ملاحظه می شود در این ماده مجازات حبس به چشم می خورد که شایسته بود قانونگذار در اصلاحیه سال ۱۳۷۹ مجازات حبس را حذف نمی نمود چراکه قانون نگذار ندانسته موجبات تکرار اینگونه جرایم را مهیا نموده است.

شورای حل اختلاف (ویژه امور بهداشت): در راستای تحقق دادرسی آسان، سریع و ارزان و در اجرای ماده ۱۸۹ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، و در جهت حفظ شئون جامعه پزشکان، دستورالعمل تشکیل شوراهای حل اختلاف ویژه در مورخه ۱۳۸۶/۶/۳۱ تصویب گردید. در بسیاری از استانها شوراهای حل اختلاف ویژه رسیدگی به امور بهداشتی پزشکی شروع به فعالیت. در تهران نیز مجتمع شماره ۲۹ شورای حل اختلاف به امور بهداشتی و پزشکی تخصیص یافته است.

اعضای شوراهای ویژه از میان کارشناسان و متخصصان صاحب صلاحیت در رشته های مرتبط پزشکی با تایید و معرفی سازمان نظام پزشکی و با رعایت آئین نامه اجرائی ماده ۱۳۴ قانون برنامه چهارم توسعه برای مدت ۳ سال انتخاب شده و علاوه بر شرایط عمومی می بایست فاقد محکومیت کیفری یا انتظامی قطعی باشند.

آیین رسیدگی شورای حل اختلاف به جرایم پزشکی: رسیدگی و حل و فصل اختلافات اعضای جامعه پزشکی با یکدیگر و همچنین اختلافات جامعه پزشکی با سایر اشخاص اعم از حقیقی یا حقوقی در صورتیکه مبلغ خواسته یا محکوم به کمتر از ۵ میلیون تومان باشد و یا در صورتیکه هر دو طرف در خصوص ارجاع پرونده به شورا توافق داشته باشند، در صلاحیت شورای حل اختلاف است.

در عمل عمده پرونده های مرتبط با دندانپزشکی و یا پرونده هایی که پیش بینی می شود دیه ای که متهم به آن محکوم خواهد شد تا پنجاه میلیون (۵۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال در شورا رسیدگی می گردد. به غیر از مورد فوق شورای دارای صلاحیتها دیگری نیز می باشد که در زیر به آن اشاره می گردد.

• کلیه دعاوی مربوط به تخلیه عین مستأجره به جز دعاوی مربوط به سرقفلی و حق کسب و پیشه.

• صدور گواهی حصر وراثت، تحریر ترکه، مهر و موم ترکه و رفع آن.

• ادعای اعسار از پرداخت محکوم به در صورتی که شورا نسبت به اصل دعوی رسیدگی کرده باشد.

در کلیه اختلافات و دعاوی خانوادگی و سایر دعاوی مدنی دادگاه رسیدگی کننده می تواند با توجه به کیفیت دعوی یا اختلاف و امکان حل و فصل آن از طریق صلح و سازش فقط یکبار برای مدت حداکثر تا دو ماه موضوع را به شورای حل اختلاف ارجاع نماید

: شورا مکلف است در اجراء ماده فوق برای حل و فصل دعوی یا اختلاف و ایجاد صلح و سازش تلاش کند و نتیجه را اعم از حصول یا عدم حصول سازش در مهلت تعیین شده به مرجع قضایی ارجاع کننده برای تنظیم گزارش اصلاحی یا ادامه رسیدگی مستنداً اعلام نماید

شورا باید اقدامات لازم را برای حفظ اموال صغیر، مجنون، شخص غیر رشید که فاقد ولی یا قیم باشد و همچنین غایب مفقودالثر، ماترک متوفای بلا وارث و اموال مجهول المالک به عمل آورد و بلافاصله مراتب را به مراجع صالح اعلام کند

## ۵-مراجع اداری

### سازمان نظام پزشکی:

سازمان نظام پزشکی در نیم قرن فعالیت خود که با فراز و نشیب های بسیاری همراه بوده علیرغم شایستگیها، توانمندیها و قابلیت‌های بی شمار جامعه پزشکی به دلیل فقدان انسجام اراده و اقتدار صنفی قادر به نقس آفرینی و تاثیر گذاری جدی در سیاستگذاری سلامت کشور نبوده است اگر چه انجمنهای ملی پزشکان که تشکیلات متناظر نظام پزشکی در کشور های پیشرفته به شمار می روند صرفا بر اساس اقتدار و اعتبار ناشی از گرد هم در آوردن جامعه پزشکی و بدون بهره مندی از اختیارات قانونی در سیاستگذاری نظام سلامت، تولید دانش تعیین استانداردها و اطلاع رسانی نقش محوری ایفا کرده اند لیکن بر اساس ویژگی های جامعه شناختی پزشکان و مطابق تجربه نقش آفرینی جامعه پزشکی این سازمان جز با اعطای اختیارات قانونی مصوب نبود و لذا فعالان عرصه نظام پزشکی به اتفاق در این راستا به اصلاح قانون نظام پزشکی اهتمام ورزیده اند.

برابر قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، رسیدگی انتظامی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی بر عهده سازمان نظام پزشکی می باشد. از مصادیق تخلفات پزشکی می توان به عدم رعایت موازین شرعی و قانونی و مقررات صنفی و حرفه ای و شغلی و سهل انگاری در انجام وظایف قانونی می باشد. همانطور که اشاره شد این سازمان به تخلفات پزشکی رسیدگی می نماید و رسیدگی به جرایم مربوط به حرف پزشکی بر عهده مراجع قضایی می باشد.

### آیین رسیدگی سازمان نظام پزشکی به تخلفات پزشکی :

سازمان نظام پزشکی به منظور رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته از هیاتهای انتظامی تشکیل شده است. در معیت هیات بدوی انتظامی اعضای داسرا مرکب از دادستان و تعداد مورد نیاز دادیار به تشخیص شورایعالی با رای اعضای هیات مدیره و حکم ریاست سازمان انتخاب می شوند که داسرا در موارد ذیل مکلف به شروع رسیدگی می باشد:

الف-شکایت شاکی ذی نفع یا سرپرست و یا نمایندگان قانونی بیمار

ب-اعلام تخلف از مراجع قضایی-اداری

ج-اعلام تخلف از طرف هیات مدیره شورای عالی و ریاست سازمان



د-شکایت وزارت بهداشت و درمان

ه-در مورد تخلف مشهودی که به نظر اعضای دادسرا و هیاتهای انتظامی پزشکی رسیده است.

و-ارجاع از طرف هیاتهای بدوی انتظامی پزشکی.

دادسرا پس از وصول شکایت با اقدامات مقتضی اعم از تحقیق از شاکی ، ملاحظه مدارک و سوابق مربوطه و استعلام از مطلعین و انجام معاینات و آزمایشات مورد لزوم و جلب نظر کارشناسی موضوع را مورد رسیدگی قرار می دهد در صورتی که عقیده به تعقیب داشته باشد پس از جلب موافقت دادستان یا معاونت اول کیفر خواست تنظیم و پرونده را جهت رسیدگی به هیات بدوی انتظامی ارسال می نماید. با وصول پرونده به هیات بدوی دفتر هیات ان را به نوبت ثبت نموده و با دستور رئیس هیات مشتکی عنه را احضار نموده و کیفر خواست دادسرا و ضمایم آن را به رویت وی رسانده و اخطار می نماید چنانچه پاسخی داشته باشد کتبا و ظرف مدت ۱۰ روز به دفتر هیات تسلیم نماید. هیات بدوی در حدود کیفر خواست رسیدگی نموده و خارج از آن حق رسیدگی ندارد چنانچه در جریان بررسی به تخلفات دیگری برخورد نماید مکلف است آن را به دادسرا اعلام نماید. هر چه تجدید نظر از آرای هیئت انتظامی بدوی هیات تجدید نظر انتظامی مرکز همان استان می باشد و نسبت به آرای زیر رسیدگی مجدد می نماید

#### الف- احکام برائت یا محکومیت

ب-قرار های منع تعقیب یا موقوفی تعقیب دادسرا که مورد تائید هیات بدوی انتظامی قرار گرفته است. لازم به ذکر است آرای صادره از هیات تجدید نظر جز در مورد احکام محرومیت از اشتغال قطعی است. هیات عالی انتظامی که مقر آن در تهران است در موارد زیر رسیدگی می نماید.

الف-آرای مربوط به احکام محرومیت از اشتغال

ب-رسیدگی به اعتراضات و شکایات اشخاص از طرز کار دادسراها و هیاتهای بدوی و تجدید نظر انتظامی

ج-نظارت عالی بر دادسراها و هیاتهای بدوی و تجدید نظر انتظامی

د-ایجاد هماهنگی و وحدت رویه در امور هیاتهای انتظامی

باید گفت نقش هیات عالی انتظامی به مثابه دیوان عالی کشور می باشد که مرجع عالی قضایی به شمار می آید.

تعزیرات حکومتی به عنوان یک مرجع اختصاصی رسیدگی به تخلفات اقتصادی، در مفهوم عام پدیده ای تازه و بدیع نبوده و از صدر اسلام تا کنون تحت عناوین و تعابیر مختلف در حکومت های اسلامی وجود داشته و در سایر نظام های حقوقی شناخته شده دنیا نیز متناسب با تشکیلات قضایی و اجرایی جایگاه خاصی داشته و دارد. در کشور جمهوری اسلامی ایران نیز بعد از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی و تقریباً در آغاز جنگ تحمیلی بحث تعزیرات حکومتی به معنی اخص کلمه برای جلوگیری از وقوع تخلفات عدیده ای که در زمینه مسایل اقتصادی با توجه به وضعیت بحرانی کشور در آن زمان به وقوع می پیوست پایه ریزی شد. بر همین اساس در ابتدای سال ۱۳۶۲ بنا به درخواست نخست وزیر وقت از محضر حضرت امام خمینی (ره) در خصوص اجازه قیمت گذاری کالاها از طرف دولت و نیز مبارزه با گرانفروشی توسط دولت کسب تکلیف گردید که با توجه به شرایط موجود اجازه آن توسط ایشان به دولت داده شد. در همین راستا کمیسیون هایی تحت نظارت وزارت کشور به نام کمیسیون های امور تعزیرات حکومتی تشکیل و به کلیه تخلفاتی که به نحوی جنبه اقتصادی داشت رسیدگی می نمود. پس از پایان جنگ تحمیلی حضرت امام (ره) طی نامه ای حق تعزیرات حکومتی را از دولت سلب و مجمع تشخیص مصلحت نظام را مأمور به تصمیم گیری در این زمینه نمودند. مجمع تشخیص مصلحت نظام نیز در مورخ ۶۷/۱۲/۲۳ با تصویب دو قانون تحت عنوان قانون تعزیرات حکومتی و قانونی تعزیرات حکومتی امور بهداشتی، درمانی رسیدگی به تخلفات بخش غیر دولتی را به محاکم انقلاب اسلامی و دولتی را به کمیسیونهای تحت نظارت وزارت کشور محول نمود و این امر تا اواسط سال ۱۳۷۳ ادامه یافت؛ لیکن به لحاظ ضرورت کنترل دولت بر امور اقتصادی و لزوم هماهنگی مراجع قیمت گذاری و توزیع کالا و خدمات و اجرای مقررات و ضوابط مربوط به آن، با تصویب ماده واحده قانون اصلاح قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۷۳/۷/۱۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام، کلیه امور تعزیرات حکومتی بخش دولتی و غیر دولتی، اعم از بازرسی و نظارت، رسیدگی و صدور حکم قطعی و اجرای آن به دولت (قوه مجریه) محول گردید تا بر اساس قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۶۷/۱۱/۲۳ اقدام نمایند که این امر نیز تا کنون ادامه دارد.

