



The Iranian Association of
Medical Law



The Bioethics and Health
Law Institute

Comparative Analysis of the Principle of Legislative Quality in Medical Criminal Law: A Study of Iran and the Netherlands

Shabnam Bayat¹, Jafar Koosha^{1*}, Ghasem Ghasemi¹

1. Department of Criminal Law and Criminology, Faculty of Law, Theology and Political science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Given the direct impact of medical interventions on human life, criminal legislation in the healthcare sector must reflect the profession's unique sensitivities and ethical dimensions. This study aims to assess the degree of compliance with the principle of legislative quality in medical criminal laws in Iran and the Netherlands.

Method: This research was conducted using a descriptive-analytical approach, relying on document-based legal studies. The main data collection tool was note-taking from credible legal sources and legislative documents.

Ethical Considerations: Throughout the research process, all ethical principles of academic research were strictly observed, including scientific integrity, proper citation of sources, and neutrality in analyzing legal perspectives.

Results: Although the 2013 Islamic Penal Code of Iran explicitly affirms key principles such as the legality of crimes and punishments, it does not include a specific concept equivalent to the "principle of legislative quality" as a cornerstone of regulation in the field of medical criminal law. Furthermore, fundamental criteria for high-quality legislation-such as clarity, consistency, predictability and avoidance of regulatory conflict-have not been systematically integrated into Iran's legislative framework. In contrast, the Dutch legal system has institutionalized these principles not only at the legislative level but also in the implementation and interpretation of medical criminal laws, with particular emphasis on human rights foundations.

Conclusion: The findings of this study reveal that the principle of legislative quality in Iran's medical criminal law faces considerable challenges. Key issues include the proliferation of numerous-often contradictory-directives from executive bodies like the Medical Council and Ministry of Health, significant legal ambiguities within medical criminal statutes and inconsistent interpretations by the judiciary. These issues have eroded legal clarity, predictability and coherence, thereby diminishing trust within the medical community and jeopardizing patients' rights. By contrast, the Dutch criminal justice system demonstrates a more robust commitment to legislative quality, facilitated by the presence of a specialized independent advisory body that supports lawmakers in drafting and reforming medical criminal legislation. Moreover, the Dutch framework is anchored in fundamental human rights principles, particularly those of clarity and foreseeability in criminal law, which in turn promote public confidence and legal certainty in the administration of criminal justice within the healthcare context.

Keywords: Legislative Quality; Medical Criminal Law; Legal Ambiguity; Regulatory Conflict; Legal Certainty; Iran; Netherlands

Corresponding Author: Jafar Koosha; **Email:** jkoosha1959@gmail.com

Received: July 02, 2024; **Accepted:** November 13, 2024; **Published Online:** June 09, 2025

Please cite this article as:

Bayat SH, Koosha J, Ghassemi GH. Comparative Analysis of the Principle of Legislative Quality in Medical Criminal Law: A Study of Iran and the Netherlands. *Medical Law Journal*. 2025; 19: e17.



مجله حقوق پزشکی

دوره نوزدهم، ۱۴۰۴

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

هم‌سنگی اصل کیفی بودن در قوانین کیفری پزشکی در نظام حقوق جزای ایران و هلند

شب‌نم بیات^۱، جعفر کوشا^{۱*}، قاسم قاسمی^۱

۱. گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق، الهیات و علوم سیاسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اینکه حیات انسان‌ها به طور مستقیم تحت تأثیر اقدامات پزشکی قرار دارد، قانونگذاری کیفری در حوزه پزشکی باید با لحاظ حساسیت‌ها و ویژگی‌های خاص این حرفه دنبال شود. بی‌توجهی به این ملاحظات می‌تواند مانع تحقق اهداف مورد نظر قانونگذار شود. در این راستا، رعایت «اصل کیفی بودن» در قوانین کیفری، تضمین‌هایی روشن و مؤثر را برای حمایت از حقوق و تعهدات پزشکان و بیماران فراهم می‌آورد. اهداف اصلی این پژوهش، نخست بررسی میزان رعایت اصل کیفی بودن در قوانین کیفری پزشکی ایران و هلند؛ دوم شناسایی موارد نقض این اصل در نظام‌های حقوقی دو کشور، از جمله ابهامات قانونی و تعارض‌های مقرراتی است.

روش: این مقاله با روش توصیفی - تحلیلی و بر پایه مطالعات اسنادی نگاشته شده و ابزار اصلی گردآوری داده‌ها، فیش‌برداری از منابع معتبر حقوقی بوده است.

ملاحظات اخلاقی: در تمامی مراحل تحقیق، اصول اخلاق پژوهش، از جمله صداقت علمی، امانتداری در نقل مطالب، و رعایت بی‌طرفی در تحلیل دیدگاه‌ها به طور کامل رعایت شده است.

