



Iran's Prevention Criminal Policy against Ghost Surgery

Mahsa Alizadeh¹, Mohammad Farajiha^{1*}, Ruhuddin Kurd Alavind¹

1. Department of Criminal Law, Faculty of Law, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Ghost surgery, defined as the absence of the primary surgeon and delegation of the surgical procedure to another individual without the patient's knowledge, is considered a professional medical misconduct that threatens patients' physical safety and financial security. This study aims to examine preventive mechanisms against ghost surgery within the framework of criminal policy in Iran. Proposed strategies include strengthening medical professional ethics, implementing surveillance technologies such as closed-circuit cameras and biometric attendance systems in operating rooms and reforming physicians' payment structures.

Methods: This qualitative study employed a descriptive-analytical approach. Data were collected from library sources and through in-depth, semi-structured interviews with 11 physicians, 3 hospital legal managers, 5 judges and 7 lawyers specialized in medical law.

Ethical Considerations: Throughout the study and interviews, principles of confidentiality, privacy protection, authenticity, honesty and impartiality were strictly observed.

Findings: The study indicates that preventive mechanisms-such as reinforcing professional ethics, utilizing modern technologies including closed-circuit cameras in operating rooms, monitoring surgeons' presence through biometric attendance systems and implementing structural reforms in physician payment systems-are highly effective in controlling ghost surgery as a professional misconduct.

Conclusion: The absence of the primary surgeon and delegation of surgery to another physician while the patient is anesthetized constitutes a deviant behavior that infringes on patients' human dignity. Considering the irreparable consequences of this professional misconduct and patients' vulnerability, addressing ghost surgery through criminal policy is both necessary and urgent. Effective criminal policy requires a combination of proactive and reactive measures, with an emphasis on preventive (proactive) strategies. Empirical findings and field studies highlight that strengthening medical ethics, adopting modern monitoring technologies such as operating room cameras and biometric attendance systems and structural reforms in payment protocols are the main preventive mechanisms against ghost surgery

Keywords: Ghost Surgery; Preventive Control Mechanisms; Medical Professional; Closed Circuit Television; Salary

Corresponding Author: Mohammad Farajiha; **Email:** Farajihay@modares.ac.ir

Received: December 07, 2024; **Accepted:** September 03, 2025; **Published Online:** May 19, 2026

Please cite this article as:

Alizadeh M, Farajiha M, Kurd Alavind R. Iran's Prevention Criminal Policy against Ghost Surgery. Medical Law Journal. 2025; 19: e28.

مجله حقوق پزشکی

دوره نوزدهم، ۱۴۰۴

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>

سیاست جنایی کنشی ایران در قبال جراحی در سایه

مهسا علیزاده^۱، محمد فرجیها^{۱*}، روح‌الدین کردعلیوند^۱

۱. گروه حقوق کیفری، دانشکده حقوق، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: جراحی در سایه، یعنی غیبت جراح اصلی و سپردن عمل به فرد دیگر بدون اطلاع بیمار، یک انحراف حرفه‌ای پزشکی محسوب می‌شود که امنیت جانی و مالی بیماران را تهدید می‌کند. این پژوهش به بررسی سازوکارهای پیشگیری از جراحی در سایه در سیاست جنایی ایران می‌پردازد، از جمله راهکارهای پیشنهادی تقویت اخلاق حرفه‌ای پزشکی، استفاده از فناوری‌های نظارتی، مانند دوربین مداربسته و سیستم حضور و غیاب اثر انگشتی و اصلاح ساختار پرداخت حقوق پزشکان است.

روش: نوع پژوهش کیفی و روش آن توصیفی - تحلیلی است و داده‌های مورد نیاز، افزون بر بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای، از رهگذر مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته با ۱۱ پزشک، ۳ مدیر حقوقی بیمارستان، ۵ قاضی و ۷ وکیل متخصص در حوزه پزشکی گردآوری شده است. ملاحظات اخلاقی: در کلیه مراحل نگارش و مصاحبه‌ها، اصول مربوط به امانتداری و حفظ حریم شخصی مصاحبه‌شوندگان و همچنین محرمانگی داده‌ها، اصالت اثر، صداقت و بی‌طرفی رعایت شده است.

یافته‌ها: مطابق مطالعات و تحقیقات صورت گرفته ثابت شده است که به کارگیری سازوکارهای پیشگیرانه، از جمله تقویت اخلاق حرفه‌ای پزشکی، استفاده از فناوری‌های نوین همچون نصب دوربین مداربسته در اتاق عمل و نظارت بر حضور و غیاب جراحان در طول دوره جراحی از طریق سیستم‌های حضور و غیاب مجهز به ثبت اثر انگشت و اصلاحات ساختاری در سیستم پرداخت حقوق به پزشکان در کنترل جراحی در سایه به عنوان یک انحراف حرفه‌ای پزشکی بسیار کارآمد و اثربخش خواهد بود.

نتیجه‌گیری: غیبت جراحان در فرآیند جراحی و نیابت به پزشک دیگر برای انجام عمل هنگامی که بیمار در اتاق عمل بیهوش است، یک رفتار کژمدارانه، منحرفانه و تعرض علیه کرامت انسانی بیمار شناسایی می‌شود. با توجه به تبعات و آثار جبران‌ناپذیر این انحراف حرفه‌ای پزشکی و آسیب‌پذیری بیماران، پاسخ‌گذاری نسبت بدان با استفاده از ظرفیت‌های سیاست جنایی از اهمیت و ضرورت بسیار برخوردار است. ارائه یک سیاست جنایی مطلوب و کارآمد در خصوص جراحی‌های در سایه مستلزم به کارگیری پاسخ‌های متنوعی اعم از پاسخ‌های کنشی و واکنشی در قبال جراحی در سایه می‌باشد. بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، یافته‌های تجربی و مطالعات میدانی تقویت اخلاق حرفه‌ای پزشکی، استفاده از فناوری‌های نوین همچون نصب دوربین‌های مداربسته در اتاق عمل و به کارگیری سیستم حضور و غیاب مشروط به ثبت اثر انگشت جراحان حاضر در اتاق عمل و اصلاحات ساختاری نظام پرداخت از طریق تصویب پروتکل‌ها به منظور رعایت کیفیت خدمات ارائه‌شده عمده‌ترین سازوکارهای پیشگیرانه جراحی در سایه برشمرده می‌شود.

واژگان کلیدی: جراحی در سایه؛ سیاست جنایی پیشگیرانه؛ اخلاق حرفه‌ای پزشکی؛ دوربین مداربسته؛ نظام پرداخت

نویسنده مسئول: محمد فرجیها؛ پست الکترونیک: Farajihay@modares.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۲؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۲۹

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Alizadeh M, Farajihay M, Kurd Alavind R. Iran's Prevention Criminal Policy against Ghost Surgery. Medical Law Journal. 2025; 19: e28.

مقدمه

عرضه خدمات درمانی به گونه‌ای عادلانه و با کیفیت مناسب از جمله اهداف مطلوب نظام درمان در تمام کشورها برشمرده می‌شود. دستیابی به این هدف بنیادین، نیازمند تدارک و آماده‌سازی منابع لازم، از جمله نیروی انسانی است. امروزه پزشکان، از جمله نیروی انسانی حیاتی و بازوی اجرایی کارگشا در نظام‌های درمان به شمار می‌روند. نیروی انسانی پزشک علاوه بر ایفای نقش فعال کنشگر عرضه‌کننده خدمات درمانی تا حدود زیادی بر میزان و کیفیت خدمات ارائه‌شده به بیماران به عنوان مصرف‌کنندگان نهایی خدمات درمانی اثرگذار است. از طرف دیگر نظام‌های درمانی نیز همانند سایر بخش‌ها با چالش‌های مرتبط با منابع انسانی در مقابل نیازها و تقاضاهای مصرف‌کنندگان رو به رو می‌باشند و این امر همواره به عنوان یکی از معضلات پیش روی سیاستگذاران و برنامه‌ریزان این نظام مطرح بوده است (۱). با توجه به اینکه نظام درمان، متولی ارائه خدمات درمانی است، نیروی انسانی در سایه (Ghost Workers) در این حوزه با وجود آثار سوء و تبعات جبران‌ناپذیر، می‌باید کنترل شود. نیروی انسانی در سایه در حوزه درمان، یک انحراف حرفه‌ای پزشکی تلقی می‌شود. انحراف مفهومی موسع‌تر از جرم و تخلف را دربر می‌گیرد، هرچند بزه و انحراف با یکدیگر تعامل و ارتباط دارند، ولیکن تحت برخی شرایط انحراف به جرم خرد معنا می‌شود، اما در واقع جرایم خرد و سبک، رفتارهایی هستند که باید مورد جرم‌انگاری قرار گیرند، اگرچه نسبت به رفتارهای منحرفانه واکنش‌های متعددی نمایان می‌شود (۲). با توجه به اینکه امروزه سیاست جنایی از مفهوم مضیق و پیشین خود، یعنی سیاست عدالت جنایی یا همان سیاست کیفری که تنها شامل جرائم می‌گردید، فاصله گرفته و شامل انحرافات نیز می‌گردد و بررسی معرفت‌شناختی رفتارهای کژمدارانه و بزهکارانه و شناسایی ابزارها و امکانات مبارزه با آن را شامل می‌شود (۳)، می‌توان نیروی انسانی در سایه را به عنوان یک انحراف و کژروی حرفه‌ای، در حوزه سیاست جنایی بررسی و مطالعه نمود.