#### آیین رسیدگی سازمان تعزیرات حکومتی به تخلفات پزشکی

در مورد جرائم موضوع این قانون کمیسیونی مرکب از سرپرست نظام پزشکی مرکز و یا استان بر حسب مورد و مدیر عامل سازمان منطقه ای بهداشت و درمان استان و نماینده وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی موضوع را بدوا رسیدگی و در صورت تشخیص وقوع جرم در مورد موسسات دولتی به کمیسیون تعزیرات حکومتی بخش دولتی و در موارد غیر دولتی به دادسرای عمومی و انقلاب محل جرم ارجاع می نماید. دبیر کمیسیون به ترتیب پرونده را به سازمان تعزیرات ارجاع تا سازمان

پرونده ها را به شعب مربوطه ارجاع نماید. برابر قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام مورخ - ۱۳۶۷/۱۲/۲۳ مواردی که سازمان تعزیرات حکومتی در خصوص تخلفات پزشکی و بهداشتی رسیدگی می نماید به قرار ذیل می باشد:

۱- ایجاد موسسات پزشکی غیر مجاز توسط اشخاص فاقد صلاحیت

۲- ایجاد موسسه پزشکی توسط افراد متخصص بدون پروانه

۳- خودداری بیمارستانها از پذیرش بیماران اورژانس

۴- ارایه خدمات مزاد بر احتیاج به منظور سود جویی و دخل و تصرف در صورتحساب و اضافه دریافتی تعرفه

۵- بکارگیری متخصصین حرفه های پزشکی و پیرانپزشکی فاقد مجوز قانونی کار در موسسات پزشکی

۶- بکارگیری متخصصین پزشکی و پیرانپزشکی فاقد مجوز در محل غیر مجاز

۷- بکارگیری افراد فاقد صلاحیت حرفه ای در موسسات پزشکی

۸- ترک موسسه پزشکی توسط مسوول فنی و پزشکی کشیک

۹- عرضه و فروش داروهای فاقد پروانه ساخت و یا مجوز ورود توسط داروخانه

۱۰- تاسیس داروخانه بدون پروانه تاسیس

۱۱- فروش دارو بدون حضور مسوول فنی

۱۲- عدم حضور مسوول فنی داروخانه در ساعات مقرر

۱۳- تهیه دارو توسط داروخانه خارج از شبکه های تعیین شده توزیع دارو

۱۴- ارایه دارو بدون نسخه پزشک

۱۵- عدم درج قید قیمت دارو بر روی نسخه

۱۶- عدم ممهور نمودن نسخه به مهر داروخانه

۱۷- نگهداری و فروش داروهای فاسد یا تاریخ گذشته

۱۸- عرضه و فروش کالاهایی غیر از دارو، لوازم بهداشتی، آرایشی و شیر خشک و لوازم مصرفی پزشکی در داروخانه

۱۹- گرانفروشی لوازم آرایشی، بهداشتی و اقلام مجاز دیگر در داروخانه

۲۰- خودداری از عرضه کالا از سوی داروخانه

۲۱- عدم ارایه خدمات در ساعات مقرر از سوی داروخانه

۲۲- عرضه لوازم و ملزومات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی که بوسیله ارز دولتی تهیه شده بدون ارایه فاکتور و یا بیش از قیمت رسمی.

۲۳- در اختیار قرار دادن اقلام توزیعی توسط شرکتهای مربوطه بر خلاف ضوابط اعلام شده.

۲۴- تحویل کالا بدون ارایه فاکتور و بیش از قیمت رسمی توسط شرکتهای توزیع ملزومات پزشکی و دندانپزشکی و آزمایشگاهی.

۲۵- عرضه مواد خوردنی، آشامیدنی و ... بدون علامت و مجوزهای لازم از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲۶- عدم حضور مسوول فنی در تولید مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی

۲۷- عدم حضور مسوول فنی در کلیه مراحل تولید

۲۸- عدم نصب برچسب اطلاعات، بر روی محصولات تولیدی

۲۹- عدم رعایت فرمول تایید شده در پروانه ساخت از سوی تولید کنندگان.

۳۰- عرضه کالاهای فاقد پروانه ساخت و مجوز ورود

۳۱- عرضه کالای غیر بهداشتی توسط فروشگاهها و سایر اماکن.

# فصل چهارم: آشنایی با کلیات قوانین و مقررات

## قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی

### اهداف، قلمرو و وظایف

ماده ۱- در اجرای اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین بندهای (۲) و (۴) اصل بیست و یکم (۲۱) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت ایجاد انسجام کلان سیاستهای رفاهی که به منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن، نظام تامین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقرار می گردد:

الف - بازنشستگی، ازکارافتادگی و فوت.

ب - بیکاری.

ج - پیری.

د - در راه ماندگی، بی سرپرستی و آسیبهای اجتماعی.

ه - حوادث و سوانح.

و- ناتوانی های جسمی، ذهنی و روانی.

ز - بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت های پزشکی.

ح - حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزندان.

ط - حمایت از کودکان و زنان بی سرپرست.

ی - ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست.

ک - کاهش نابرابری و فقر.

ل - امداد و نجات.

تبصره ۱- برخورداری از تامین اجتماعی به نحوی که در این قانون می آید حق همه افراد کشور و تامین آن، تکلیف دولت محسوب می شود.

تبصره ۲- آثار و تبعات منفی احتمالی ناشی از اقدامات دولت، از جمله مصادیق رویدادهای اقتصادی و اجتماعی می باشند.

تبصره ۳- شهروندان خارجی مقیم جمهوری اسلامی ایران نیز در چارچوب موازین اسلامی، مقابله نامه ها و قراردادهای بین المللی مصوب و با رعایت شرط عمل متقابل، از حمایتهای مربوط به نظام جامع تامین اجتماعی برخوردار خواهند بود.

ماده ۲- نظام جامع تامین اجتماعی شامل سه حوزه می باشد:

الف - حوزه بیمه ای: شامل بخش بیمه های اجتماعی از جمله بازنشستگی، بیکاری، حوادث و سوانح، از کارافتادگی و

بازماندگان و بخش بیمه های درمانی (بهداشت و درمان) می باشد.

تبصره - خدمات بیمه های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می شود به طوری که:

۱- حدود خدمات بیمه ای همگانی را قانون تعیین می کند.

۲- بیمه های تکمیلی به آن دسته از خدمات بیمه ای گفته می شود که علاوه بر سطح خدمات بیمه های همگانی، با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی فی مابین بیمه شده و بیمه گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه شده انجام می پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی نداشته، اما مکلف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم از این گونه بیمه ها می باشد.

ب - حوزه حمایتی و توانبخشی: شامل ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمکهای مالی به افراد و خانواده

های نیازمندی است که به دلایل گوناگون قادر به کار نیستند و یا درآمد آنان تکافوی حداقل زندگی آنان را نمی نماید.

ج - حوزه امدادی: شامل امداد، نجات در حوادث غیرمترقبه.

ماده ۳- اهداف و وظایف حوزه بیمه ای به شرح زیر می باشد:

الف - گسترش نظام بیمه ای و تامین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه های مبتنی بر بازار کار و اشتغال.

ب - ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش های مختلف بیمه های اجتماعی و درمانی.

ج - اجرای طرح بیمه اجباری مزدبگیران.

د - تشکیل صندوقهای بیمه ای موردنیاز از قبیل بیمه حرف و مشاغل آزاد (خویش فرمایان و شاغل غیردائم)، بیمه روستائیان و عشایر، بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده و خودسرپرست و بیمه خاص حمایت از کودکان.

هـ - گسترش بیمه های خاص جبران خسارات ناشی از حوادث طبیعی از قبیل سیل، خشکسالی، زلزله و طوفان.

و - پشتیبانی حقوقی از بیمه های تکمیلی.

ز - نظارت بر عملکرد صندوقهای بیمه ای.

ح - پیگیری اصلاح اساسنامه های شرکتهای و صندوقهای بیمه ای به نحوی که اصل بنگاهداری برای شرکتهای و صندوقهای بیمه ای لحاظ شود.

ط - نظارت بر تعادل منابع و مصارف صندوقها براساس علم محاسبات بیمه ای.

ی - اطلاع رسانی درخصوص خدمات بیمه ای.

تبصره ۱- هرصندوق بیمه ای می تواند در یکی از دو حوزه بیمه اجتماعی و درمانی و یا در هر دو فعالیت نماید.

تبصره ۲- دولت مکلف است ظرف مدت دو سال از تاریخ ابلاغ این قانون، امکان تحت پوشش بیمه قرار گرفتن اقشار مختلف جامعه از جمله روستائیان، عشایر و شاغلین فصلی را فراهم نماید.

تبصره ۳- تعهدات قبلی سازمانها و صندوقهای بیمه گر به افراد تحت پوشش مشروط بر آن که فقط در یک سازمان یا صندوق عضویت داشته اند کماکان به قوت خود باقی است و مازاد بر آن در صورت تامین منابع و بار مالی لازم از سوی این نظام برقرار خواهد شد.

ماده ۴- اهداف و وظایف حوزه حمایتی و توانبخشی به شرح زیر می باشد:

الف - سازماندهی و هدفمند کردن یارانه ها و منابع حمایتی.

ب - هماهنگی بخش های مختلف دولت در راستای پیشگیری از آسیب های اجتماعی.

ج - مشارکت در تعیین خط فقر (مطلق و نسبی).

د - حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای سوء آنها خصوصا در زمینه بیکاری، بی سرپرستی، در راه ماندگی و پیری.

ه - تامین حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده هایی که درآمد کافی ندارند با اولویت افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به کار نیستند.

و - پرداخت مقرری به افراد جویای کار به شکل وام و برای مدت محدود.

ز - تحت پوشش قراردادن خانواده های بی سرپرست و زنان خودسرپرست.

ح - فراهم سازی امکانات، آموزش بازتوانی و ایجاد مهارت های شغلی خانوارهای نیازمند.

ط - حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند.