یافته‌ها: اگرچه در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ اصولی همچون اصل قانونی بودن جرم و مجازات به صورت صریح مورد توجه قرار گرفته است، اما مفهومی با عنوان مشخص «اصل کیفی بودن قانون کیفری» به عنوان یکی از ارکان تنظیم‌گری در حوزه جرائم پزشکی، در این قوانین مشاهده نمی‌شود. همچنین معیارهای ناظر بر کیفیت قانون کیفری، نظیر شفافیت، انسجام، پیش‌بینی‌پذیری و اجتناب از تعارض‌های مقرراتی، به طور ساختارمند در نظام تقنین ایران مد نظر قرار نگرفته‌اند. این در حالی است که در نظام حقوقی هلند، این اصول نه تنها در سطح قانونگذاری، بلکه در مرحله اجرا و تفسیر نیز با تأکید بر مبانی حقوق بشری، به صورت نهادینه لحاظ شده‌اند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اصل کیفی بودن در قوانین کیفری مرتبط با حوزه پزشکی در نظام حقوقی ایران، به دلایل متعددی از جمله: صدور آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های متعدد و بعضاً متعارض از سوی نهادهای اجرایی مانند سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت، وجود ابهامات گسترده در مقررات کیفری پزشکی و برداشت‌های تفسیری متعارض از سوی مراجع قضایی، با چالش‌های جدی مواجه است و عملاً در موارد متعددی نقض شده است. این وضعیت منجر به کاهش شفافیت، پیش‌بینی‌پذیری و انسجام در مقررات کیفری پزشکی شده و در نتیجه، نه تنها اعتماد جامعه پزشکی را تحت تأثیر قرار داده، بلکه حقوق بیماران نیز در معرض تهدید قرار گرفته است. در مقابل، در نظام حقوق کیفری هلند، به دلیل وجود یک نهاد تخصصی مستقل که به قانونگذار در زمینه تدوین و اصلاح مقررات کیفری پزشکی مشاوره می‌دهد، اصول حاکم بر کیفیت قانونگذاری، به ویژه اصل کیفی بودن، به نحو مؤثری رعایت شده است. افزون بر آن، این اصل در حقوق کیفری هلند بر پایه موازین حقوق بشر، به ویژه اصل شفافیت و اصل پیش‌بینی‌پذیری قوانین کیفری، مورد حمایت مضاعف قرار گرفته است که خود زمینه‌ساز اعتماد عمومی و امنیت حقوقی در فرآیندهای کیفری مرتبط با خدمات پزشکی شده است.

واژگان کلیدی: کیفیت قانونگذاری؛ حقوق کیفری پزشکی؛ ابهام حقوقی؛ تعارض مقرراتی؛ قطعیت قانونی؛ ایران؛ هلند

نویسنده مسئول: جعفر کوشا؛ پست الکترونیک: jkoosha1959@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۲۳؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۳/۱۹

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

Bayat SH, Koosha J, Ghassemi GH. Comparative Analysis of the Principle of Legislative Quality in Medical Criminal Law: A Study of Iran and the Netherlands. Medical Law Journal. 2025; 19: e17.

مقدمه

هرچند پژوهش‌های مرتبط با سلول‌های بنیادی به صورت رسمی از اوایل دهه ۱۹۸۰ میلادی در جهان آغاز شد، اما آغاز این تحقیقات در کشور چین به سال ۱۹۶۳ بازمی‌گردد، یعنی ۳۴ سال پیش از معرفی گوسفند شبیه‌سازی‌شده «دالی» به عنوان نخستین پستاندار شبیه‌سازی‌شده. در آن زمان، جنین‌شناس فقید «دیو تانگ (Dijo Tung)» با انتقال DNA از سلول یک کپور نر به تخمک کپور ماده، موفق به تولید نخستین ماهی شبیه‌سازی‌شده در جهان شد.

سلول‌های بنیادی، سلول‌هایی با قابلیت خودنوسازی و تمایز به سایر سلول‌ها هستند که در هر دو نوع سلول‌های جنینی و بالغ یافت می‌شوند. این سلول‌ها از دو منبع عمده به دست می‌آیند: ۱- بافت‌های بالغ؛ ۲- بافت‌های جنینی. بر پایه ویژگی‌های زیستی، این سلول‌ها در سه دسته کلی طبقه‌بندی می‌شوند:

۱- سلول‌های بنیادی جنینی (Embryonic Stem Cells)؛

۲- سلول‌های بنیادی بالغ (Adult Stem Cells)؛

۳- سلول‌های بنیادی خون بند ناف (Cord Blood Stem Cells) که از سال ۱۹۸۹ برای درمان برخی بیماری‌های خونی در کودکان مورد استفاده قرار گرفته‌اند و تحقیقات برای استفاده از آن‌ها در بزرگسالان نیز در حال پیشرفت است.

شایان ذکر است که سلول‌های بنیادی جنینی در دو مرحله متمایز از رشد جنین قابل استخراج‌اند: مرحله اول، بلاستوسیست جنین ۳ تا ۵ روزه (ESC)؛ مرحله دوم، از روز پنجم تا پیش از تولد (FSC: Fetal Stem Cells).