به طور کلی، نیروی انسانی در سایه بدین ترتیب تعریف می‌شود: «شخص (نیروی انسانی) بدون آنکه خدماتی ارائه کند، در لیست حقوق و دستمزد قرار می‌گیرد» (۴). با توجه به اینکه وجود نیروی انسانی در سایه در تمام عرصه‌ها و مشاغل امکان ظهور دارد، مقابله با این واقعیت از اهمیت به سزایی برخوردار می‌باشد و نظام درمان نیز از این امر مستثنی نیست. وجود نیروی انسانی در سایه در نظام درمان، یعنی نظامی که ارتباط مستقیم با جان و سلامت افراد دارد، پیامدها و آثار جبران‌نشده‌ی دربر خواهد داشت. این امر علاوه بر اینکه سبب هدررفت بودجه بخش درمان می‌شود، آثاری همچون کاهش کیفیت خدمات ارائه‌شده، افزایش هزینه‌های درمان، تضعیف اعتماد به ساختار درمانی کشور را دربر دارد. بنابراین، پرداختن به نیروی انسانی در سایه در بخش درمان از اهمیت دوچندان برخوردار است و تأمل در این بحث ضروری می‌باشد. با وجود این، لازم به شرح است که نیروی انسانی در سایه در تمام سطوح درمان از اهمیت یکسان برخوردار نمی‌باشد. به طور مثال تبعات نیروی انسانی ساختگی در بخش کنشگری همچون کنشگر پرداخت‌کننده (شرکت‌های بیمه) و یا کنشگر تولیدکننده (شرکت‌های تولید دارو و تجهیزات پزشکی) در مقایسه با بخش ارائه خدمات درمانی (پزشکان) قابل مقایسه نمی‌باشد، اگر چه در بخش پرداخت و تولید نیز نیروی انسانی در سایه می‌تواند منجر به تضعیف کیفیت خدمات و تضعیف اعتماد به ساختارهای درمانی کشور شود، اما این انحراف حرفه‌ای پزشکی در بخش ارائه می‌تواند باعث به خطرانداختن مستقیم جان و سلامت افراد شود. بنابراین در این مقاله به صورت ویژه، به جلوه‌ای خاص از نیروی انسانی در سایه در بخش ارائه خدمات درمانی، تحت عنوان «جراحی در سایه» یا «جراحی نیابتی (Ghost Surgery)» می‌پردازیم.

در ایران سابقاً جراحی‌های در سایه یا جراحی‌های نیابتی مورد پژوهش کمی و یا کیفی قرار نگرفته و داده‌هایی از وضعیت موجود در این خصوص وجود ندارد. همچنین در مطالعات تطبیقی نیز پژوهش‌های اندکی حول محور جراحی‌های در سایه صورت گرفته که عمده توجه بر مفهوم‌شناسی و به رسمیت شناخته‌شدن جراحی‌های در سایه در نظام‌های

حقوقی بوده است. بنابراین مقاله حاضر نظر به تمرکز بر سازوکارهای پیشگیرانه نوآورانه است.

روش

این مقاله به صورت تحلیلی - توصیفی با بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای و مطالعات میدانی به رشته تحریر درآمده است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

مطابق مطالعات و تحقیقات صورت‌گرفته ثابت شده است که به کارگیری سازوکارهای پیشگیرانه، از جمله تقویت اخلاق حرفه‌ای پزشکی، استفاده از فناوری‌های نوین همچون نصب دوربین مداربسته در اتاق عمل و نظارت بر حضور و غیاب جراحان در طول دوره جراحی از طریق سیستم‌های حضور و غیاب مجهز به ثبت اثر انگشت و اصلاحات ساختاری در سیستم پرداخت حقوق به پزشکان در کنترل جراحی در سایه به عنوان یک انحراف حرفه‌ای پزشکی بسیار کارآمد و اثربخش خواهد بود.

بحث

یکی از اشکال نیروی انسانی در سایه در حوزه کنشگر ارائه‌کننده خدمات درمانی (پزشکان)، جراحی‌های در سایه یا جراحی‌های دروغین یا نیابتی است. عمل جراحی به علت ویژگی تهاجمی، پرخطرترین اقدام بالینی محسوب می‌شود. همچنین با توجه به اینکه خدمت بالینی جراحی، به بیمار در حالت بیهوشی ارائه می‌شود، بنابراین وجود نیروی انسانی در سایه در این بخش پرمخاطره‌تر از سایر بخش‌ها ارزیابی می‌شود.

۱. مفهوم‌شناسی جراحی در سایه: جراحی در سایه، ارائه خدمت درمانی است که در آن پزشک معالج اصلی در تمام یا

بخشی از فرآیند عمل جراحی حضور ندارد. در واقع پزشک جراح اصلی، در حالی که بیمار بیهوش است، جراح دیگری را جایگزین خود در اتاق عمل می‌کند و به پزشک دیگر نیابت می‌دهد. زمانی که دستیار پزشک، دستیار جراح، دستیار اول رزیدنت، جراح دیگر و یا هر فرد غیر مرتبط با امور پزشکی بدون اطلاع بیمار، عمل جراحی یا بخشی از فرآیند جراحی را به جای جراح اصلی که مسئولیت کامل عمل را پذیرفته است، انجام می‌دهد، جراحی در سایه ارتکاب یافته است. اصطلاح جراحی در سایه ابتدا برای اشاره به جراحان فاقد صلاحیت استفاده می‌گردید. در این وضعیت اشخاص فاقد صلاحیت لازم برای عمل جراحی استخدام و به کار گرفته می‌شدند، با وجود این، امروزه جراحی در سایه فقط به مشارکت افراد فاقد صلاحیت محدود نمی‌شود، بلکه ممکن است جراح ماهرتری نسبت به جراح اصلی که مسئولیت کامل عمل را بر عهده گرفته است، با انگیزه‌های مختلف برای انجام عمل جراحی جایگزین شود و در نهایت جراح اصلی گزارش عمل را امضا و در نهایت به بیمار صورت حساب دهد (۵). بنابراین به طور کلی، هنگامی که شخصی اعم از شخص فاقد صلاحیت لازم و یا فرد واجد شرایط، جایگزین پزشک معالج اصلی که مسئولیت کامل عمل جراحی را از ابتدا تا انتها پذیرفته است، شود، می‌توان قائل بر جراحی در سایه بود. جراحی در سایه از منظر میزان مشارکت پزشک اصلی به اشکال مختلف تقسیم می‌شود. در برخی مواقع، پزشک جراح اصلی به طور کامل از ابتدا تا انتها در اتاق عمل جراحی حضور ندارد و در این صورت مدیریت و کنترل عمل جراحی از آغاز تا پایان، در دست فرد جایگزین شده است، اما در سایر موارد ممکن است پزشک جراح اصلی تنها در بخشی از زمان جراحی در اتاق عمل حضور نداشته باشد. به طور کلی عمل جراحی زیر نظر جراح اصلی انجام شود و صرفاً وی در بخشی از فرآیند جراحی غایب باشد، هرچند هر دو شکل از موارد بیان شده در قالب جراحی در سایه بحث می‌شود، اما لازم به ذکر است این موارد از جهت میزان خطر با یکدیگر متفاوت می‌باشند. به نظر می‌رسد هنگامی که فرد جایگزین شده از میان افراد فاقد صلاحیت لازم

انتخاب شده و جراح اصلی تنها در بخشی از فرآیند جراحی غایب است، نسبت به زمانی که به طور کامل در تمام فرآیند جراحی غیبت دارد، خطر کمتری برای بیمار قابل تصور باشد. مطابق مطالعات انجام شده یکی از جلوه‌های جایگزین شدن فرد فاقد صلاحیت در عمل جراحی، مشارکت فروشندگان تجهیزات پزشکی در اتاق عمل است که این امر موجب تضعیف شدید اعتماد بین بیمار و پزشک می‌شود. به طور مثال در سال ۱۹۷۵ ویلیام مک کی (William Mackey) مدیر فروش یک شرکت پروتز به درخواست جراحان اصلی، در فرآیند جراحی استخوان بیماری با هویت فرانکلین میراندو (Faranklin Miranda) شرکت می‌کند. وی که هیچ‌گونه آموزش مرتبط با موضوعات پزشکی ندیده است، اما با وجود این به انجام عمل جراحی علاقمند بوده و همین امر موجب شده در زمان عمل جراحی در اتاق عمل حضور و نقش داشته باشد، در نتیجه بیمار برای همیشه فلج می‌شود (۶). طی مصاحبه با یکی از مدیران بیمارستانی در شهر تهران نیز مشخص گردید که در بخش عمل‌های جراحی پروتز در برخی موارد بخشی از فرآیند جایگذاری پروتز در بدن بیمار، توسط فعالین حوزه تولید پروتز انجام می‌گیرد و بیماران از مشارکت اشخاص غیر در اتاق جراحی بی‌اطلاع هستند.

۲. گسترده و دامنه جراحی در سایه: از منظر گستره، جراحی‌های در سایه در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه در نقاط مختلف جهان ارتکاب می‌یابد. با توجه به کمیاب بودن منابع اختصاص داده شده به حوزه درمان در کشورهای در حال توسعه، پرداختن و تأمل در مقوله جراحی‌های در سایه در این کشورها با توجه به تأثیر این امر در هدر رفت بودجه از اهمیت بیشتر در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته برخوردار است. از حیث گستره و شیوع نیز جراحی در سایه در بخش‌های کوچک و بزرگ درمانی رخ می‌دهد، اما اهمیت کنترل این انحراف، در بخش‌های کلان به جهت وسعت آن بیشتر از بخش‌های درمانی کوچک احساس می‌شود. لازم به شرح است که در ایران، با توجه به اینکه بخش خصوصی و دولتی در کنار یکدیگر خدمات درمانی ارائه

می‌نمایند (۷). بیمارستان‌ها به عنوان مراکز عمده و کلان ارائه خدمات درمانی به دو دسته بیمارستان‌های دولتی و بیمارستان‌های خصوصی تقسیم می‌شوند. با توجه به اینکه بیمارستان‌های دولتی زیر نظر دانشگاه‌های علوم پزشکی فعالیت می‌کنند و این مراکز درمانی، علاوه بر اینکه مرکز ارائه خدمات درمانی می‌باشند، جنبه آموزشی و وظیفه انتقال تجربه به دانشجویان پزشکی را نیز دارند. بنابراین، به نظر می‌رسد با توجه با ماهیت آنان شمار انجام عمل‌های جراحی در سایه در بیمارستان‌های دولتی به نسبت بیمارستان‌های خصوصی بیشتر است، البته این امر به معنای عدم ارتکاب جراحی‌های در سایه در بیمارستان خصوصی نمی‌باشد. برای نمونه مطابق بررسی‌های انجام شده در خصوص یک پرونده مرتبط با جراحی‌های در سایه و مصاحبه با مقام قضایی رسیدگی کننده بیان شد که «مقام قضایی برای بررسی شکایت از یک بیمارستان خصوصی که در آن عمل جراحی زیبایی انجام می‌گرفت، نمونه‌هایی از جراحی در سایه را کشف می‌کند.» در این بازدید میدانی مشخص شده است که پزشک جراح در یک ساعت، دو بیمار را دو اتاق عمل بستری کرده و در حالی که مشغول سیگار کشیدن و صحبت با تلفن همراه خود بوده، تکنسین‌ها عمل جراحی را انجام می‌دهند. همچنین در این بازدید سرزده مشخص شده که پزشک در اتاق استراحت خواب بوده، در حالی بیمار همین پزشک در اتاق عمل بیهوش بوده و دو زن و یک مرد در اتاق عمل مشغول جراحی بیمار بوده‌اند. طی بررسی‌های انجام شده مشخص شده است که در این بیمارستان خصوصی بیشتر عمل‌های جراحی به روزهای پنجشنبه و جمعه (روزهای تعطیل) موکول می‌گشته که با تعطیلی دستگاه‌های نظارتی کشف نشده، باقی بماند. در نهایت در این بیمارستان سه اتاق عمل از چهار اتاق عمل این بیمارستان به دستور مقام قضایی پلمپ شد (۸)، بدین ترتیب جراحی‌های در سایه در کلیه مراکز ارائه خدمات درمانی اعم از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی انجام می‌شود. با وجود این، بیمارستان‌های دولتی به جهت وظیفه ثانویه خود، درگیر بودن در چرخه انتقال دانش از سوی پزشکان جراح به دانشجویان علوم پزشکی، نسبت به بیمارستان‌های

بیماران می‌باشد، بنابراین می‌توان آن را به عنوان یک انحراف، کج‌رفتاری و به عبارتی عدم هم‌نوایی با متعارفات و هنجارهای اجتماعی تعریف نمود.