ی - تامین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت ها و آسیب های اجتماعی در گروههای هدف و تحت پوشش قرار دادن آنها در سه سطح پیشگیری، درمان و توانبخشی.

ک - فراهم آوردن امکانات لازم به منظور بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی معلولین برای ادامه زندگی و تلاش برای تامین استقلال و خودکفائی معلولان، افراد محروم از فرصتهای برابر اجتماعی و آسیب دیدگان اجتماعی.

ل - آماده سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی متناسب با ویژگیها و توانائی های معلولان.

م - ادامه روند حمایت از نیازمندان روستائی و عشایر.

ماده ۵ - اهداف و وظایف حوزه امدادی به شرح زیر می باشد:



الف - آماده سازی و هماهنگی سازمانها و نهادهای ذی ربط برای ارائه فوری و کافی خدمات به آسیب دیدگان رویدادهای غیرمترقبه در جهت تامین نیازهای اولیه آسیب دیدگان از حوادث طبیعی شامل تغذیه، پوشاک و سرپناه موقت در چارچوب طرح امداد و نجات کشور.

ب - پیش بینی سازوکارهای لازم برای امور مربوط به بازسازی کوتاه مدت با همکاری سازمانهای دولتی و غیردولتی و نهادهای مدنی.

تبصره - جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران یک جمعیت غیردولتی است که بر اساس اساسنامه مصوب مجلس شورای اسلامی فعالیت می کند.

### **-اصول و سیاستهای کلی**

ماده ۶ - اصول و سیاستهای ساختاری نظام جامع تامین اجتماعی به شرح زیر می باشد:

الف - هماهنگی در حوزه ها: ساماندهی و هماهنگی فعالیت ها و خدمات در هریک از حوزه های بیمه ای، حمایتی و امدادی در جهت افزایش کارآمدی و پوشش کامل تر فعالیت دستگاهها، به نحوی که از همپوشانی و تداخل فعالیت آنها جلوگیری گردد.

ب - هماهنگی بین حوزه ها: هماهنگی بین حوزه های بیمه ای، حمایتی و امدادی با محور بودن نظام بیمه ای صورت می گیرد.

ج - هماهنگی بین فعالیت های پیشگیرانه و فعالیت های اجرائی در سایر بخشهای اثرگذار بر تامین اجتماعی.

د - مشارکت بخشهای غیردولتی: نظام تامین اجتماعی بر اصل مشارکت در سطوح سیاستگذاری، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی استوار است به نحوی که دستگاهها و سازمانهای غیردولتی به روشهای تعریف شده امکان مشارکت داشته باشند. این مشارکت خدمت گیرندگان متشکل و سازمان یافته از قبیل سازمانها و نهادهای غیردولتی را نیز شامل می شود. این مشارکت به معنای رفع مسوولیت از دولت نیست و در هر حال دولت مسوولیت تامین اجتماعی را به عهده دارد.

ه - کمک های داوطلبانه مردمی جهت تامین منابع مالی توسط نهادها، موسسات، سازمانها و شرکتهای غیردولتی و عمومی نظام تامین اجتماعی مجاز است مشروط بر آن که این امر طبق آئین نامه مصوب هیات وزیران صورت گرفته و امکان نظارت نظام تامین اجتماعی فراهم باشد.

و - بهینه سازی: بهینه سازی فعالیتها بر سه سیاست زیر استوار است:

۱- تخصیصی کردن فعالیتها برحسب نوع خدمات.

۲- تخصصی کردن فعالیتها برحسب گیرندگان خدمات.

۳- تخصصی کردن فعالیتها برحسب سطح خدمات (همگانی یا مکمل).

ز - تمرکز و تمرکززدایی: این اصل بر سیاستهای زیر تاکید دارد:

۱- برنامه ریزی، سیاستگذاری، نظارت، ارزشیابی و توزیع منابع عمومی به صورت متمرکز و توسط دولت انجام می شود.

۲- امور اجرایی و کارگزاری به صورت غیرمتمرکز صورت می گیرد.

۳- دخالت دولت در سطح فعالیتهای اجرایی و کارگزاری تامین اجتماعی در مواردی صورت می گیرد که میزان فعالیت موسسات غیردولتی کفایت لازم برای ارائه خدمات را ننماید و یا برای تنظیم بازار خدمات تامین اجتماعی و جبران نقص بازار دخالت دولت لازم باشد.

۴- دخالت دادن شرایط منطقه ای در برنامه ریزی.

ح - نظارت بر هر دو بخش دولتی و غیردولتی مرتبط با نظام جامع تامین اجتماعی: این نظارت براساس مفاد این قانون، معیارهای مندرج در اساسنامه آنها، قراردادها و توافقنامه های مبادله شده صورت می گیرد.

ط - رقابت پذیری: اعمال اصل رقابت پذیری در سطوح اجرایی و کارگزاری نظام به منظور گسترش فضای رقابتی و بسط مزیتهای زیر:

۱- کلیه سطوح بیمه ای نظام تامین اجتماعی به گونه ای طراحی و تنظیم گردند که امکان رقابت در آن وجود داشته باشد.

۲- برای بیمه شوندگان امکان انتخاب موسسه بیمه گذار فراهم شود.

۳- به منظور حصول اطمینان از وجود فضای سالم رقابتی و عدم عرضه انحصاری یا نیمه انحصاری، دولت اجازه کنترل و اقدام ضدانحصار را براساس قوانین موضوعه خواهد داشت.

ی - نحوه مشارکت مالی:

۱- بهره مندی صندوقهای فعال در سطح همگانی بیمه های اجتماعی و درمانی بابت هرعضو از محل منابع عمومی به صورت سرانه برابر خواهد بود، این امر مانع حمایت دولت از اقشار ضعیف جامعه نمی باشد.

۲- درصد مشارکت و سهم پرداختی کارفرما نسبت به ماخذ کسر حق بیمه به صندوقهای فعال در سطح همگانی بیمه های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.

۳- درصد مشارکت و سهم پرداختی بیمه شده نسبت به ماخذ کسر حق بیمه به صندوقهای فعال در سطح همگانی بیمه های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.

ک - نحوه جابجائی: جابجائی بیمه شدگان بین صندوقهای بیمه همگانی به صورت انفرادی یا گروهی براساس آئین نامه مصوب هیات وزیران مجاز خواهد بود.

ل - سازمانها، موسسات و صندوقهای فعال در قلمرو بیمه ای نظام، دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری بوده و طبق ضوابط و مقررات موردعمل خود، در چارچوب این نظام فعالیت می نمایند.

ماده ۷- اصول و سیاستهای مالی نظام جامع تامین اجتماعی به شرح زیر می باشد:

الف - پایداری منابع مالی شامل:

۱- استفاده از منابع عمومی.

۲- منابع حاصل از هدفمند کردن یارانه ها.

۳- ایجاد تعادل بین منابع و مصارف صندوقهای بیمه ای ضمن حفظ شخصیت حقوقی و استقلال منابع مالی صندوقها.

۴- تامین منابع بخش بیمه ای با مشارکت کارفرما، بیمه شده، دولت.

۵ - منابع اختصاص داده شده برای جبران اجتماعی خسارت های ناشی از سیاستهای اقتصادی و توسعه ای.

۶ - استفاده از منابع حاصل از کمکهای مردمی در قلمروهای نظام تامین اجتماعی.

۷- استفاده از منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تامین اجتماعی.

۸ - استفاده از منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروهای نظام تامین اجتماعی با مجوز مراجع تقلید.

۹- استفاده از منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تامین اجتماعی.

۱۰- استفاده از منابع، اموال و دارائی های نهادها و بنیادهای انقلاب اسلامی در قلمروهای مختلف نظام تامین اجتماعی با اذن مقام رهبری.

۱۱- درآمد ناشی از سرمایه گذاریها و مدیریت وجوه و ذخائر دستگاههای اجرائی دولتی و عمومی، سازمانها، موسسات و صندوقهای فعال در قلمروهای مختلف نظام تامین اجتماعی.

تبصره - اتخاذ تمهیدات مالی، اعتباری و ساختاری لازم به منظور تداوم و استمرار توان پاسخگوئی حوزه های بیمه ای، حمایتی و امدادی نظام به نیازهای شهروندان.

ب - نظارت مالی بر منابع:

تمام دستگاهها، سازمانها، موسسات، نهادها و صندوقهای فعال در قلمروهای بیمه ای، حمایتی و امدادی، در حد استفاده از منابع و تسهیلات نظام تامین اجتماعی تحت نظارت دولت در چارچوب این قانون قرار می گیرند.

ج - اجرای تصمیمات و احکام دولت در جهت کاهش منابع و یا افزایش مصارف و تعهدات صندوقها و موسسات بیمه ای منوط به تامین منابع مالی معادل آن خواهد بود. لغو مفاد این بند مشروط به تصریح نام و ذکر موضوع در سایر قوانین خواهد بود.

د - وجوه، اموال، ذخائر و دارائی های صندوقهای بیمه اجتماعی و درمانی در حکم اموال عمومی بوده و مالکیت آن مشاع و متعلق به همه نسلهای جامعه تحت پوشش است، هرگونه تصرف دولت در این اموال و رابطه مالی دولت با صندوقهای موصوف در چارچوب قوانین و مقررات مورد عمل صندوقها خواهد بود.

ه - مطالبات سازمانها، صندوقها و موسسات بیمه ای فعال در قلمروهای نظام تامین اجتماعی از دولت بر مبنای ارزش واقعی روز و براساس نرخ اوراق مشارکت پرداخت خواهد شد.

### اصول و سیاستهای اقتصادی

ماده ۸ - به منظور کاهش آثار سوء احتمالی سیاستها و برنامه های اقتصادی و توسعه ای بر وضعیت رفاه و تامین اجتماعی مردم و جلوگیری از وارد آمدن هرگونه شوک و ضربه ناشی از سیاستهای فوق، متولی نظام جامع تامین اجتماعی در تصمیمات اقتصادی خصوصا در مذاکرات مربوط به تعیین حداقل دستمزدها مشارکت و در شورای اقتصاد، شورای عالی اشتغال، شورای عالی کار، شورای پول و اعتبار، شورای عالی بیمه خدمات درمانی، شورای عالی سلامت و شورای عالی خانواده با حق رای شرکت خواهد کرد.

ماده ۹- اصول و سیاستهای اجرایی نظام جامع تامین اجتماعی به شرح زیر می باشد:

الف - سیاست جامعیت: جامعیت به معنای ارائه کلیه خدمات متنوع و مصرح در این قانون است.

ب - سیاست کفایت: که براساس آن در مرحله اول حداقل نیازهای اساسی آحاد جامعه تامین و در مرحله دوم کمیت و کیفیت خدمات ارتقاء می یابد.

ج - سیاست فراگیری: که براساس آن خدمات نظام تامین اجتماعی باید برای کلیه آحاد ملت تامین و تضمین شود.

د - سیاست پیشگیری: اعمال این سیاست شامل هر سه حوزه بیمه ای، حمایتی و امدادی می باشد و مطابق آن بر ضرورت هماهنگی با سایر دستگاههای موثر تاکید می شود به نحوی که تلاش برای پیشگیری از ظهور یا گسترش انحرافات و مشکلات اجتماعی به عنوان یک سیاست هماهنگی فرابخشی مبنای عمل قرار گیرد.

هـ- سیاست توانمندسازی: سیاست توانمندسازی به معنای کاهش روشهای مبتنی بر تامین مستقیم نیاز و متقابلاً افزایش توانائی های فردی و جمعی به منظور تامین نیازها توسط خود افراد وابسته می باشد.

و - سیاست کارگستری: سیاست کارگستری، سازوکاری غیرحمایتی است و با ایجاد زمینه های اشتغال فرد، امکان تامین نیاز توسط خود او فراهم می شود و به معنای ارائه خدمات رفاهی به شرط انجام تعهدات معین است.

ز - سیاست نیازمندیابی فعال: رسیدگی به حقوق افراد با استفاده از سیستم جامع آماری و اطلاعاتی و تاکید بر کرامت انسانی و نفی روشهای تحقیرآمیز.

ح - حقوق افراد عضو و تحت پوشش در قبال تعهدات قانونی سازمانها، موسسات و صندوقهای بیمه ای این نظام تحت ضمانت دولت خواهد بود و دولت مکلف است تمهیدات مالی، اعتباری و ساختاری لازم در این زمینه را اتخاذ نماید.

ط - ارائه تعهدات بیمه ای صندوقها در قبال افراد عضو و تحت پوشش براساس قاعده عدالت و به تناسب میزان مشارکت (سنوات و میزان پرداخت حق بیمه) و با تنظیم ورودیها و خروجیها طبق محاسبات بیمه ای صورت می پذیرد.

ی - سازمانها، موسسات و صندوقهای بیمه ای نظام تامین اجتماعی ماهیت تعهدی داشته و حق بیمه شدگان نسبت به صندوقها، منحصر به دریافت تعهدات قانونی است.

تبصره - باتوجه به محدودیت منابع دولت در هر سه سیاست (کفایت، جامعیت و فراگیری)، دولت موظف است سیاستهای مرحله ای خود را درضمن برنامه های توسعه کشور منظور نماید.

### اصول و سیاستهای یارانه ای

ماده ۱۰- اتخاذ سیاستهای یارانه ای در چارچوب قانون و براساس سیاستهای کلی نظام به منظور هدفمند کردن یارانه ها، با استفاده از نظامهای اطلاعاتی جامع و منسجم کشور مانند طرح کد ملی و یا نظام مالیاتی کشور صورت می گیرد به نحوی که به تدریج یارانه اعطائی به خانواده های پردرآمد کاهش یافته و یا حذف گردد و میزان یارانه اعطائی به خانواده های کم درآمد افزایش یابد. منابع حاصل از حذف یا کاهش یارانه خانواده های پردرآمد برای تامین منابع موردنیاز نظام جامع تامین اجتماعی منظور خواهد شد.

### فصل سوم - تشکیلات

ماده ۱۱- در راستای تحقق نظام جامع تامین اجتماعی و جهت اجرای این قانون، وزارت رفاه و تامین اجتماعی تشکیل می گردد.

تبصره ۱- هرگونه استفاده از منابع نظام تامین اجتماعی اعم از منابع عمومی و یارانه ها در حوزه های بیمه ای، حمایتی و امدادی برای دستگاههای اجرایی دولتی، عمومی، صندوقها و نهادهای غیردولتی، خارج از قلمرو این نظام تحت هر عنوان و برای هر منظور ممنوع است و استفاده از این منابع مستلزم پذیرش نظارت و راهبری کلان وزارت رفاه و تامین اجتماعی است.

تبصره ۲- خط مشی های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه های امور بهداشتی، درمانی، سطح بندی خدمات درمانی و سامانه ارجاع برای وزارت رفاه و تامین اجتماعی و قلمروهای آن لازم الاجراء می باشد.

تبصره ۳- دولت مکلف است تا پایان برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران جهت ادغام دو وزارتخانه موجود اقدامات قانونی را معمول دارد.

ماده ۱۲- ارکان چهارگانه نظام جامع تامین اجتماعی به ترتیب ذیل خواهد بود:

۱- شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی.

۲- وزارت رفاه و تامین اجتماعی.

۳- نهادها، سازمانها، موسسات و صندوقهای اصلی هریک از قلمروهای «بیمه های اجتماعی»، «بیمه های خدمات درمانی»، «امور حمایتی» و «امور امدادی» که وظیفه مدیریت و ساماندهی منابع این نظام اعم از منابع عمومی و یارانه های تخصیصی از سوی وزارتخانه و نیز منابع حاصل از مشارکت شرکای اجتماعی خود را داشته و یا تصدی وظایف اجرایی در قلمروهای مختلف بیمه های اجتماعی، بیمه های خدمات درمانی، امور حمایتی و امور امدادی را به نمایندگی از سوی دولت برعهده دارند.

۴- موسسات کارگزاری: شامل شرکتهای بیمه تجاری، شهرداریها، دهرداریها و سایر ظرفیتهای ساختاری در قالب بانک، صندوق، شرکت و بنگاههای خدماتی و نهادهای خیریه و مدنی است که در سطح کارگزار اجرایی نظام جامع تامین اجتماعی در قالب قراردادهای و تفاهم نامه های منعقد شده فعالیت خواهند داشت.

تبصره ۱- نهادها، سازمانها، موسسات و صندوقهای اصلی فعال در قلمروهای بیمه ای، حمایتی و امدادی این نظام مکلفند امور اجرایی و تصدی گری خود در زمینه تولید و ارائه خدمات و تعهدات قانونی مربوط را به موجب قراردادهایی که ضوابط آن با پیشنهاد وزارت و تصویب شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی تعیین خواهد شد به موسسات کارگزاری محول نمایند.

تبصره ۲- باتوجه به ماهیت امور بیمه ای کلیه عناوین تشکیلاتی و سازمانی نهادهای فعال در قلمروهای بیمه اجتماعی و درمانی به «صندوق» تغییر نام خواهند یافت.

تبصره ۳- کلیه دستگاههایی که خانواده معظم شهدا، اسرا، مفقودین، جانبازان و ایثارگران انقلاب اسلامی و جنگ تحمیلی را تحت پوشش قرار داده اند براساس نامه مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۱۸ مقام معظم رهبری به ریاست جمهوری در یک نهاد ادغام می گردد و در صورت تایید مقام رهبری، کلیه اموال و دارائی ها، مالکیت ها و امکانات بنیادشهید، ستاد رسیدگی به امور آزادگان و پنجاه درصد (۵۰٪) اموال، دارائی ها، مالکیت ها و امکانات بنیاد مستضعفان و جانبازان به این نهاد انتقال می یابد و منابع ناشی از دارائی ها و مالکیت های فوق صرفا جهت رسیدگی به امور شهدا و ایثارگران در چارچوب نظام تامین اجتماعی هزینه خواهد شد.

ماده ۱۳- شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی: به منظور هماهنگی سیاستهای اجتماعی در حوزه های اشتغال، آموزش و پرورش، تربیت بدنی، مسکن، بهداشت و درمان و سایر بخشهای مرتبط با حوزه تامین اجتماعی شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی به ریاست رئیس جمهور و دبیری وزیر رفاه و تامین اجتماعی تشکیل می گردد. دبیرخانه شورا در وزارت رفاه و تامین اجتماعی مستقر می باشد و تصمیمات شورای عالی باتصویب وزرای عضو شورای مزبور و تایید رئیس جمهور، مناط اعتبار خواهد بود.

ماده ۱۵- وظایف شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی به شرح زیر می باشد:

الف - هماهنگی سیاستهای اجتماعی.

ب - تعامل با شورای اقتصاد و سایر شوراهای فرابخشی برای حل مسائل اجتماعی.

ج - بررسی، اصلاح و تایید سیاستهای رفاه و تامین اجتماعی و پیشنهاد آن به هیات وزیران با رعایت سیاستهای کلی

نظام.

د - بررسی، اصلاح و تایید بودجه سالانه رفاه و تامین اجتماعی در قالب سیاستهای عمومی و بودجه ای کشور و پیشنهاد آن به هیات وزیران.

ه - پیشنهاد ضوابط کلی نحوه مدیریت وجوه، ذخائر و سرمایه گذاریهای دستگاههای اجرایی، دولتی و عمومی، سازمانها، موسسات و صندوقهای فعال در قلمروهای مختلف نظام تامین اجتماعی با تصویب هیات وزیران.

تبصره - آئین نامه مربوط به نحوه تشکیل و اداره جلسات، حدنصاب تصمیمات و سایر امور مربوط به شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی توسط وزارت رفاه و تامین اجتماعی تهیه و به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۶- به منظور نیل به اهداف و اجرای وظایف مصرح در فصل اول و تحقق اصول و سیاستهای مصرح در فصل دوم این قانون، اختیارات و مسوولیتهای وزارت رفاه و تامین اجتماعی به شرح ذیل تعیین می گردد:

الف - زمینه سازی برای تحقق اصول فراگیری، جامعیت و کفایت نظام و بسط پوشش های بیمه ای، حمایتی و امدادی کشور (درچارچوب طرح جامع امداد و نجات کشور).

ب - ایجاد هماهنگی و تعامل برنامه های نظام جامع تامین اجتماعی با برنامه های جامع قلمروهای اشتغال، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش، مسکن و سایر بخشهای مرتبط.

ج - تدوین سیاستها، راهبردها و معیارهای جامعیت و کفایت روزآمد نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی در چارچوب قانون و سیاستهای کلی نظام جهت تایید شورای عالی و تصویب هیات وزیران.

د - ایجاد هماهنگی در برنامه های اجرایی قلمروهای سه گانه نظام جامع تامین اجتماعی.

ه - تهیه و تدوین پیش نویس لوایح و آئین نامه ها و دستورالعمل های موردنیاز برای تحقق اهداف و اصول سیاستهای نظام جامع تامین اجتماعی و پیشنهاد آن به مراجع ذیربط برای تایید و تصویب.

و - تنظیم کلان بودجه عمومی دولت در قلمروهای بیمه های اجتماعی، بیمه های خدمات درمانی، امور حمایتی و امدادی کشور و پیشنهاد آن به شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی.

ز - مدیریت منابع و مصارف و تنظیم بودجه تلفیقی نظام جامع تامین اجتماعی به منظور متعادل سازی اعتبارات و تخصیص بهینه منابع به مصارف در قلمروهای مختلف نظام تامین اجتماعی.

ح - سازماندهی نظام نظارت و ارزشیابی کارکردهای نظام جامع تامین اجتماعی و تنظیم و ارائه گزارشهای مربوطه به شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی.