از آنجا که غایت سیاست جنایی تضمین امنیت انسان‌ها، ارتقای حقوق قربانیان بزهکاری و بقای جوامع انسانی است، ناگزیر با شیوه‌های کنشی و واکنشی در مقام مقابله با ناقضان قانون و هنجارهای متعارف اجتماعی برمی‌آید (۱۱)، در نتیجه دولت‌ها برای مقابله با جراحی در سایه به عنوان یک انحراف پزشکی، باید از پاسخ‌های کنشی و واکنشی برای صیانت از شهروندان استفاده نمایند.

به عقیده موريس کوسون (Morris Cousson) کنترل اجتماعی شامل مجموع شیوه‌هایی می‌شود که اعضای یک جامعه از طریق توسل به آن‌ها هم‌نوایی ضروری برای زندگی مشترک را به خود تحمیل می‌کنند و با توجه به اینکه مفهوم هم‌نوایی به مفهوم انحراف یا حتی در معنای موسع‌تر به تفاوت نیز بازمی‌گردد. بنابراین، به بیان دیگر مراد از پاسخ‌های پیشگیرانه (کنشی)، مجموع شیوه‌هایی است که انسان‌ها، به منظور جلوگیری یا محدود کردن جرم اختصاصاً به کار می‌برند (۱۲). به طور کل، سازوکارهای کنترل جراحی در سایه در نظام درمان شامل مجموعه‌ای از اقدامات کنشی (پیشگیرانه) و واکنشی (پس از وقوع جرم) است که با هدف پیشگیری، شناسایی و مقابله طراحی می‌شوند. با توجه به تفاوت در ماهیت ابعاد مختلف سیاست جنایی، اعم از کنشی و واکنشی در حوزه پژوهش باید در خصوص انتخاب و اولویت‌بندی تدابیر پیشگیرانه و یا واکنشی در قبال جراحی در سایه به عنوان یک پدیده مجرمانه دست به انتخاب زد. در گذشته واکنش‌ها به ارتکاب پدیده مجرمانه، غالباً سرکوب‌گرایانه بوده، اما در جریان تحولات حقوق کیفری به مرور زمان پاسخ‌ها، به ترکیبی از پاسخ‌های سرکوب‌گرانه و پیشگیرانه تغییر شکل داد.

به طور معمول نظام مدیریت و برنامه‌ریزی حاکم در جوامع مردم‌سالار با این تصور که می‌توان با آسیب‌شناسی شاخصه‌های زیستی، روانی یا اجتماعی حاکم بر عملکرد افراد جامعه و شناخت دلایل بروز وضعیت مشکل‌ساز، مانع از شکل‌گیری

خصوصی، بیشتر مستعد ارتکاب جراحی‌های در سایه می‌باشند. به همین دلیل در بیمارستان‌های دولتی انجام بخشی از فرآیند جراحی توسط دانشجویان مقطع رزیدنتی توجیه می‌شود. واضح است که انجام عمل‌های جراحی برای کسب تجربه دانشجویان پزشکی امری لازم و ضروری تشخیص داده می‌شود، اما مشکل اینجاست که بیماران به عنوان مصرف‌کننده نهایی خدمت بالینی جراحی، اساساً به وضوح از میزان مشارکت افراد غیر از جراح اصلی در فرآیند جراحی مطلع نمی‌باشند و این امر به منزله نقض حق تصمیم‌گیری آگاهانه بیمار و حقوق شخصی بیمار است. جراحی‌های در سایه غیر از مراکز کلان ارائه خدمات درمانی که بیمارستان‌ها می‌باشند، ممکن است در عمل‌های سرپایی در کلینیک‌ها و مطب‌ها نیز اتفاق افتاد. مطابق مطالعات انجام‌شده در خصوص پرونده‌های مطروحه در دستگاه قضایی و یافته‌های تجربی امروزه در ایران، بخش زیادی از خدمات درمانی در حوزه پوست و مو توسط افراد فاقد صلاحیت لازم ارائه می‌شود.

۳. ضرورت و چگونگی پیشگیری از جراحی در سایه:

پاسخ‌های اتخاذی و رویه‌های عملی در حوزه کنشی و واکنشی است که منطبق با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه نسبت به ترسیم گونه‌های پیشگیری یا پساگیری از جرم، سیاست جنایی کشورها را ترسیم می‌نماید. پیشگیری واکنشی (کیفری) منبعث از جرم‌انگاری و کیفرگذاری است و از منظر جرم‌شناسی، فایده‌ای حداقلی دارد و معمولاً نقش مستقیمی در کاهش بزهکاری ندارد (۹). سیاست جنایی مجموعه روش‌هایی است که هیأت اجتماع با استفاده از آن‌ها، پاسخ‌های مختلف به پدیده مجرمانه را سازمان می‌بخشد. پاسخ‌ها لزوماً کیفری محض نیستند، یعنی صرفاً از حقوق کیفری ناشی نمی‌شوند. همچنین پدیده مجرمانه مطابق این دیدگاه، بزه و انحراف (کج‌روی) را شامل می‌شود، زیرا هر دو پدیده، نقض یا عدم رعایت هنجارهای اجتماعی و پشت کردن به قواعد اجتماعی است (۱۰). با توجه به اینکه ارتکاب جراحی در سایه برخلاف قواعد و هنجارهای درمانی پذیرفته شده و مورد قبول توسط اکثریت جامعه اعم از جامعه پزشکی و

رفتارهای مجرمانه شد، به اقدامات کنشی ناظر بر مرتفع نمودن نارسایی‌های فردی - اجتماعی دست می‌یازد. از این رو پاسخ‌های کنشی بر واکنش‌های سزارگرایانه اولویت می‌یابد. از سویی دیگر، با توجه به اینکه پزشکان به عنوان مرتکبان جراحی در سایه از منظر جامعه‌شناختی و جرم‌شناسی مجرمین یقه‌سفید محسوب می‌شوند، بررسی رویه قضایی و آرای صادره در خصوص محکومین یقه‌سفید بیانگر آن است که برخلاف جرائم معمول خصوصاً جرائم خیابانی که بر سزارگرای به عنوان هدف اولیه کیفری دهی تأکید می‌شود، در محکومین یقه‌سفید هدف اصلی بازدارندگی است (۱۳)، اساساً پاسخ‌های کنشی و پیشگیرانه در تحقق بازدارندگی توفیق بیشتری دارند. به همین دلیل پرداختن به سازوکارهای کنشی در مقایسه با پاسخ‌های واکنشی در اولویت قرار می‌گیرد. علاوه بر این، پیشگیری، اصلی بنیادین و زیربنایی در سیاستگذاری جنایی کنشی است و شامل تعهد به پیشگیری قبل از حدوث بزه و انحراف می‌شود (۱۴). با توجه به اینکه بررسی وضع موجود حاکی از آن است که عدم توجه به برنامه‌های اصلاحی و پیشگیرانه، شاخصه بارز سیاست جنایی در برابر نظام درمان است و به عبارتی می‌توان ادعا کرد که اصل ۱۵۶ قانون اساسی در حوزه نظام درمان در عمل مسکوت مانده است (۱۵)، در نتیجه با وجود اینکه برای مقابله با انحراف حرفه‌ای پزشکی همچون جراحی در سایه، پاسخ‌ها باید متنوع و ترکیبی از اقدامات کنشی و واکنشی باشد، تکیه و تمرکز اصلی این پژوهش با توجه به ضرورت و اهمیت اصل پیشگیری بر سازوکارهای پیشگیرانه خواهد بود.

صدمات و لطماتی که از طریق ارتکاب جراحی‌های در سایه ممکن است برای بیماران متصور گردد، به قدری گزاف و غیر قابل تحمل است که نمی‌توان صرفاً با به رسمیت‌شناختن این انحراف حرفه‌ای پزشکی تحت عنوان جرم یا تخلف و یا هر دو به مقابله با آن برخاست. همچنین در خصوص تعیین ضمانت اجراهای اداری - انضباطی و کیفری، حاکمیت منطق ذهنی رایج قانونگذار دائر بر اعمال یکی از واکنش‌های مرسوم در قبال این کج‌روی مشهود است. بنابراین با توجه به اینکه بسیاری از پاسخ‌های واکنشی در حوزه درمان فاقد مبانی

تجربی بوده و مبتنی بر ادله و شواهد محکم علمی نیست، در نتیجه پاسخ‌های موجود مناسب و کارآمد ارزیابی نمی‌شود. در ایران، مطابق بررسی‌های انجام‌شده با توجه به اینکه این انحراف به عنوان یک بزه کیفری خاص در قوانین کیفری و یا تخلف انتظامی در آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی و وابسته به آن نیز به رسمیت شناخته نشده، در آرای محکومیت اعم از دادنامه‌های قضایی و اداری - انضباطی آماري از این انحراف به صورت ویژه وجود ندارد، اما یافته‌های میدانی و درک عمومی از ادراک فساد بیانگر آن است که این انحراف در مراکز درمانی ایران رخ می‌دهد. بنابراین بایسته است سازوکارهای کنترل این انحراف حرفه‌ای پزشکی در پرتو سیاست جنایی ایران ترسیم شود. در این مقاله به چند مورد از جلوه‌های سازوکارهای پیشگیری اشاره می‌شود. بعضی از این سازوکارها همچون تقویت اخلاق حرفه‌ای به دنبال تأثیرگذاری بر شخصیت مرتکبان است تا بدین نحو مرتکبان از سازمان‌دادن فعالیت‌های خود حول محور اندیشه‌های بزهکارانه پرهیز کنند، برخی دیگر نیز مانند نصب دوربین‌های مداربسته در اتاق عمل معطوف به اوضاع و احوالی است که جرائم ممکن است در آن وضع به وقوع بپیوندند. هدف از این تدابیر جلوگیری از به فعل درآمدن اندیشه مجرمانه با تغییردادن اوضاع و احوال خاص است. همچنین اصلاحات ساختاری در نظام درمان نیز با از بین‌بردن انگیزه‌های مرتکب، با رویکرد علت‌شناسی سعی در کاستن از آمار ارتکاب دارد.