ط - ساماندهی و مدیریت اجرایی نظام هدفمند یارانه های اجتماعی و جهت دهی آن به سوی افراد و خانواده های نیازمند با رویکرد خوداتکائی و اشتغال در چارچوب قانون و سیاستهای کلی نظام.

ی - طراحی و تنظیم کارکردهای نظام به گونه ای که حتی الامکان برخورداری از مزایای تامین اجتماعی و حمایت از کلیه افراد به ویژه افراد نیازمند از طریق شبکه های بیمه ای صورت پذیرد.

ک - بررسی و ارزیابی مستمر به منظور اطمینان از ثبات وضعیت مالی (منابع و مصارف) قلمروهای کارکردی نظام تامین اجتماعی برای اجرای تعهدات جاری و آتی و ارائه گزارشهای لازم به مراجع ذی ربط.

ل - ایجاد زمینه گسترش حضور و مشارکت بیشتر نهادهای خیریه، وقف و مدنی در حوزه های حمایتی و امدادی نظام جامع تامین اجتماعی.

م - تشکیل پایگاه اطلاعاتی نظام جامع تامین اجتماعی به منظور جمع آوری و پردازش اطلاعات مربوط و تعیین شاخصهای ذی ربط در حوزه های بیمه ای، حمایتی و امدادی.



ن - انجام پژوهشهای کاربردی.

تبصره - سازماندهی شوراهای تخصصی و راهبردی لازم در هر سه قلمرو نظام جامع تامین اجتماعی به موجب آئین نامه ای خواهد بود که به تصویب هیات وزیران می رسد.

ماده ۱۷- وزارت رفاه و تامین اجتماعی مکلف است حداکثر ظرف مدت یک سال از تاریخ تصویب این قانون نسبت به بررسی و اصلاح اساسنامه های کلیه دستگاههای اجرایی، صندوقها و نهادهای دولتی و عمومی فعال در قلمروهای بیمه ای، حمایتی و امدادی (در چارچوب طرح جامع امداد و نجات کشور) نظام و سایر دستگاههایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است، اقدام و مراتب را پس از تایید شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی به تصویب هیات وزیران برساند، استفاده از اعتبارات عمومی برای دستگاهها، صندوقها و نهادهای مصوب جدید مجاز خواهد بود. اصلاح آن بخش از اساسنامه ها که مربوط به ارکان نهادهای فوق الذکر می باشد، باید به ترتیبی صورت پذیرد که ترکیب کلی ارکان آنها به صورت زیر باشد:

الف - شورا یا مجمع و یا هیات امناء با شرایط زیر:

۱- نصف به علاوه یک اعضاء با پیشنهاد وزیر رفاه و تامین اجتماعی و تایید شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی و تصویب هیات وزیران انتخاب خواهند شد.

۲- مابقی اعضاء به تناسب تعداد افراد تحت پوشش توسط «خدمت گیرندگان متشکل و سازمان یافته» آنها بر اساس آئین نامه ای که به تصویب هیات وزیران می رسد، تعیین خواهند شد و در صورت عدم وجود تشکل های رسمی موصوف و تا زمان شکل گیری آنها، اعضاء مزبور به پیشنهاد وزیر رفاه و تامین اجتماعی و تایید شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی و تصویب هیات وزیران انتخاب خواهند شد.

تبصره - در مواردی که برای کارکنان یک یا چند دستگاه اجرائی منفردا یا مجتمعا صندوق خاص بیمه ای لازم باشد، دونفر از طرف بالاترین مقام یا مقامات آن دستگاه یا دستگاهها به عنوان ناظر در جلسات شورا یا مجمع یا هیات امناء شرکت خواهند کرد.

ب - هیات مدیره: مرکب از پنج یا هفت نفر دارای تخصص و تجارب مختلف موردنیاز می باشد که از سوی شورا یا مجمع و یا هیات امناء مربوطه برای مدت چهارسال به صورت موظف (بدون پذیرش مسوولیت اجرایی) انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد آنها بلامانع بوده و از میان خود یک نفر را به عنوان رئیس هیات مدیره تعیین خواهند نمود.

ج - مدیرعامل: فردی خارج از مجمع و هیات مدیره که به پیشنهاد هیات مدیره و تصویب شورا یا مجمع یا هیات امناء مربوطه برای مدت چهارسال انتخاب خواهد شد و انتخاب مجدد وی بلامانع می باشد.

د - هیات نظارت: مرکب از سه نفر دارای تخصصها و تجارب مختلف موردنیاز می باشد که از سوی شورا یا مجمع و یا هیات امناء مربوطه برای مدت چهارسال انتخاب خواهند شد و انتخاب مجدد آنها بلامانع می باشد. (وظایف بازرس قانونی به عهده سازمان حسابرسی بوده که گزارش خود را به هیات نظارت جهت بررسی و اظهارنظر ارائه خواهد نمود).

تبصره ۱- شرط عضویت در کلیه سطوح ارکان فوق، داشتن حداقل مدرک کارشناسی ارشد با پنج سال سابقه کار تخصصی در رشته های مدیریت، حسابداری، بیمه، مالی، اقتصاد، انفورماتیک و گروه پزشکی خواهد بود و انتصاب افراد مزبور پس از تایید احراز شرایط سمت از سوی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور نافذ می باشد.

تبصره ۲ - کلیه مسوولیتها و اختیارات مربوط به دستگاههای اجرایی دولتی و عمومی، صندوقها و نهادهای فعال در حوزه های بیمه ای، حمایتی و امدادی نظام، از وزراء مربوطه یا بالاترین مقام مسوول آنها سلب و به وزیر رفاه و تامین اجتماعی تفویض می گردد. این امر شامل عضویت و یا ریاست شوراها، مجامع و هیاتهای امناء نهادهای موصوف و کمیسیونهای فرعی و اصلی دولت، شوراها، عالی فرابخشی و مجامع بین المللی مرتبط نیز می باشد.

ماده ۱۸- اعمال این قانون در ارتباط با کمیته امداد امام خمینی(ره) و همچنین امور مرتبط با نیروهای مسلح منوط به اذن مقام رهبری می باشد.

ماده ۱۹- از تاریخ تصویب این قانون، آن قسمت از قوانین امور بیمه های اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، امور حمایتی و امدادی که مغایر با این قانون می باشد، ملغی الاثر می گردد.

### قوانین سازمان نظام پزشکی

- فصل اول: تعاریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه ای

- قسمت اول: تعاریف

- ماده ۱- حرفه های وابسته به امور پزشکی موضوع ماده ۲۴ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که از این پس قانون نامیده میشود عبارتند از: فارغ التحصیلان کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد شاغل در رشته های علوم آزمایشگاهی، تکنولوژی پزشکی، رادیولوژی، بیورادیولوژی، رادیوتراپی، مامایی، اتاق عمل، هوشبری، دارو سازی، تغذیه، مبارزه با بیماریها، بهداشت خانواده، بهداشت کار دهان و دندان، فارغ التحصیلان دانشکده بهداشت، رشته های مختلف توانبخشی، فیزیوتراپی، اودیومتری، اپتومتری، مدارک پزشکی، رشته های مربوط به تجهیزات پزشکی، مهندسی پزشکی، بیوفیزیک، بیوشیمی پزشکی، خدمات اجتماعی و مددکاری و علوم پایه پزشکی.

- تبصره- شاغلان پزشکی و حرفه های وابسته موضوع این ماده افرادی هستند که در یکی از مراکز درمانی و پزشکی - اعم از خصوصی، دولتی، وابسته به دولت یا خیریه - اشتغال دارند و از این پس به اختصار شاغلان حرفه های پزشکی نامیده میشوند.

#### - قسمت دوم: شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه ای

- ماده ۲- شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی- سیاسی بیماران حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه ای خود به کار ببرند.

- ماده ۳- شاغلان حرفه های پزشکی باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی، صنفی و حرفه ای انجام وظیفه کرده و از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی میشود خودداری کنند.

- ماده ۴- شاغلان حرفه های پزشکی موظفند اسرار بیمار و نوع بیماری او را - مگر در موارد تصریح شده در قوانین- حفظ کنند .

- ماده ۵- پزشکان و دندانپزشکان و متخصصان و دکترهای حرفه ای علوم آزمایشگاهی موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بنا به تشخیص سازمان نظام پزشکی حسب مورد معاینه دقیق و انجام آزمایشهای آنها در یک زمان مناسب میسر باشد.

- ماده ۶- انجام امور خلاف شوون پزشکی توسط شاغلان حرفه های پزشکی ممنوع است.

- ماده ۷- تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران ممنوع است.

- ماده ۸- ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری ممنوع است و پزشک میتواند به نحو مقتضی بستگان بیمار را در جریان خطرات و وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار دهد.

- ماده ۹- تجویز داروهای روان گردان و مخدر به گونه ای که به حالت اعتیاد درآید ممنوع است مگر در مواردی که بیمار از دردهای شدید ناشی از بیماریهای غیر قابل علاج رنج ببرد یا ضرورت پزشکی مصرف آنها را ایجاب کند.

- ماده ۱۰- شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند تعرفه های خدمات درمانی مصوب را رعایت کنند.

- ماده ۱۱- شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماریهای واگیر یا در هنگام بروز سوانح ازسوی وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی یا مراجع تعیین شده از طرف وزارت یاد شده از آنان استمداد می شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند.

- ماده ۱۲- جذب بیمار از موسسات بهداشتی و درمانی دولتی ، وابسته به دولت و خیریه مطب شخصی یا بیمارستان ، پلی کلینیک، داروخانه و یا پاراکلینیک خصوصی به منظور استفاده مادی ممنوع است.
- ماده ۱۳- شاغلان حرفه های پزشکی حق دریافت هیچگونه وجه مالی را از بیماران علاوه بر وجوهی که توسط مسئولان موسسه درمانی ذی ربط دریافت میشود ندارد.
- ماده ۱۴- جذب بیمار بصورتی که مخالف شئون حرفه پزشکی باشد ، همچنین هر نوع تبلیغ گمراه کننده از طریق رسانه های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابر، خارج از ضوابط نظام پزشکی ممنوع است. تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی از سوی شاغلان حرفه های پزشکی، همچنین نصب اعلانات تبلیغی که جنبه تجاری دارند ، در محل کار آنها مجاز نیست.
- ماده ۱۵- انتشار مقالات و گزارش های پزشکی و تشریح مطالب فنی و حرفه ای که جنبه تبلیغاتی گمراه کننده داشته باشند از طریق وسایل تبلیغاتی ممنوع است.
- ماده ۱۶- شاغلان حرفه های پزشکی نباید از عناوین علمی و تخصصی که به تأیید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی نرسیده است استفاده کنند.
- ماده ۱۷- شاغلان حرفه های پزشکی حق دریافت و پرداخت هرگونه وجهی به هر عنوان بابت اعزام و معرفی بیماران به مطب و موسسات پزشکی ندارند.
- ماده ۱۸- پزشک نباید داروهایی را که از طرف وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در فارماکوپه (مجموعه دارویی کشور) اعلام نشده است تجویز کند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همه ساله فهرست داروهای مندرج در فارماکوپه (مجموعه دارویی کشور) را اعلام می کند.
- ماده ۱۹- پزشک معالج مسئول ادامه درمان بیمار خود است مگر اینکه بیمار یا بستگان او مایل نباشند.
- ماده ۲۰- در مواردی که مشاوره پزشکی لازم باشد انتخاب پزشک مشاور با توافق بیمار و بستگان او و پزشک معالج به عمل می آید.
- ماده ۲۱- تجویز داروهای زائد بر نیاز بیمار یا غیر متجانس و خارج از ضوابط علمی و فنی ممنوع است.
- ماده ۲۲- فروش دارو و ابزار پزشکی توسط پزشکان مگر با مجوز رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.