به طور کلی، در این مقاله درصدد برآمده‌ایم که سازوکارهایی برای کنترل جراحی در سایه ارائه نماییم، البته همچنان یادآور می‌شویم که برای کنترل این انحراف، اتخاذ یک رویکرد ترکیبی که اجازه می‌دهد نه تنها از طریق ضمانت اجراهای کیفری، بلکه با ضمانت اجراهای اداری، مدنی، آیین‌های میانجی‌گری، اقدام‌های تأمینی و دفاع اجتماعی و به طور وسیع‌تر با سیاست‌های پیشگیری، علیه رفتارهای بزهکارانه یا منحرفانه مقابله کرد، ضروری است (۱۶). بنابراین یک چهارچوب سیستماتیک، چندجانبه و چندوجهی لازم است و هرگز کاربست یک شیوه کنشی یا واکنشی، به تنهایی قادر به حل معضل در این حوزه نخواهد بود.

۳-۱. تقویت اخلاق حرفه‌ای پزشکی: یکی از بدیهی‌ترین و ابتدایی‌ترین سازوکارهای کنترل جراحی در سایه، توسعه و گسترش اخلاق حرفه‌ای پزشکی با تکیه و تمرکز بر نگاه کرامت‌مدارانه به بیمار است، هرچند بتوان با اعمال سازوکارهای سرکوب‌گرایانه همچون بزه‌انگاری جراحی در سایه تحت عنوان جرم، تخلف و یا هر دو و اعمال ضمانت اجراهای شدید کیفری و انضباطی، این انحراف پزشکی را کنترل کرد، اما این نکته نباید مغفول بماند، تا زمانی که پزشک جراح به بیمار نگاه کرامت‌مدارانه و انسانی نداشته باشد، بزه‌انگاری و اعمال کیفر نمی‌تواند پزشک را از ارتکاب به این انحراف بازدارد. در رابطه مبتنی بر عدم مساوات و عدم تقارن اطلاعاتی که بین بیمار و پزشک حاکم است، مهم‌ترین و جدی‌ترین عمل بازدارنده در سوءاستفاده از موقعیت ایجادشده برای منافع شخصی، اخلاق حرفه‌ای پزشکی است، زیرا تا زمانی که موضوعات اخلاقی در پزشک معالج نهادینه و درونی نشود، پزشک به عنوان یک شخص دارای اقتدار و خردمند می‌تواند مسیر و راه دورزدن موانع قانونی را بیابد، بنابراین اصلی‌ترین مانع بر سر راه پزشک در مسیر دورزدن موانع قانونی، وجدان اخلاقی حاکم بر پزشک خواهد بود. امروزه در محیط‌های بالینی علی‌رغم تکیه بر موضوعات اخلاقی در حوزه درمان از طریق بسترهای مختلف و تأکید بر بایدها و نبایدهای اخلاقی در پروتکل‌ها و دستور العمل‌ها، شاهد اجتناب از پیامدهای اخلاقی در تصمیمات درمانی می‌باشیم، این فرایند که به آن «محوشدگی اخلاقی (Ethical Fading)» نیز گفته می‌شود (۱۷)، سبب می‌گردد پیامدهای اخلاقی تصمیمات نادیده گرفته شود و اغلب کنشگران تمایل بر توجیه رفتار از خود بروز نمایند. به طور مثال شمار زیاد تعداد بیماران در بیمارستان‌های دولتی این توجیه را برای جراحان مهیا کرده است که به منظور رسیدگی و معالجه تمام بیماران باید جراحی صرفاً با نظارت پزشک جراح انجام شود و بخشی از کار به منظور فراگیری دانشجویان رشته‌های پزشکی و یا سایر دلایل به دیگری تفویض شود. طی مصاحبه با یازده پزشک در این پژوهش، ۶ نفر از پزشکان به تعداد زیاد بیماران به عنوان

دلیل اصلی اشاره کرده‌اند. همچنین برخی از پزشکان در این خصوص اذعان داشته‌اند که بیمارانی که به مراکز دولتی مراجعه می‌کنند با آگاهی از آموزشی بودن این مراجع، باید تبعات آن را بپذیرند. به عبارتی به دلیل پرداخت مبلغ کمتر در بیمارستان‌های دولتی از جانب بیمار بخشی از فرآیند غیبت در اتاق عمل توجیه و عادی‌سازی می‌شود. در یکی از مصاحبه‌های انجام‌شده با پزشک جراح در حوزه مغز و اعصاب، مصاحبه‌شونده به این پرسش که به چه دلیل جراح در بخشی از فرآیند جراحی غیبت می‌کند، پاسخ داد که «بیمار می‌تواند انتخاب کند اگر به بیمارستان محل اشتغال بنده در بیمارستان خصوصی مراجعه کند، بنده خودم شخصاً عمل جراحی را از ابتدا تا انتها انجام خواهم داد، اما در بیمارستان دولتی نمی‌تواند همچنین توقعی داشته باشد.» همچنین مصاحبه‌شونده دیگری بیان نمود که «در زمان دانشجویی در دوره زریدنتی، بخش زیادی از عمل جراحی توسط ما دانشجویان انجام می‌گشت و به عبارتی زحمت انجام عمل با ما بوده، اما استاد دستمزد عمل را دریافت می‌نمود. حال که ما استاد شده‌ایم، چرا باید این تفویض اختیار به دانشجویان صورت نگیرد، نمی‌شود که در زمان دانشجویی ما عمل کنیم، در دوره استادی هم باز ما عمل کنیم.»

به منظور گسترش اخلاق حرفه‌ای پزشکی و نهادینه کردن مسائل اخلاقی بسترهای مختلفی وجود دارد. محیط آکادمیک و محیط بالینی، از جمله این بسترها محسوب می‌شود. در محیط آکادمیک، واحد درسی اخلاق پزشکی در طول دوره تحصیل برای انتقال کدهای اخلاقی و رفتاری به کنشگران نظام درمان پیش‌بینی شده است. کنشگران نظام درمانی با طی نمودن تحصیلات دانشگاهی در مشاغل درمانی جای می‌گیرند. بنابراین اولین و اساسی‌ترین مواجهه و رویارویی کنشگران و در نتیجه تعبیر و تفسیر آنان پیرامون موضوعات اخلاقی، در طول دوره تحصیل آنان رقم می‌خورد. مطالعات نشان می‌دهد قریب به ۹۷ درصد از دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی واحد اخلاق پزشکی را در برنامه درسی خود می‌گذرانند. با وجود این، پژوهش‌ها حاکی از آن است که

جرء معیوب در بدن بیمار به هر نحو باشد، بلکه در تمام امور خود باید همواره بر این موضوع واقف باشد که وی با بیمار و نه بیماری مواجه است. برخی از پزشکان با بی‌توجهی به شخص بیمار، تنها فرد مراجعه‌کننده و مصرف‌کننده را یک بیماری تلقی می‌کنند که وظیفه وی درمان آن بیماری است، همین مسأله سبب می‌شود که افزایش تعداد عمل‌های جراحی برابر با درآمد بیشتر، به یک نگرش غالب در میان پزشکان تبدیل شود، در صورتی که با درونی‌سازی کردن موضوعات اخلاقی توجه به بیمار نسبت به سایر موضوعات، از جمله بیماری و مسائل مالی برای پزشک، در اولویت بالاتری قرار گیرد و این دیدگاه موجبات غیبت در افاق عمل با انگیزه‌های مالی را کاهش می‌دهد.

یکی دیگر از بسترهای انتقال کدهای اخلاقی، محیط‌های بالینی است، هرچند به اعتقاد مصاحبه‌شونده‌ای تدوین کدهای اخلاقی به معنای فروکاست مسائل عمیق اخلاقی به قواعد و قوانین خشک حقوقی است و چنانچه برای نظام سلامت و درمان ساختارمند، کدهای اخلاقی نگارش شود، ممکن است کدهای اخلاقی اثربخش باشد، اما اگر کد اخلاقی تدوین می‌نماییم که ساختار را درست کنیم، تنظیم کدها مفید و اثربخش نخواهد بود. پزشکان به لحاظ مقدس‌بودن حرفه‌شان موظف هستند که در آغاز کار حرفه‌ای خود سوگند یاد کنند و از این طریق خود را مکلف به رعایت موازین و کدهای اخلاقی نمایند. سوگندی که پزشکان در آغاز کار حرفه‌ای خود یاد می‌کنند، سوگند بقراط نام دارد که ملهم از بقراط حکیم می‌باشد. بقراط حکیم مسولیت اخلاقی پزشک را با شرح بایدها و نبایدها تبیین نموده است. در سوگند بقراط به این امر که بهایی که پزشک برای درمان می‌گیرد، بایست منطقی و خردمندانه باشد، به عنوان یکی از اصول و بایدهای اخلاقی اشاره شده و حتی توصیه بر لزوم چشم‌پوشی در باب نبایدها آمده که پزشک نباید با سوءاستفاده از مقام و پایگاه خود، بیمار و یا عضوی از خانواده بیمار را گمراه سازد. همچنین افلاطون حکیم نیز در کتاب جمهوری این عقیده را که پزشک در درجه اول معالج مریض است و نه پول‌ساز متذکر شده است (۱۹).