- ماده ۲۳- مشخصات و طرز استعمال داروهای تجویز شده به بیمار باید توسط پزشک یا خط خوانا یا انشای قابل فهم در نسخه قید شود.
- تبصره ۱- صدور نسخه های همسان و متحدالشکل ممنوع است.
- تبصره ۲- دکتر داروساز موظف به توضیح چگونگی تجویز داروها طبق نسخه پزشک است.
- ماده ۲۴- نظارت بر امور فنی موسسات پزشکی در تمام ساعت ها بر عهده مسوولان فنی آنهاست.
- ماده ۲۵- اندازه و سایر مشخصات سر نسخه ها، تابلو ها، و چگونگی درج آگهی در رسانه ها باید طبق نمونه ای باشد که به تصویب شورای عالی نظام پزشکی می رسد.
- ماده ۲۶- به کارگیری و استفاده از افراد غیر مجاز در امور پزشکی و حرفه های وابسته در موسسات پزشکی ممنوع است.
- ماده ۲۷- شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند تاسیس و تغییر نشانی مطب و موسسات پزشکی خود را به سازمان نظام پزشکی محل اطلاع دهند.
- ماده ۵۸- شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند در موارد فوریت های پزشکی اقدامات مناسب لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند.
- ماده ۲۹- مسوولان فنی موسسات پزشکی-اعم از دولتی، وابسته به دولت، خصوص و خیریه-مکلفند علاوه بر قوانین و مقررات موجود در آیین نامه های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مقررات فنی مصوب سازمان نظام پزشکی، همچنین ضوابط علمی و حرفه ای ذی ربط را رعایت کنند.
- **فصل دوم: مجازاتهای انتظامی**
- ماده ۳۰- مجازات های انتظامی به شرح زیر تعیین می شود :
- الف: تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیأت مدیره نظام پزشکی محل.
- ب: اخطار و توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل.
- ج: توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل.
- د: محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یکسال در محل ارتکاب تخلف.
- ه: محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یکسال در تمام کشور.

- و: محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از بیش از یکسال تا پنج سال در تمام کشور.
- ز: محرومیت دائم از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته در تمام کشور.
- تبصره- هیاتهای بدوی و عالی انتظامی مجاز هستند به جای اجرای حکم محکومیت در بند های "الف"، "ب" و "ج" این ماده حسب در خواست محکوم علیه مجازات نقدی از حداقل پانصد هزار ریال تا حداکثر دومیلیون و پانصد هزار ریال متناسب با نوع تخلف از وی دریافت و به حساب سازمان نظام پزشکی محل اشتغال به حرفه پزشکی واریز کنند.
- ماده ۳۱- مجازات های موضوع ماده ۳۰ این آیین نامه به شرح زیر اعمال می شود:
- الف: متخلفان از مواد ۲، ۴، ۵، ۸، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۵ و ۲۷ این آیین نامه حسب مورد به مجازاتهای مقرر در بند های "الف" یا "ب" یا "ج".
- تبصره- متخلفان از مواد ۴، ۸، ۲۵ در صورت تکرار موارد به مجازات مقرر در بند "د".
- ب: متخلفان ۹، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۴ حسب مورد به مجازات های مقرر در بند های "ب" یا "ج" یا "د".
- ج: متخلفان از مواد ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۲۶ حسب مورد به مجازات های مقرر در بند های "ج" یا "د" یا "ه".
- د: متخلفان از ماده ۲۹ حسب مورد به مجازات های مقرر در بند های "ج" یا "د" یا "ه" یا "و".
- ه: متخلفان از ماده ۳ حسب مورد به مجازات های مقرر در بند های "ج" یا "د" یا "ه" یا "و" یا "ز".
- و: متخلفان از ماده ۲۸ به مجازات های مقرر در بند های "د" یا "ه" یا "و".
- ماده ۳۲- مفاد آرای قطعی هیأت های انتظامی نظام پزشکی در مورد بند های "د"، "ه"، "و" ماده ۳۰ در مطبوعات محلی و کثیرالانتشار کشور درج شود.
- ماده ۳۳- در مواردی که رای قطعی به محرومیت از اشتغال به امور پزشکی و حرفه های وابسته صادر می شود اشتغال محکوم علیه به حرفه های یاد شده در مدت محرومیت در بخش های خصوصی، عمومی، دولتی و خیریه ممنوع است.
- تبصره- محرومیت از اشتغال به حرفه پزشکی، دندان پزشکی، داروسازی و علوم آزمایشگاهی کارکنان نیرو های مسلح جمهوری اسلامی ایران محدود به حرفه های مربوط و خارج از خدمات سازمانی آنان است و ادامه اشتغال به کار آنان در موسسات وابسته به نیروهای مسلح منوط به اختیارات و مقررات نیروهای یاد شده است.
- فصل سوم: رسیدگی به تخلفات
- قسمت اول: مرجع رسیدگی و چگونگی شروع به امر رسیدگی

- ماده ۳۴- مرجع رسیدگی به تخلفات انتظامی شاغلان حرفه های پزشکی در هر شهرستان هیأت بدوی انتظامی نظام پزشکی آن شهرستان است.
- ماده ۳۵- هیأت بدوی انتظامی نظام پزشکی در موارد زیر مکلف به شروع امر رسیدگی است:
  - الف: وصول شکایت از طرف شاکی خصوصی اعم از شخص حقیقی یا حقوقی.
  - ب: اعلام تخلف از طریق مراجع قضایی یا موسسات و سازمان های دولتی.
  - ج: اعلام تخلف از طرف شورای عالی یا هیأت عالی انتظامی و رییس یا هیأت مدیره نظام پزشکی شهرستان مربوطه.
- تبصره-مراجع یاد شده در بند های بالا حداکثر ظرف یکسال از وقوع تخلف می توانند به هیأت های بدوی اعلام شکایت کنند.
- ماده ۳۶- شکایتها باید با امضا و شامل نام و مشخصات و نشانی کامل شاکی و مشتکی عنه باشد و به شکایات بدون امضا یا با امضای مستعار ترتیب اثر داده نمی شود.
- ماده ۳۷- شکایت و اعلام تخلف از طریق دبیرخانه نظام پزشکی هر شهرستان به هیأت بدوی انتظامی مربوط ارسال می شود.
- ماده ۳۸- رئیس هیأت بدوی انتظامی باید رسیدگی مقدماتی را به یکی از اعضای هیأت به عنوان محقق ارجاع کند. عضو محقق موظف است حداکثر ظرف یک ماه هر نوع تحقیق را انجام دهد و گزارش آن را به هیأت ارائه کند. دبیرخانه نظام پزشکی شهرستان موظف است رونوشت شکواییه یا اعلام تخلف و ضمایم را برای مشتکی عنه ارسال کند تا مشتکی عنه ظرف ده روز از تاریخ ابلاغ، پاسخ کتبی خود را به ضمیمه دلایل و مدارک مورد استناد به دبیرخانه نظام پزشکی شهرستان تسلیم کند.
- ماده ۳۹- در صورتی که عضو محقق عقیده بر منع تعقیب داشته باشد نظریه کتبی خود را به هیأت بدوی انتظامی اعلام میکند تا در صورت موافقت هیأت مزبور پرونده غیر قابل رسیدگی اعلام و بایگانی شود. ولی چنانچه نظر هیأت بر تعقیب و رسیدگی باشد به ترتیب مقرر در ماده ۳۸ عمل می شود.
- تبصره-در موارد بالا چنانچه هیأت بدوی پرونده را غیر قابل رسیدگی اعلام و مختومه نماید شاکی می تواند به هیأت عالی انتظامی شکایت کند.
- ماده ۴۰- دبیرخانه پس از وصول پاسخ یا در صورتی که در مهلت مقرر پاسخی نرسد پرونده را به هیأت بدوی ارسال می کند تا در صورت آماده بودن پرونده هیأت رای مقتضی صادر کند. چنانچه ارایه توضیحی از طرفها یا استماع شهادت

شهود و مطلعان لازم باشد هیأت باید وقت رسیدگی را معین و شخص یا اشخاصی را که توضیح آنان لازم است دعوت کند.

- تبصره ۱- عدم حضور دعوت شدگان مانع رسیدگی نیست.

- تبصره ۲- هأت میتواند در صورت لزوم نظر کارشناس یا کمیسیون تخصصی در موضوع را استعلام کند.

- ماده ۴۱- رای هیأت بدوی باید موجه و مدلل و مستند به مقررات قانونی باشد و با رای اکثریت (حداقل ۴ نفر) معتبر است.

- ماده ۴۲- رای هیأت بدوی توسط رییس هیأت بدوی انتظامی نظام پزشکی محل باید به طرفها ابلاغ شود و رونوشت رای صادر شده برای رییس نظام پزشکی محل و هیأت عالی انتظامی ارسال شود.

- ماده ۴۳- اعضای اصلی یا علی البدل هیأت‌های بدوی یا تجدید نظر در موارد زیر در رسیدگی و صدور رای شرکت نمیکنند:

- الف: عضو هیأت با متهم قرابت سببی یا نسبی تا درجه دوم از طبقه سوم داشته باشد.

- ب: عضو هیأت با متهم دعوای حقوقی یا جزایی داشته یا در دعوای طرح شده ذی نفع باشد.

- ج: عضو هیأت، متخلف یا مدعی تخلف باشد.

- ماده ۴۴- موسسات درمانی و بهداشتی و سایر مراجع مربوط- اعم از دولتی، وابسته به دولت، خصوصی و خیریه- مکلفند اصل اوراق پرونده پزشکی بیمار یا فتوکپی ممهور به مهر موسسه درمانی و بهداشتی را که به امضای رییس آن واحد رسیده است در صورت مطالبه هیأت‌های بدوی و عالی انتظامی ظرف ده روز پس از ابلاغ درخواست در اختیار هیأت‌های یاد شده قرار دهند، در غیر این صورت طبق مقررات با آنان برخورد می شود.

- تبصره- چنانچه در پرونده پزشکی بیمار اسناد طبقه بندی شده وجود داشته باشد و رسیدگی به اتهام منوط به اطلاع هیأت ها از آنها باشد، دسترسی به این قبیل اسناد با رعایت مقررات مربوط امکان پذیر است.

- ماده ۴۵- تصمیمات گرفته شده در مراجع قضایی در هر حال مانع رسیدگی انتظامی نیست.

- ماده ۴۶- هر گاه هیأت‌های بدوی یا انتظامی در جریان رسیدگی به مواردی که جنبه جزایی داشته باشند برخورد نمایند مکلفند موضوع را به مراجع قضایی اعلام کنند، ولی این امر مانع رسیدگی انتظامی نیست



## - قسمت دوم: تجدید نظر خواهی

- ماده ۴۷- تجدید نظر خواهی از آرای صادر شده، حداکثر ظرف ده روز از تاریخ ابلاغ رای امکان پذیر است. تجدید نظر خواه باید در مدت یادشده اعتراض خود را بصورت کتبی به دبیرخانه هیأت بدوی انتظامی صادر کننده رای یا دبیرخانه هیأت عالی انتظامی تسلیم و رسید دریافت کند.
- ماده ۴۸- تجدید نظر خواهی مانع اجرای رای بدوی می شود و در صورت عذر دریافت درخواست تجدیدنظر در مهلت مقرر، رای صادر شده قطعی و از تاریخ انقضای مهلت تعیین شده لازم الاجراست.
- ماده ۴۹- هیأت بدوی مکلف است در صورت تسلیم اعتراضیه ظرف یک هفته لایحه اعتراضی و پرونده مربوط را به هیأت عالی انتظامی ارسال کند.
- ماده ۵۰- هر گاه پرونده گرفته شده از هیأت بدوی آماده صدور رای باشد، هیأت عالی انتظامی رای مقتضی را صادر می کند و در صورتی که هیأت انجام تحقیق یا اخذ توضیحی را لازم بداند نسبت به ادامه رسیدگی اقدام و در صورت لزوم با تعیین وقت از طرفها دعوت می کند.
- ماده ۵۱- رای هیأت عالی انتظامی قطعی و لازم الاجراست و با امضای رییس هیأت عالی انتظامی ابلاغ می شو

## حقوق بیمار

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به عنوان عالی ترین سند ملی در بند دوم از اصل سوم خود، حق بر آگاهی عمومی را مورد تاکید قرار داده است. به موجب این بند بالا بردن سطح آگاهی های عمومی با استفاده صحیح از مطبوعات و رسانه های گروهی و وسایل دیگر جزو وظایف دولت جمهوری اسلامی ایران قلمداد گردیده است. بصورت اختصاصی تر و براساس اصل بیست و نهم همین قانون، برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی-سرپرستی، درراه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی را به صورت بیمه و غیره حقی همگانی اعلام و دولت را موظف نموده است تا مطابق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تامین نماید.

همچنین در قوانین عادی و مقررات متعدد دیگری نظیر قانون تامین اجتماعی، قانون بیمه خدمات درمانی و قوانین برنامه سوم، چهارم و پنجم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بر اهمیت و نقش و تاثیر سلامت جسمانی و روانی افراد جامعه تاکید و به موجب سازوکارهای اجرائی، مورد تضمین قرار گرفته است.

تلاش برای رعایت حقوق بیمار در ایران، اولین بار طی منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۰ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید که شامل ۱۰ بند بود. این منشور دارای کاستی‌ها و نواقصی بود که نیاز به بررسی مجدد رفع نواقص موجود بود که این امر با ابلاغ منشور جدید در آبان ماه سال ۱۳۸۸ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور میسر گردید این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت در ۵ مورد مهم و اساسی تنظیم شده است.

### محور اول دریافت مطلوب خدمات سلامت:

ارائه خدمات سلامت باید متناسب با شان و بر پایه صداقت و انصاف و ادب و فارغ از هر گونه تبعیض قومی و فرهنگی باشد دست‌یابی به خدمات سلامت باید به صورت برابر در اختیار همگان قرار گیرد به موجب بند ۲ از ماده ۲ و ۳ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی، هر گونه تبعیض در دسترسی به مراقبت‌های سلامت و عوامل اساسی سلامتی و نیز ابزار و استحقاق‌های تحصیل آنها به دلایل نژاد، رنگ، جنس، زبان، دین، عقیده سیاسی یا غیر سیاسی، خاستگاه ملی یا اجتماعی، مالکیت، تولد، ناتوانی جسمی یا روانی، وضعیت سلامتی، گرایش‌های جنسی، و وضعیت مدنی، سیاسی، اجتماعی، یا غیره را که هدف یا تاثیر آن از میان بردن یا لطمه زدن به بهرمندی یا اعمال برابر حق بر سلامت است ممنوع می‌سازد. به موجب تاکید کمیته سوم مجمع عمومی سازمان ملل در تدوین و تفسیر ماده ۱۲ میثاق بر اینکه بسیاری از اقدامات دولتها همانند اکثر راهبردها و برنامه‌های طراحی شده برای محو تبعیض، مرتبط با سلامتی می‌تواند با کمترین آثار مالی از طریق تصویب، اصلاح یا لغو قوانین پیگیری گردد. همچنین به موجب تاکید این کمیته، حتی در مواقع محدودیت‌های شدید منابع، اقتضای آسیب‌پذیر جامعه باید با اتخاذ برنامه‌های نسبتاً کم‌هزینه و هدفمند مورد حمایت قرار گیرند. ماده ۲ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی نیز آمده است: «شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند بدون توجه به ملیت

نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی و سیاسی و اقتصادی بیماران حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه‌ای خود به کار ببرند.

همچنین ارائه خدمات سلامت بایستی بر اساس دانش روز و مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد به طوری که کلیه امکانات رفاهی مراکز درمانی در جهت تسکین آلام بیمار و همراهان وی به کار گرفته شود علاوه بر این توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه نظیر کودکان و سالمندان، و وضعیت مالی بیمار گردد. موارد فوق در قوانین مختلفی از جمله

آیین نامه تاسیس سازمان نظام پزشکی مورد دقت قانون نگذار بوده و عدول از هریک از موارد مستوجب مجازات انتظامی برای پزشکان می باشد. هانگونه که ملاحظه می گردد محور اول منشور حقوق بیمار که اساسی ترین محور منشور حقوق بیمار می باشد دارای ۱۱ بند می باشد.

منشور حقوق بیمار بریتانیا که در آوریل ۱۹۹۲ رسمیت یافت، در بند اول خود مقرر می دارد: دریافت مراقبت بهداشتی و درمانی بر اساس نیازهای بالینی بدون توجه به توانایی پرداخت هزینه آن

و همچنین منشور حقوق بیمار ایالت نیویورک آمریکا در بند ۲ مقرر میدارد: بیمار حق دارد بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، جنس، ملیت، معلولیت جسمی و نوع بیمه تحت درمان قرار گیرد.

#### ، محور دوم در اختیار گذاشتن مطلوب اطلاعات مربوط به بیمار:

حق بر دانستن یک از حقوق بنیادین بشری است که از ارتباط و همبستگی عمیقی با کرامت ذاتی تمامی موجودات انسانی برخوردار می باشد در سال ۱۹۴۱ مجمع عمومی سازمان ملل متحد با تصویب قطعنامه ۵۹۱ تاکید نمود که آزادی کسب اطلاعات یکی از بنیادی ترین حقوق بشری و آزادیهای است که ملل متحد برای آن به وجود آمده است، به موجب این قطعنامه آزادی اطلاعات یک حق بشری بنیادین و معیار تمام آزادیها است که ملل از آنها یاد کرده و جهت تحقق آن به وجود آمده است .

از آنجائیکه بیمار دارای حقوقی می باشد که انتظار توجه به آن را دارد از جمله این حقوق بهره مندی و دسترسی به اطلاعات و مدارک پزشکی خود می باشد به اینصورت که او حق دارد در مورد نوع بیماری، روش های درمان بیماری و سیر بیماری، نام پزشک معالج، انجام آزمایشات بر روی بدن، و مبلغ صورتحساب خود آگاهی یابد و مراکز درمانی موظف هستند تا کلیه اطلاعات مربوط به بیمار را در زمان پذیرش و بستری بیمار جهت آگاهی و اطلاع رسانی و ارائه آن به بیمار پس از ترخیص اقدام نمایند آنچه در این میان از اهمیت به سزایی برخوردار است نحوه ارائه اطلاعات فوق به بیمار می باشد بدین بیان که ارائه اطلاعات باید متناسب با وضعیت روحی بیمار به لحاظ استرس و اضطراب، ویژگیهای فردی از جمله میزات تحصیلات، زبان و توان درک موضوع باشد در مواقع ضروری که تاخیر در شروع درمان موجب آسیب به بیمار می شود مراکز درمانی موظفند بعد از اقدام ضروری اطلاعات را به بیمار ارائه نمایند.

موسسات بهداشتی باید دارای ضوابط روشنی پیرامون نحوه دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی و اداری بیمار باشند پزشک معالج معمولاً پس از مذاکره با بیمار و جلب نظر وی یا نماینده قانونی او در مورد در اختیار گذاشتن اطلاعات پرونده پزشکی

تصمیم می‌گیرد. پزشکی که بیماری را به یک مرکز درمانی ارجاع نموده است می‌تواند با موافقت بیمار به محتویات پرونده پزشکی بیمار خود دسترسی یابد پزشک مذکور باید بوسیله پزشک بیمارستان در حداقل زمان ممکن در جریان وضعیت سلامت بیمار خود قرار گیرد در ایران جنبه‌های قانونی مدارک پزشکی و دسترسی به محتویات آن در قالب بخشنامه مطرح شده است که بیشتر به مدت زمان نگهداری آن مربوط می‌شود مفاد این بخشنامه‌ها ضد و نقیض و نامشخص است که نیازمند اصلاح و بازنگری می‌باشد.

منشور حقوق بیمار ایالت نیویورک آمریکا در بند ۷ منشور بیان میدارد: که بیمار حق دارد به طور کامل از تشخیص و درمان و پیش‌آگهی بیماریش به طور مستقیم و قابل درک مطلع شود.

در منشور حقوق بیمار نیز در زمینه دسترسی به اطلاعات نیز ماده ۱ منشور که دارای ۴ بند می‌باشد در بند اول اظهار میدارد بیمار حق آگاهی در زمینه مراقبتهای بهداشتی و پیشگیری شامل آموزش تغذیه، کنترل مولید، استفاده از دارو و ریند ۲ نیز حق آگاهی در باره نظام بهداشتی و درمانی شامل حدود پوشش بیمه ای دولت، برنامه‌های تکمیلی و سیستم ارجاع به خدمات کمکی و تسهیلات اجتماعی را داراست. در بند ۳ نیز حق آگاهی درباره برنامه تشخیصی و درمانی خاص شتمل جراحی و درمان پیشنهادی، ساتیر روشها و عوارض جانبی کار هر کدام را بداند. در بند ۴ نیز بیمار حق آگاهی در باره هزینه خدمات را دارا می‌باشد.