محتوای دروس اخلاق پزشکی نتوانسته است به افزایش مهارت‌های اخلاقی پزشکان کمک کند و عمدتاً دانشجویان تصویری مناسب از موضوعات اخلاقی با گذراندن این واحد درسی به دست نمی‌آورند. همچنین عدم کفایت تصمیم‌های اخلاقی در محیط‌های بالینی گویای این واقعیت است که این واحد درسی از اثربخشی مطلوب برخوردار نبوده است (۱۸). علت این امر آن است که اساساً محتوای این درس با واقعیات و اقتضانات جامعه کنونی سنخیت ندارد. به طور مثال با وجود اهمیت بسیار، در این واحد درسی به موضوعات مرتبط با مسائل مالی بین بیمار و پزشک بی‌توجهی شده است و عمده سرفصل‌ها حول محور موضوعاتی همچون سقط جنین، سلول‌های بنیادی و رضایت آگاهانه است، در حالی که یکی از موضوعات مبتلا به در جامعه امروزه، مسأله اقتصاد بهداشت و درمان می‌باشد. علاوه بر این، یافته‌ها حاکی از آن است که عدم استمرار این واحد درسی علت دیگر است. بررسی‌ها نشان می‌دهد این واحد درسی صرفاً در دوره عمومی غالباً توسط دپارتمان‌های غیر متخصص و مستقل مانند پزشکی قانونی، گروه معارف اسلامی و یا معاونت آموزشی دانشگاه ارائه می‌شود و در دوره تخصص و فوق تخصص، واحد درسی به موضوعات اخلاق پزشکی اختصاص پیدا نمی‌کند. بنابراین توصیه می‌شود به نقش و جایگاه درس اخلاق پزشکی، مفاد آن و همچنین استمرار آن در سایر مقاطع تحصیلی بیش از پیش توجه شود. در این واحد درسی باید به پزشکان آینده آموزش داده شود که خدمات درمانی هرگز نبایست به مثابه یک کالا داد و ستد شود، هرچند در نظام درمان، بیمار به عنوان مصرف‌کننده نهایی تلقی می‌شود، اما به این مصرف‌کننده باید با نگاه کرامت‌مدارانه و انسانی نگریسته شود. خدمت درمانی همچون جراحی، یک کالای مصرفی عادی نیست که غش کردن در معامله صرفاً سبب بهره‌مندی مالی یک طرف از معامله و برهم‌زدن توازن اقتصادی شود، به گونه‌ای که در ازای بهای پرداخت‌شده، خدمت مورد نظر ارائه نشود. نکته مهم آن است که در جراحی در سایه علاوه بر موضوعات مالی، سلامت جسم و جان بیمار نیز مطرح است. پزشک نباید مانند یک تنکسین صرفاً به دنبال بر طرف کردن

نهادیه کردن اصول خلاق حاکم در سوگند بقرات و آموزه‌های سایر اندیشمندان، نقش فزاینده‌ای در کنترل سوداگری در نظام درمان و پیرو آن جراحی‌های در سایه خواهد داشت. صرف سوگند یادکردن و رعایت تشریفات شکلی آن نمی‌تواند پزشکان را به سمت و سوی مسائل اخلاقی سوق دهد، اما نهادینه کردن آموزه‌های اخلاقی حاکم بر سوگندنامه نقش بازدارنده به سزایی خواهد داشت. در راستای درونی کردن باید و نبایدهای سوگندنامه بقرات، لازم است نگرش حاکم بر جامعه پزشکی ضمن به رسمیت شناختن واقعیت‌های مالی، از برتری مسائل اقتصادی بر اولویت موضوعات اخلاقی تغییر کند. یکی از روش‌هایی که می‌تواند این امکان را فراهم نماید، درگیر شدن با احساسات انسانی بیماران آسیب‌دیده است. مشاهده رنج‌ها و آلام بیمارانی که به دلیل غیبت پزشکان در اتاق‌های جراحی متحمل آسیب جسمی شده‌اند، سبب می‌شود که پزشکان دریابند که صرف غیبت و عدم حضور آنان در اتاق عمل می‌تواند چه خسارات جبران‌ناشدنی را برای بیماران، عزیزان و خانواده آن‌ها دربر داشته باشد. ساخت و پخش برنامه‌های مستند در محیط‌های درمانی که رنج و آسیب بیماران آسیب‌دیده را به تصویر کشد، نقش به سزایی در درک واقع‌بینانه از آسیب‌های وارده ناشی از این انحراف خواهد داشت. در مطالعات تطبیقی انجام‌شده برخی مستندها و مصاحبه‌های انجام‌شده با بیماران آسیب‌دیده از جراحی در سایه که بیانگر شرایط روحی و جسمی آنان بعد از عمل جراحی بوده، مشاهده شده است (۲۰).

راهکار دیگر مصاحبه و نشست‌های تخصصی با آسیب‌دیدگان محیط‌های درمانی است. ضروری است که از برخی از بیماران آسیب‌دیده در کنفرانس‌های متمرکز بر توسعه و گسترش اخلاق پزشکی دعوت به عمل آید و رو در رو با پزشکان و جامعه درمانی حرفه‌ای بیماران شنیده شود. قرارگرفتن بیماران و پزشکان در یک محیط واحد بدون رعایت ترتیبات عدم مساوات و برابری پزشک و بیمار و سخن از آلام و رنج‌های ناشی از محیط درمان می‌تواند بستری را فراهم نماید

که پزشکان و جامعه پزشکی مستقیماً با رنج‌ها و مصایب بیماران آسیب‌دیده مواجه شوند.

بررسی آمار و ارقام مربوط به بودجه حوزه بهداشت و سلامت در کشور گویای این حقیقت است که سیاست کلی دولت بیشتر بر درمان و نه سلامت تمرکز دارد (۲۱)، زیرا که سیستم بهداشت و درمان در حال حاضر از مقوله درمان، ورودی پول و حجیم نقدینگی خود را تأمین می‌کند. حجم گردش مالی در حوزه درمان نشان می‌دهد که بخش بهداشت و درمان صرفاً با یک نگاه تخصصی پزشکی و درمانی قابل مدیریت و کنترل نمی‌باشد، بلکه این سیستم یک چرخه اقتصادی نیز محسوب می‌شود. انجام عمل‌های جراحی یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی است که خدمات ضروری و بعضاً حیاتی و فوری از طریق آن ارائه می‌شود، با این وجود از منظر دیگر نیز، عمل جراحی به عنوان یک نوع فعالیت اقتصادی نیز تعریف می‌شود. لازم به شرح است که اصطلاح مصرف‌کننده از دانش اقتصاد به معنای حلقه آخر مرحله تولید که در ازای پرداخت پول از خدمت بهره‌مند می‌گردد، وارد نظام درمانی شده است. با این وجود از نگاه اقتصاد درمان، هرچند بیمار نیازمند به عمل جراحی، به عنوان مصرف‌کننده و ورودی نقدینگی در سیستم درمان شناخته می‌شود، اما از منظر اخلاقی نمی‌توان به بیمار به مثابه یک مصرف‌کننده صرف نگریست. بیمار در آستانه عمل جراحی به دلیل تحمل رنج و آلام بیماری جزء گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند. به همین دلیل مصرف‌کننده محسوب‌نمودن آن و نگاه اقتصادی صرف داشتن به وی به منزله تنزل جایگاه جراحی، نقش جراح و افول اخلاقیات است. در محیط‌های بالینی، هرچند رعایت ملاحظات اقتصادی و مالی لازم و ضروری است، اما با تقویت اخلاق حرفه‌ای نباید به بیمار تنها به دید یک مصرف‌کننده نگریسته شود (۲۲)، بلکه جنبه‌های دیگر انسانی همچون رویکرد کرامت‌مدارانه در تصمیمات بالینی باید ملاک عمل قرار گیرد، در نتیجه با تکیه بر اخلاق حرفه‌ای پزشکی، ملاحظات اقتصادی و مالی که جزء انکارناپذیر سیستم درمانی است باید در اولویت‌های بعدی قرار گیرد.

با وجود این، تحقیقات نشان می‌دهد که هرگز نمی‌توان اقلیت بی‌اخلاق را به طور کامل ریشه‌کن کرد، اما با تقویت فرهنگ حرفه‌ای و اعمال فشار بر هم‌تایان می‌توان میزان اکثریت اخلاق‌مدار را به حداکثر رسانید (۲۳). علاوه بر این، جراحان نیز همچون سایر شهروندان جامعه از فرهنگ غالب تأثیر می‌پذیرند. بنابراین هر اندازه فرهنگ صداقت و اخلاق‌مداری در جامعه به یک فرهنگ غالب مبدل شود، این امر در نظام درمان نیز به عنوان یک جزء از کل جامعه متأثر می‌شود و رویکردهای اخلاق‌مدارانه منتهی به کنترل می‌شود. در پایان ممکن است همچنان این سؤال در ذهن ایجاد شود که آیا وجود فرهنگ اخلاق‌مدارانه در جامعه اساساً به صورت کامل مانع شکل‌گیری اشکال مختلف جراحی‌های در سایه می‌شود؟ در پاسخ باید بیان داشت که هرچند وجود چنین بسترهای فرهنگی مانع شکل‌گیری گونه‌های جراحی در سایه می‌شود، اما لازم به ذکر است هرگز فرهنگ اخلاق‌مدارانه به یک فرهنگ کامل و ناخالص تبدیل نمی‌شود و در کلیه فرهنگ‌ها بخشی از بی‌اخلاقی همواره جاری می‌باشد. بنابراین اینجاست که وجود فرهنگ اخلاق‌مدارانه به عنوان یک جریان غالب و عمده می‌تواند این انحراف را صرفاً تا اندازه‌ای کنترل کند، اما به تنهایی نمی‌تواند مشکل را از ریشه بر کند، در نتیجه باید بر لزوم رویکردهای چندوجهی و سیستماتیک برای کنترل این انحراف بار دیگر تأکید نمود.