#### **محور سوم: احترام به حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت:**

در این خصوص محدوده و شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری بایستی مورد توجه مراکز درمانی قرار گیرد. بر اساس عرف افراد برای یک دوره درمانی در بیماریهای مختلف پس از انتخاب پزشک و مراکز درمانی به تصمیم خود یا معرفی دیگران به پزشک مراجعه و پزشک با قبول انجام خدمات درمانی درحقیقت نوعی از قرارداد خصوصی با عنوان قرارداد درمانی میان این شخص منعقد می‌گردد که این قرارداد حق و تکالیفی با خود همراه دارد در حالت غیر اورژانسی همانطور که بیمار حق انتخاب پزشک را دارد پزشک نیز می‌تواند جز در موارد خاص و ضروری بیمار را به پزشک دیگر ارجاع دهد که موارد اجبار پزشک برای قبول بیمار و شروع درمان در ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات مقرر بدین شرح آمده است «از نظر این آیین‌نامه فوریتهای پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر می‌شود:

۱ - مسمومیت‌ها

۲ - سوختگیها

۳ - زایمان‌ها

۴ - صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسائط نقلیه

۵ - سکته‌های قلبی و مغزی

۶ - خونریزی‌ها و شوک‌ها

۷ - اغماء

۸ - اختلالات تنفسی شدید و خفگی‌ها

۹ - تشنجات

۱۰ - بیماریهای عفونی خطرناک مانند مننژیت‌ها

۱۱ - بیماریهای نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند

۱۲ - سایر مواردی که در شمول تعریف ماده ۱ قرار می‌گیرد.

از دیگر این محدودیتها قبول یا رد پیشنهاد های پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر قرار می دهد.

در توضیح این مطلب باید گفت که هر فرد عاقل و بالغی حق دارد در مورد درمان یا روشی که به وی توصیه می گردد یا ضرورت دارد تصمیم گیرد در واقع شخص که اهلیت دارد باید نسبت به هر گونه روش درمانی که برای او در نظر گرفته اند از قبل آگاه و راضی باشد و بدیهی است که بدون کسب رضایت او چنین عملی ضرب و جرح و جرم محسوب می شود به همین علت قانون گذار در بند ج ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی اخذ رضایت از بیمار یا اولیای قانونی وی در اعمال جراحی و طبی مشروع اشاره نموده است وجود چنین رضایتی را در کلیه اعمال جراحی و طبی به جز در موارد ضروری و فوری لازم دانسته است. قانون گذار هر گونه تعرض و تصرف غیر قانونی علیه تمامیت جسمانی افراد را جرم تلقی نموده است و مرتکب آن را قابل مجازات می داند مگر در موارد استثنایی که با حصول شرایطی آن را تجویز نموده است یکی از این موارد استثنایی عملیات اجرایی و طبی است که با حصول شرایطی آن را جایز شمرده است و رضایت به بیمار یا اذن مجنی علیه از شروط اساسی جواز عملیات اجرایی و طبی می باشد به طور کلی بدون رضایت بیمار یا نمایندگان قانونی او هیچ پزشکی حق تصرف در جسم و روان بیمار را ندارد مگر در موارد استثنایی و فوری که امکان اخذ رضایت نباشد، فقهای اسلامی نیز ماذون نبودن پزشک در انجام اعمال پزشکی را موجب مسئولیت وی شناخته اند و حسب مورد وی را مسئول جبران خسارت وارده یا پرداخت دیه می دانند.

**محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.**

اصل رازداری پزشکی و حریم خصوصی بیماران یک از مهم ترین وظایف اخلاقی در حیطه اخلاق پزشکی است که دارای سابقه دیرینه در دنیای پزشکی می باشد که درسوگند نامه بقراط نیز به آن اشاره شده است و از آن به عنوان امری مقدس نام برده شده است در اسلام نیز به موضوع رازداری اهمیت زیادی شده است حریم خصوصی به مفهوم محدودیت دسترسی دیگران به چشم یا افکار و احساسات یک فرد است. بیمار جهت بهبودی نیاز به حفظ حریم خصوصی دارد و حریم شخصی در ایجاد ارتباط موثر کادر درمان با بیمار، حفظ آرامش و رضایتمندی بیماران بسیار ضروری و مورد تاکید است که در طی مراحل پذیرش و درمان باید محفوظ گردد چراکه یک محیط امن بیمار را به سمت سلامت جسمی و روحی سوق داده و سبب تسریع در بهبودی و ترخیص زودتر او از بیمارستان می شود. از پیامدهای نقض حریم بیمار می توان به اضطراب، استرس، خشونت و سایر ناراحتی های روحی نام برد. حریم خصوصی در اصول متعدد قانون اساسی و سایر قوانین عادی مورد حمایت قانون گذار قرار گرفته است. حفظ اسرار بیماران نیز از دیگر مواردی است که در این محور بیان شده است حفظ اسرار بیماران از مسائل اساسی اخلاق پزشکی می باشد علم اخلاق پزشکی علمی است که موضوع آن به بررسی مجموعه آداب و رفتار پسندیده و ناپسندیده ای است که صاحبان مشاغل پزشکی باید به آن توجه نمایند. هنجارهای اخلاقی پزشکان و تعهد آن ها به حفظ اسرار بیماران باعث شد به تدریج محرمانه ماندن اطلاعات پزشکی برای بیماران به مثابه حقی مسلم تلقی و حفظ اسرار پزشکی در رابطه بین بیمار و پزشک امری بایسته و مهم قلمداد شود. تعهد به حفظ اسرار بیماران با توجه به اهمیت آن در معاهده پزشکی ۱۹۴۸ ژنو و اصلاحیه ۱۹۶۸ آن نیز مورد توجه قرار گرفته که در متن آمده است: به اسرار بیماران حتی پس از مرگ احترام بگذارید.

**محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.**

بیمار نیز به عنوان عضوی از جامعه در صورت متضرر شدن از نقض حقوق خود جهت دادخواهی طبق اصل ۳۴ قانون اساسی که مقرر میدارد ((دادخواهی حق مسلم هر فرد است و هر کس می تواند به منظور دادخواهی به دادگاه صالح رجوع نماید. همه افراد ملت حق دارند اینگونه دادگاهها را در دسترس داشته باشند و هیچ کس را نمی توان از دادگاهی که به موجب قانون حق مراجعه آن را دارد منع نمود)). مراجعه نماید. به علت اینکه پزشکان از اقشار خاص جامعه محسوب می شوند بالطبع تخلفات و جرایم این قشر جامعه نیز به گونه متفاوت از سایر اقشار جامعه می باشد و همین امر سبب رسیدگی مختلف مراجع قضایی به تخلفات و جرایم پزشکان گردیده است.

## منشور حقوق بیمار

- ۱- بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد
- ۲- بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج خود را در صورت تمایل بشناسد.
- ۳- بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج درخواست نماید. بطوری که در فوریت های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان و یا تهدید جانی بیماری گردد.
- ۴- بیمار حق دارد قبل از معاینات و یا اجرای درمان، اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب نهایی درمان مشارکت نماید.
- ۵- بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.
- ۶- بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج اعلام صورت می گیرد، اطمینان حاصل نماید.
- ۷- بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج خود مطمئن باشد و کسب اطلاعات افرادی که مستقیماً بر روند درمان شرکت ندارند، موقوف به کسب اجازه بیمار خواهد بود.
- ۸- بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.
- ۹- بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت های آموزشی و پژوهشی بیمارستان بر روی سلامت و درمان او موثرند، تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.
- ۱۰- بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان از سایر مراکز درمانی قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه ای خدمات در مرکز درمانی مطلع گردد.

## منابع:

- ۱- سایت <https://hawzah.net/> (Anonymous).
- ۲ سایت [jeshmostamar.com/view.aspx? \(tid=27&cid=353&sid=1174\)](http://jeshmostamar.com/view.aspx?tid=27&cid=353&sid=1174) "آشنایی با مددکاری اجتماعی، پایگاه جامع.
- ۳- آقاپور، هادی، آیین رسیدگی به تخلفات و جرائم پزشکی، انتشارات ستوده، تبریز، تابستان ۱۳۹۵
- ۳- اردبیلی، محمد علی، حقوق جزای عمومی، جلد ۱، نشر میزان، چاپ اول ۱۳۷۹
- ۴- جعفری لنگرودی، محمدجعفر، چاپ اول-تهران، انتشارات گنج دانش، ۱۳۴۶
- ۵- خالقی، علی، آیین دادرسی کیفری، جلد ۲، چاپ بیست و هشتم، تهران، انتشارات موسسه مطالعات و پژوهشهای حقوقی شهر دانش-۱۳۹۴
- ۶- ساعد، محمد جعفر، مجموعه قوانین و مقررات پزشکی و دارویی، چاپ دوم، تهران انتشارات خرسندی-۱۳۸۹
- ۷- امید- حسن فرهنگ امید-چاپ یازدهم-تهران-انتشارات جاویدان-۱۳۷۵
- ۸- عباسی- محمود-حقوق پزشکی-جلد ۲-چاپ اول-تهران-انتشارات حقوقی-۱۳۷۹
- ۹- عباسی محمود-مشایخی-بهرام-حقوق اخلاق و پزشکی-چاپ دوم-تهران-انتشارات حقوقی-۱۳۸۱
- ۱۰- کی نیا-مهدی-کلیات مقدماتی حقوق-۱۳۴۸-دانشگاه تهران-جلد ۱
- ۱۱- گلدوزیان-ایرج-محشای قانون مجازات اسلامی-چاپ سوم-تهران-انتشارات مجد-۱۳۹۳
- ۱۲- گودرزی-فرامرزی، پزشکی قانونی برای دانشجویان حقوق-چاپ هفتم-تهران-انتشارات سمت ۱۳۸۹
- ۱۳- میرمحمدصادقی، حسین، جرایم علیه اشخاص، چاپ دوازدهم، تهران، انتشارات بنیاد حقوقی میزان ۱۳۹۲
- ۱۴- نوربها-رضا-زمینه حقوق جزای عمومی-گنج دانش چاپ ششم-۱۳۸۱
- ۱۵- آسمانی-امید-امامی-محمد-حقوق پزشکی و ضمانت اجرایی اخلاق پزشکی-فصلنامه اخلاق پزشکی در علوم و فناوری-



شماره ۲۱-شماره پنجم-سال ۱۳۸۹

۱۶اسلامی-شهریاری تبار-حقوق پزشکی-فصلنامه طب و تزکیه- تابستان ۱۳۸۰