۲-۳. بهره‌گیری از فناوری‌های نوین: جرم را می‌توان پدیده‌ای مکانی توصیف کرد، بدین معنا که صرفاً با وجود یک موقعیت مکانی، وقوع جرم متصور است. بر اساس آموزه‌های جرم‌شناسی محیطی، جرم محصول انتخاب به هنگام بزهکار است، انتخابی که با فراهم‌آمدن یک موقعیت مکانی مناسب برگزیده می‌شود و بزهکار با ارتکاب، دست به یک شکار معقولانه منفعت می‌زند (۲۴). بهره‌گیری از فناوری‌های نوین اغلب به عنوان یک ابزار مثبت و کارآمد در راستای شفافیت و پاسخگویی در نظر گرفته می‌شوند. با توجه به این امر که فناوری‌های نوین طیف وسیعی از اقدامات و ابزارها را شامل می‌شود، در این قسمت به استفاده از دوربین‌های مداربسته و

سیستم حضور و غیاب همراه با ثبت اثر انگشت به منظور کنترل جراحی‌های در سایه اشاره می‌کنیم. به طور کلی، افراد و سازمان‌ها می‌توانند با کاهش فرصت‌ها از طریق روش‌های نوین از انجام اقدامات منحرفانه پرهیز و یا جلوگیری کنند. عمده توجه و تمرکز در این روش پیشگیری بر وضعیت پیش‌جنایی است، یعنی هنگامی که مرتکب در تلاش برای گذر به عمل بزهکارانه است، با ایجاد موانع و کاهش فرصت‌ها وی از مرحله اندیشه بزهکارانه عبور نمی‌کند و هرگز به مرحله عمل بزهکارانه نمی‌رسد. به عبارتی در این روش، کاهش یا حذف فرصت‌ها به عنوان یک رویکرد غالب در نظر گرفته می‌شود. به همین منظور برای مقابله و مبارزه با جراحی‌های در سایه، استفاده از بسترهای الکترونیک، همچون الزام قانونی بر نصب دوربین‌های مداربسته در اتاق درمان در جهت کاهش یا حذف فرصت‌های ارتکاب لازم است. علاوه بر نصب دوربین‌های مداربسته در اتاق جراحی، استفاده از سامانه‌های حضور و غیاب الکترونیک همراه با ثبت اثر انگشت برای نظارت بر حضور پزشک در اتاق عمل از دیگر راهکارهای پیشگیرانه می‌باشد. با توسل به این روش‌ها مرتکب فرصت گذر از اندیشه بزهکارانه به بزه را از دست می‌دهد. در خصوص لزوم نصب دوربین‌های مداربسته در اتاق عمل می‌توان به پرونده کوون (Kwon) اشاره کرد. در کره، کوون یک دانش‌آموز دبیرستانی بود که در سال ۲۰۱۶ مورد جراحی فک در کلینیک تخصصی قرار می‌گیرد. مادر وی بعد از انجام عمل فرزندش با بررسی فیلم دوربین‌های مداربسته متوجه می‌شود که جراحی توسط پزشک معالج متخصص انجام نشده و جراحی تنها با حضور یک پزشکی عمومی و بخشی از عمل توسط دستیاران و پرستاران بدون حضور پزشک صورت گرفته است. کوون بعد از عمل به دلیل وضعیت وخیم سریعاً از کلینیک به بیمارستان منتقل می‌شود و هفت هفته بعد فوت می‌کند. او در اتاق عمل ۳/۵ لیتر خون از دست داده بود و این میزان بیش از سه برابر مقداری است که توسط پرسنل پزشکی اعلام شده است. خانواده کوون در سال ۲۰۱۹ با طرح دعوی، ۴۳۰ میلیون وون (پول رایج کره جنوبی) غرامت دریافت می‌کنند و جراح در سال ۲۰۲۱ به اتهام قتل غیر عمد به سه سال زندان محکوم

شده است. پس از مرگ کوون، مادر وی مکرر در مقابل سالن جلسات مجلس ملی کره جنوبی اعتراض می‌کند و درخواست می‌نماید که نصب دوربین مداربسته در اتاق‌های عمل الزامی شود. سرانجام لایحه نصب دوربین‌های امنیتی در اتاق‌های عمل در اوت ۲۰۲۱ در کره جنوبی تصویب گشت (۲۵).

در حوزه جراحی‌های در سایه نظر به اینکه با پزشکان به عنوان مرتکبان بس خردمند مواجه هستیم، کنترل از طریق پیشگیری وضعی کارآمد خواهد بود، زیرا که اساساً پیشگیری وضعی در خصوص مرتکبان بس خردمند که با سنجش و مبتنی بر نظریه انتخاب عقلانی دست به ارتکاب این عمل می‌زنند، مؤثر است. به عبارتی پزشک به عنوان شخص هوشمند و آینده‌نگر رفتار و سلوک خود را تحت فشار تهدید ضمانت اجراهای قانونی و اجتماعی و اعمال آن‌ها در صورت انحراف، سازگار می‌کند.

تحقیقات در ایران حاکی از آن است که استفاده از دوربین‌های مداربسته در اتاق‌های درمان و بالاحص اتاق جراحی فاقد وصف الزام‌آور می‌باشد. بنابراین در ایران نیز می‌توان به منظور کنترل انحراف جراحی در سایه در حوزه پزشکی از الزام قانونی به نصب دوربین‌های مداربسته و به کارگیری سیستم‌های حضور و غیاب استفاده کرد، بدین ترتیب تا اندازه‌ای فرصت‌های ارتکاب جراحی در سایه را در درون نظام درمان کاهش داد. هرچند موضوعات مرتبط با حریم خصوصی و مباحث شرعی ممکن است در مواجهه با این پیشنهاد مطرح شود، اما در این خصوص بیان این نکته لازم است که امروزه با پیشرفت تکنولوژی در اکثر مکان‌ها از اماکن معمول همچون خواروبارفروشی گرفته تا سایر موارد همچون بانک‌ها و... نصب دوربین‌های مداربسته یک امر معمول و پذیرفته شده تلقی می‌شود، اما از استفاده از دوربین در اتاق عمل جراحی که مکانی در ارتباط مستقیم با جان و سلامت افراد جامعه می‌باشد، غفلت شده است. طی مصاحبه با یکی از قضات تخصصی حوزه درمان که موافق با نصب دوربین در محیط‌های بیمارستانی است، این موضوع بیان گشت که «بدن انسان به عنوان بارزترین جلوه حریم خصوصی است، حال به چه دلیل

باید در مکان و زمانی که فرد بیهوش است و پزشک با شخصی‌ترین بعد از حریم خصوصی فرد در ارتباط است، دوربین مداربسته برای نظارت بر نحوه عملکرد پزشک وجود نداشته باشد؟»، نصب دوربین در بخش‌هایی از اتاق عمل که تنها نشانگر اقدامات جراحان است و به آگاهی‌رساندن نصب دوربین در اتاق‌ها به پزشکان و بالاحص بیماران می‌تواند موضوعات مربوط به نقض حریم خصوصی و ملاحظات شرعی و فقهی را نیز تا اندازه‌ای مرتفع نماید. آنچه در خصوص دوربین‌های مداربسته نصب شده در اتاق‌های عمل مهم است، این امر می‌باشد که چه اشخاصی از دوربین‌ها و با چه اهدافی از آن استفاده می‌کنند. بنابراین نقض حریم خصوصی و مسائل شرعی با وضع دستورالعمل‌هایی در خصوص نحوه چرایی و چگونگی استفاده از فیلم دوربین‌ها قابل رفع خواهد بود، علاوه بر این تحقیق و بازرسی مکان‌های خصوصی برای یافتن مدرک قانونی در جوامعی که در آن آگاهی و احترام به حریم خصوصی وجود دارد نیز صورت می‌گیرد و یک امر بدیهی برشمرده می‌گردد. به عبارتی چنانچه قانون ابزاری مؤثر برای رسیدن به اهدافش در نظر گرفته شود، اعمال قانون نمی‌تواند در حوزه خصوصی به خاطر حق حریم خصوصی تعلیق شود (۲۶).

نکته دیگر آن است که علاوه بر الزامی بودن نصب دوربین مداربسته در اتاق‌های جراحی، دسترسی به موقع و به هنگام بیماران به فیلم دوربین‌های مداربسته و داده‌های مرتبط با سیستم حضور و غیاب نیز مسأله مهمی است که نباید از آن غافل گشت. طی بررسی‌های انجام شده در پرونده‌های مربوط به حوزه انحرافات پزشکی مشاهده شده است که در مواردی همچون سی‌سی‌یو که دوربین مداربسته در برخی بیمارستان‌ها نصب می‌گردد، همچنان مشکل دسترسی سریع و به موقع به فیلم دوربین‌ها برای بیماران وجود دارد. در اغلب موارد با توجه به زمان بربودن دادرسی به جهت ارجاع پرونده‌ها در بدو کار به شوراها و ویژه پزشکی و سپس گذشت مدت زمان طولانی تا صدور رأی مبنی بر عدم امکان سازش در شورا و متعاقباً ارسال پرونده به دادسرا، عملاً امکان قانونی دسترسی به فیلم

دوربین‌های مداربسته برای بیماران در مراحل ابتدایی پرونده وجود ندارد و با گذشت زمان فیلم دوربین‌ها در اکثر موارد در حافظه دستگاه باقی نمی‌ماند، هرچند مشاهدات در شورای ویژه پزشکی تهران حاکی از آن است که عموماً با طرح موضوع ضرورت دسترسی سریع به فیلم دوربین‌ها با سرپرست شورا، صورت جلسه عدم امکان سازش با سرعت تنظیم می‌شود و پرونده سریعاً به دادسرا ارجاع می‌گردد، با این وجود ضروری است. چنانچه قائل بر نصب دوربین‌ها و سیستم‌های الکترونیک حضور و غیاب در قانون باشیم، تمهیدات لازم برای دسترسی سریع و به هنگام به این موارد نیز در قانون پیش‌بینی شود. به طور مثال امکان دستور قضایی مبنی بر ارسال مستندات مربوط به فیلم دوربین‌ها و سامانه‌های حضور و غیاب در مرحله صلح و سازش در شوراها حل اختلاف ویژه پزشکی نیز فراهم گردد و یا از ارجاع پرونده‌ها به شورای‌های ویژه پزشکی در مواردی که امکان صلح و سازش در آن همچون موارد فوتی، منتفی است، اجتناب شود.

۳-۳. **اصلاحات ساختاری در نظام پرداخت:** در نهایت اصلاحات ساختاری سومین راهکار پیشگیری از انحراف جراحی در سایه می‌باشد که در این مقاله به گونه خاصی از اصلاحات ساختاری، تحت عنوان اصلاح نظام پرداخت اشاره می‌شود. از ابتدای دهه ۱۹۸۰ به بعد میلادی، در بازپروری و پیشگیری از پدیده مجرمانه بیشتر بر فرد و محیط تکیه می‌شد (۲۷). سازوکارهای پیشگیری همچون نصب دوربین در اتاق عمل و تدوین کدهای اخلاقی به منظور تقویت اخلاق حرفه‌ای پزشکی که به آن پرداخته شد، بر این امر تکیه دارد که انحراف از افراد و نه سازمان ناشی می‌شود. مطابق این دیدگاه هدف قراردادن افراد به احتمال زیاد نسبت به هدف قراردادن بافت سازمانی که فرد در آن مشغول به فعالیت است، موفقیت بیشتری در پیشگیری دربر خواهد داشت (۲۸). در حالی که اگرچه در انحرافات پزشکی بخشی از انحرافات از افراد ناشی می‌شود، اما ساختار نیز در سوق‌دادن اشخاص به رفتارهای منحرفانه اثرگذار است. بنابراین باید در تبیین سازوکارهای پیشگیرانه به ساختار نیز توجه ویژه داشت تا از

از این دو رویکرد را مشاهده کرد (۲۹).
در برخی شرایط اقدام به رفتارهای انحرافی آمیز به عنوان یک راهکار مقابله با واقعیت موجود و جهان بیرونی است. این امر در ادبیات نظری تحت عنوان «فساد برای بقا» بحث شده است. به عبارتی پزشکان در ساختار درمانی کشور، نیاز دارند برای بقا و ادامه حیات فاسد باشند. برای کنترل پیشبرد هدف پیشگیری از جراحی در سایه باید به این سؤال پاسخ داد که آیا پزشک انحراف دارد یا ساختار نظام درمان؟ آیا پزشک مجبور است برای بقا در سیستم درمان مرتکب جراحی در سایه شود یا به دلیل انحرافات فردی دست به این انحراف می‌زند؟ در پاسخ به این سؤال باید بیان کرد که مطابق یافته‌های تجربی و مصاحبه‌های انجام‌شده با پزشکان و کادر درمانی، نحوه پرداخت دستمزد به کنشگران تأثیر قابل توجهی در آمار انحرافات حرفه‌ای پزشکی در نظام‌های درمانی دارد. بررسی دقیق نظام درمان نشان می‌دهد که به دلیل وجود علل زمینه‌ای و ساختاری برخی از گونه‌های انحراف در درون نظام درمان شکل و گسترش پیدا کرده است. برخی از کنشگران نظام درمان به دلیل عدم تناسب در نظام پرداخت به سمت اشکالی از انحراف همچون جراحی‌های در سایه سوق پیدا کرده‌اند. بنابراین در این ساختار علاوه بر اینکه افراد ممکن است به دلیل لغزش‌های فردی مرتکب رفتارهای انحرافی آمیز حرفه‌ای بشوند، اما ساختار نیز بی‌اثر نیست. بنابراین با توجه به ساختار نظام درمانی کشور، در برخی موارد پزشک به دلیل درآمد کم و عدم تکافوی درآمد حاصله از فعالیت حرفه‌ای خود در مقایسه با هزینه‌ها ناچار است که با غیبت در اتاق عمل بر شمار جراحی‌های خود در طول روز و در نهایت به صورت

عقیده برخی از فعالان در حوزه بهداشت و سلامت، نظام کارانه یک نظام پرداخت پزشک‌محور محسوب می‌شود.

برای کنترل این انحراف در نظام درمانی که متکی بر پرداخت به صورت کارانه است توصیه می‌شود با توجه به اینکه پرداخت بر اساس میزان ارائه خدمت انجام می‌شود، پروتکل‌هایی برای رعایت استاندارد کیفیت خدمت ارائه‌شده تدوین شود. به طور مثال مطابق مصوبه هیأت وزیران در مورخ ۱۳۹۴/۰۲/۰۶ در تصویب تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش خصوصی، مستنداً به تبصره ۳ ماده ۱، متوسط زمان ویزیت در بخش خصوصی را برای پزشکان عمومی حداقل پانزده دقیقه، پزشکان متخصص حداقل بیست دقیقه، پزشکان فوق تخصص بیست و پنج دقیقه و روان‌پزشکان حداقل سی دقیقه تعیین نموده است (۳۱). نکته اساسی که مرتبط به بحث باشد، آن است که وضع چنین مقرره‌هایی در کنار سیستم پرداخت کارانه، می‌تواند نحوه کیفیت خدمات را به نحوی کنترل کند.

راهکار دیگر که به نظر می‌رسد می‌تواند تا حدی جراحی‌های در سایه را کنترل کند، تصویب سقف مجاز ارائه خدمت برای هر پزشک از طریق الزامات قانونی است. این موضوع خصوصاً در عمل‌های جراحی که از اهمیت بسیار برخوردار است، مهم و حیاتی می‌باشد. در واقع با تصویب و تدوین قوانین، دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌ها باید سقف عمل‌های جراحی که هر پزشک در یک بازه زمانی یک روزه و یا یک ماه مجاز به انجام است، معین شود و بدین نحو از ارائه خدمت با انگیزه به حداکثر رساندن تعداد عمل‌ها و کاهش کیفیت جلوگیری شود. پرداخت بر اساس عملکرد به عنوان جایگزین شیوه پرداخت بر اساس کارانه نیز می‌تواند به عنوان یک راهکار ارائه شود. به طور نمونه در سال ۲۰۰۵ در رواندا، استراتژی پرداخت بر اساس عملکرد منجر به کاهش چشم‌گیر جراحی‌های در سایه گردید. وزیر خدمات عمومی در سال ۲۰۱۶ گزارشی از عملکرد مطلوب این سازوکار کنترل ارائه نمود و از آن پس پرداخت به ازای عملکرد در تمام بیمارستان‌های دولتی در این کشور اجرا گشت (۳۲). همچنین شیوه دیگری که می‌توان توصیه نمود، روش پرداخت حقوق ثابت است. در این روش

ماهانه بیافزاید تا درآمد خویش را افزایش دهد و در سیستم درمانی بقا پیدا کند. یافته‌های تجربی و مصاحبه‌های انجام‌شده با پزشکان حاکی از آن است که انگیزه‌های مالی و عدم کسب درآمد مورد انتظار از سوی پزشکان، یکی از دلایل اصلی ارتکاب جراحی‌های در سایه می‌باشد. بنابراین تغییر در ساختار و اصلاحات نهادی راه حلی کارآمد و اثربخش در این حوزه برشمرده می‌شود.

پرداخت در سیستم درمان به صورت کارانه یا پرداخت به ازای خدمت (FFS: Fee For Service) می‌باشد. این روش پرداخت عموماً در کشورهای در حال توسعه پیاده‌سازی و از سال ۱۳۷۴ وارد نظام درمانی ایران نیز شده است (۳۰). نظام پرداخت بر اساس کارانه سبب کم‌رنگ‌شدن نقش پیشگیری از بیماری، کاهش کیفیت، کاهش زمان ارائه خدمت و افزایش کمیت خدمات، تمایل به سمت خدمات با تعرفه بالا و درمان‌های القایی شده و همچنین فاصله‌ها را در دسترسی به خدمات درمانی افزایش می‌دهد، بدین‌نحو که پزشکان برای کسب درآمدهای بیشتر در مراکز بزرگ‌تر، تمایل بیشتری به ترک مناطق دورافتاده پیدا خواهند کرد.

در این شیوه از پرداخت، پزشک به ازای تعداد بیماران و نوع خدمات ارائه‌شده درآمد کسب می‌نماید، با وجود اینکه مشخص‌بودن تعرفه به شفافیت نظام پرداخت کمک می‌کند، اما به کارگیری این روش ممکن است منجر به تأکید بیشتر بر کمیت خدمت و نه کیفیت گردد. به همین دلیل جراح برای کسب درآمد و منفعت مالی بیشتر به سمت جراحی در سایه سوق می‌یابد و بدین‌طریق می‌تواند به طور مثال با حضور در جراحی‌های همزمان و غیبت در بخشی از عمل جراحی، بر شمار تعداد عمل‌های خود در یک روز و سرانجام درآمد خویش به صورت ماهانه و سالانه بیافزاید. آنچه محل تأمل می‌باشد، آن است که پرداخت در تمام نظام درمان نیز به شکل کارانه نمی‌باشد. به طور مثال برای گروه‌های پرستاری چنین نظام پرداختی وجود ندارد و پرستاران با کسب حقوق ثابت ماهیانه بدون در نظر گرفتن تعداد بیمارانی که به آنان خدمات ارائه می‌کنند، مشغول به فعالیت می‌باشند. بنابراین به

در امور پزشکی را در نظر می‌گیرند، علاوه بر این، ضمانت‌های اجرایی پیش‌بینی‌شده نیز مبنی بر ادله و شواهد تجربی نمی‌باشد. با وجود این از ناکارآمدی پاسخ‌های موجود نیز لزوماً نمی‌توان حذف سیاست‌ها و پاسخ‌های موجود را نتیجه‌گیری کرد. به طور کلی ارائه هرگونه تصمیم و راهکار جایگزین باید مبتنی بر ارزیابی و شواهد تجربی، عقلانیت، سنجیدگی و مسبوق به بررسی و مطالعات کمی و کیفی باشد.

از جمله چالش‌ها در اتخاذ یک سیاست جنایی کارآمد و اثربخش در قبال جراحی در سایه آن است که با توجه به عدم گزارش‌دهی و اقبال کم بیماران در پیگیری ارتکاب جراحی در سایه رقم سیاه این انحراف بالا است، در نتیجه بسیاری از موارد کشف‌نشده باقی می‌ماند و صرفاً مواردی که منتهی به لطمه در سلامت جسم و جان بیمار می‌گردد، گزارش می‌شود. همچنین در موارد گزارش‌شده نیز بعضاً موانعی همچون ناتوانی بزه‌دیده در امر تعقیب به دلیل آسیب وارده بر سلامت جسمی و کهولت سن دیده شده است. در خصوص چالش‌ها، ترسیم مرز دقیق و شفاف بین پیامدهای حاصل از نیابت به پزشک دیگر در طول دوره جراحی و عوارض احتمالی بیماری نیز وجود دارد. پزشکان در اکثر موارد با استناد به آزادی عمل مأخوذه از برگ رضایت بیمار و صلاحیت تشخیصی خویش، تفویض در اتاق عمل به دیگری را توجیه می‌کنند.

به طور کلی بر اساس یافته‌ها و پژوهش‌های تجربی پزشکان انگیزه‌ها و علل مختلف برای غیبت در عمل‌های جراحی و واگذاری عمل جراحی به سایر افراد دارند. وضعیت موجود حاکی از آن است که اعمال رویکردهای سرکوب‌گرایانه همچون جرم‌انگاری یا تخلف‌انگاری نسبت به این انحراف حرفه‌ای پزشکی نتوانسته اهداف تعیینی، از جمله کاهش شمار جراحی‌های در سایه و غیبت را به نحو قابل قبول کاهش دهد. به عبارتی تا هنگامی که عوامل و بسترهای شکل‌گیری شناسایی و خنثی‌سازی نشود، این انحراف در سیستم درمانی کشور استمرار خواهد داشت و روز به روز بر تعداد آن نیز افزوده می‌شود. تقویت اخلاق حرفه‌ای پزشکی به شیوه کاربردی با تکیه بر نگاه کرامت‌مدارانه به بیمار، کاهش فرصت‌های ارتکاب از طریق الزام بر نصب دوربین‌های

یک مبلغ ثابت فارغ از تعداد بیماران، نوع خدمت و کیفیت خدمت و میزان آن پرداخت می‌شود. در این خصوص لازم به ذکر است که با به کارگیری این روش پرداخت، هرچند انگیزه ارتکاب جراحی‌های در سایه کاهش می‌یابد، اما در عمل انگیزه پزشکان برای فعالیت نیز کاهش می‌یابد و دیگر انگیزه‌ای برای ارائه خدمت با کیفیت و ویزیت بیماران بیشتر وجود ندارد. بنابراین با توجه به بروز مفسده‌های دیگر در بخش‌های دیگر حوزه درمان، در این پژوهش به دلیل اینکه به دنبال برطرف کردن انحراف حرفه‌ای پزشکی جراحی در سایه در ازای ایجاد انحرافات دیگر در سیستم درمان نمی‌باشیم، به کارگیری این روش علیرغم اینکه ممکن است شمار جراحی‌های در سایه را کاهش دهد، پیشنهاد نمی‌شود. در نتیجه بایسته است که نظام پرداخت بر اساس کارانه با تدوین دستور العمل‌هایی به منظور تضمین کیفیت خدمات ارائه‌شده، از جمله وضع حداقل زمان هر عمل جراحی و سقف مجاز تعداد عمل‌های جراحی در یک بازه زمانی روزانه و یا ماهانه برای هر پزشک تعدیل شود و یا سیستم پرداخت بر اساس عملکرد، جایگزین سیستم پرداخت کارانه شود.

نتیجه‌گیری

جراحی در سایه به عنوان یک انحراف حرفه‌ای پزشکی، جلوه‌ای خاص از بزه ترک محل خدمت موضوع ماده ۸ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷/۱۲/۲۳ است، هرچند در این ماده، ترک مؤسسه پزشکی از سوی کادرهای تخصصی در ساعات مقرر جرم‌انگاری شده و برای متخلف ضمانت‌های انضباطی پیش‌بینی گردیده، اما همچنان به صورت ویژه غیبت جراحان در اتاق عمل و واگذاری عمل به پزشک دیگر در رویه قضایی به رسمیت شناخته نشده است.

بررسی رویه قضایی بیانگر آن است که در برخی پرونده‌ها در صورتی که شخص فاقد صلاحیت عمل جراحی را انجام دهد، برای شخص فاقد صلاحیت قائل بر ارتکاب بزه مداخله در امور پزشکی و برای پزشک معالج اصلی نیز جرم معاونت در مداخله

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

در نگارش مقاله، از هوش مصنوعی بهره برده نشده است.

مدار بسته در اتاق‌های جراحی و سیستم حضور و غیاب مشروط به ثبت اثر انگشت در آن و همچنین اصلاح ساختارهای پرداخت حقوق و دستمزد از طریق تصویب مقرره‌هایی در راستای صیانت از کیفیت خدمات ارائه‌شده از جمله سازوکارهای پیشگیرانه‌ای است که انگیزه ارتکاب جراحی‌های در سایه را در بین پزشکان کاهش می‌دهد و در نهایت نقش پیشگیرانه خواهد داشت. با این وجود لازم به ذکر است که کنترل این انحراف نیازمند رویکردهای ترکیبی، چندجانبه و چندوجهی است و به هیچ وجه اعمال یک سازوکار به تنهایی نمی‌تواند اثر بخش و کارآمد باشد. به عبارتی باید پاسخ‌های واکنشی با تکیه بر مبانی نظری دقیق و ادله تجربی تعیین شوند و در کنار پاسخ‌های کنشی با بهره‌گیری از آموزه‌های حقوق کیفری و جرم‌شناختی و همچنین نظرات کارشناسی‌شده قضات، وکلا، کنشگران نظام درمان، سیاستگذاران و بیماران، وضعیت موجود ارزیابی و با توجه به نقاط قوت و ضعف بازبینی و اصلاح شود.

مشارکت نویسندگان

مهسا علیزاده: گردآوری مطالب، انجام مصاحبه‌ها و نگارش مقاله.

محمد فرجیها و روح‌الدین کردعلیوند: راهنمایی و نظارت بر مقاله.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

References

- Rahbari M. A look at the simultaneous employment of doctors in the public and private sector and the challenges of implementing the law prohibiting them. Social Studies Office. Report of Majles Research Center; 2013. No.13175 p.1-27. [Persian]
- Shamloo B. Criminal Policy. 1st ed. Tehrsan: Mizan Publications; 2021. [Persian]
- Lazarge CH. An introduction to criminal policy. Translated by Najafi Abrandabadi AH. 9th ed. Tehran: Mizan Publications; 2021. [Persian]
- Epstein N. Ghost surgery, including neurosurgery and other surgical subspecialties. *Surgical Neurology International*. 2019; 10: 157.
- MacKay W. Book Review Section: Salesman Surgeon. *Medicolegal News*. 1979; 15-23.
- Hong SE, Hong MK, Park BY, Woo KJ, Kang SR. Is the "ghost surgery" the subject of legal punishment in Korea?. *Annals of Surgical Treatment and Research*. 2018; 94(4): 167-173.
- Nekooie Moghadam M, Amiresmailie MR, Izadi A. Competitive analysis of private hospitals industry using Almas competitive model: Porter (a case study in Kerman city). *Qualitative Research in Health Sciences*. 2013; 5(1): 29-45. [Persian]
- Available at: <https://www.khabaronline.ir/news/2022720>.
- Darabi SH. Hybrid Criminal Policy Model. 1st ed. Tehran: Mizan Publications; 2023. [Persian]
- Lazarge CH. An introduction to criminal policy. Translated by Najafi Abrandabadi AH. 9th ed. Tehran: Mizan Publications; 2021. [Persian]
- Marti M. The great systems of criminal politics. Translated by Najafi Abrandabadi AH. 2nd ed. Tehran: Mizan Publications; 2013. [Persian]
- Gessen R. Inter-situational Relations and Delinquency Control. Translated by Najafi Abrandabadi AH. *Legal Research*. 2001; 3(127): 61-102. [Persian]
- Qorchi Beigi M. Under the supervision of Ali Hossein Najafi Ebrandabadi. *Deira al-Arif Criminal Sciences*. 1st ed. Tehran: Mizan Publications; 2018. p.460-477. [Persian]
- Hajivand A, Hosseini SH, Javan Jafari A. Ensuring Global Coexistence (the Right to a Healthy Environment) in the Context of Green International Criminal Policy. *Medical Ethics and Law Research Center*. 2024; 13(38): 1-11. [Persian]
- Najafi Tavana A, Milaky A. Approach of Iran's Criminal Policy to Medical Offences. *MLJ*. 2011; 5(17): 13-42. [Persian]
- Ansell M. Social Defense. Translated by Ashuri M, Najafi Abrandabadi AH. 6th ed. Tehran: Ganj-e Danesh Publications; 2022. [Persian]
- San A. The Ethical Fading: An Unconscious and Challenging Phenomenon. *Journal of Medical Ethics*. 2023; 17(48):1-4. [Persian]
- Khaleghizadeh M, Molki. H. Critical on Content of Medical Ethics Curriculum from the Perspective of Medical Ethics Experts: A Qualitative Study. 2014; 4(7): 70-84. [Persian]
- Morshidi M, Khar A. Criminal, Legislative and Judicial Policy of Physicians' Responsibility; a Review of Iran's Criminal Law. *Journal of Police Medicine*. 2018; 7(2): 87-95. [Persian]
- Available at: <https://www.wfaa.com/article/news/local/investigates/ghost-surgery-is-the-doctor-you-choose-the-one-holding-the-scalpel-maybe-not/287-021c2a6f-b66d-4ddf-bb61-b347e181d97f>.
- Majlis Research Center. Office of Social Studies, review of the 1402 budget bill of the whole country, credits for the field of treatment, serial number 18808. 2023.
- Bagheri Mutlaq N. The Rights of Consumers of Health Services. Tehran: Shahid Beheshti University Doctoral Dissertation; 2019. p.23. [Persian]
- Jones B, Jing A. Prevention not cures in tackling health-care fraud. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*. 2011; 89(12): 858.
- Moghimi M. Situational Spatial Components of Crime, Deira Al-Maarif of Criminal Sciences. 1st ed. Tehran: Mizan Publications; 2012. p.813. [Persian]
- Available at: <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/south-korean-lawmakers-vote-cameras-operating-rooms-after-surgery-deaths-2021-08-30>.
- Ahmad AA. Incommensurable values?. *Islam, Modernity, Violence and Everyday Life*. New York: Palgrave Macmillan US; 2009. p.183-187.
- Mirzaei F, Under the supervision of Ali Hossein Najafi Abrandabadi. *Deira Al-Maarif of Criminal Sciences*. 1st ed. Tehran: Mizan Publications; 2017. p.364. [Persian]
- Ghafari Cherati S, Zahedian MH. Criteria and bases of differentiating the criminal policy of crimes and violations related to health with a reflection on the

participatory criminal policy. Theory of Legal Studies. 2019; 11: 155-167. [Persian]

29. Irvanian A. Criminal Policy: Historical Background, Structure and Characteristics, Recent Developments in Criminal Sciences, Collection of Articles, under the supervision of Ali Hossein Najafi Abrandabadi. 1st ed. Tehran: Mizan Publications; 2009. p.65. [Persian]

30. Available at: <https://www.mashreghnews.ir/news/632240>.

31. Available at: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/928773>.

32. World Health Organization. Findings from a Rapid Review of Literature on Ghost Workers in the Health Sector: Towards Improving Detection and Prevention. 2020. p.18-20.