تفاوت اصلی این دو مرحله در قدرت تمایز و توانایی ساخت بافت‌های گوناگون است، به گونه‌ای که سلول‌های مرحله نخست دارای ویژگی «پرتوانی (Pluripotency)» بوده و توانایی تبدیل به اغلب انواع سلول‌های بدن را دارند.

در دهه‌های اخیر، کاربردهای پزشکی و درمانی سلول‌های بنیادی باعث طرح مسائل جدیدی در حوزه مسئولیت و حقوق کیفری شده است. ورود فناوری‌های نوین زیستی به عرصه درمان، پزشکان و کادر درمان را در معرض انواع تازه‌ای از

جرائم یا خطاهای پزشکی قرار داده که نیازمند جرم‌انگاری و تدوین مقررات کیفری روشن، دقیق و بدون ابهام است. چنین قاعده‌گذاری‌ای، از یکسو حقوق و تکالیف کادر درمان را مشخص می‌سازد و از سوی دیگر حقوق بیماران را تضمین می‌نماید و مانع از تضییع حقوق طرفین یا بروز سوءاستفاده می‌شود.

در این میان، رعایت اصل «کیفی‌بودن» قانون کیفری در حوزه پزشکی اهمیتی دوچندان دارد، چراکه حرفه پزشکی یکی از حساس‌ترین مشاغل خدماتی است و هرگونه ابهام یا خلأ در مقررات ناظر بر آن، می‌تواند مستقیماً سلامت و جان بیماران را به خطر اندازد. این ابهامات ممکن است در قواعد پیشگیرانه (نظیر مقررات اعطای مجوز طبابت) یا در قواعد کیفری (در تعریف مصادیق جرم، تعیین مسئولیت‌ها و مجازات‌ها) وجود داشته باشند.

از حیث نظری نیز، اصل کیفی‌بودن در میان اصول حقوق کیفری جایگاه برجسته‌ای دارد. این اصل از ابزارهای تضمین آزادی‌های فردی و منافع عمومی به شمار می‌رود و یکی از مباحث چالش‌برانگیز و بنیادین در حقوق کیفری، نه فقط در ایران و هلند، بلکه در سطح بین‌المللی است. در این راستا، شفاف‌سازی، انسجام‌بخشی، و قاعده‌گذاری دقیق بر پایه اصول بنیادین، ضرورتی انکارناپذیر دارد، چراکه در فقدان قوانین شفاف و نهادهای نظارتی کارآمد، یا امکان تضییع حقوق افراد پدید می‌آید و یا سازوکارهای اعتراض و دادرسی به طور کامل از میان می‌روند و اصل اعتبار امر مختومه نیز مخدوش می‌شود.

با وجود اهمیت فزاینده این موضوع، بررسی تطبیقی اصل کیفی‌بودن در قوانین کیفری پزشکی در نظام حقوقی ایران و هلند تاکنون کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بررسی‌های پیشین عمدتاً به اصول کلی حقوق کیفری پرداخته‌اند و به طور خاص به موضوع مورد بحث این پژوهش ورود نکرده‌اند. از جمله:

۱- حسینی، صفری و عرب‌زاده (۱۴۰۲ ش.) در مقاله‌ای با عنوان «ضرورت کاربست اصول بنیادین حقوق کیفری در رسیدگی به جرائم پزشکی» به تحلیل برخی اصول بنیادین

محسوب می‌شود، در موارد زیر قابل مجازات نیست: ... ج - هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا، یا سرپرستان و یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود...»

واژه «مشروع» در این ماده، فاقد تعریف دقیق حقوقی است و از منظر حقوق کیفری می‌تواند موجب ابهام شود، زیرا این مفهوم در تفسیر موسع، نه تنها به قانونی‌بودن، بلکه به انطباق با شرع نیز تفسیر می‌گردد. در این چهارچوب، اقداماتی مانند «قتل از روی ترحم» که در حقوق ایران جرم‌انگاری خاصی ندارد، ولی از منظر فقهی و شرعی مردود است، در یک وضعیت مبهم قرار می‌گیرند.

ابهام مشابهی در ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت نیز مشاهده می‌شود، جایی که مقرر شده است: «در صورتی که جان مادر به طور جدی در معرض خطر باشد...»

در اینجا نیز فقدان معیارهای عینی و مشخص برای تعیین «خطر جدی» بر جان مادر، زمینه‌ساز برداشت‌های متنوع و گاه متعارض از سوی مراجع قضایی و کارشناسی است. نبود استانداردهای پزشکی تعریف‌شده یا دستورالعمل‌های اجرایی از سوی سازمان پزشکی قانونی یا قوه قضاییه در این خصوص، موجب شده است تا رویه قضایی با تشتت آرای جدی مواجه شود.

با این حال، نمی‌توان ادعا کرد که اصل کیفی‌بودن در تمام جوانب حقوق کیفری پزشکی نادیده گرفته شده است. به عنوان نمونه، بخشنامه شماره ۱۰۰/۸۶۷۵/۹۰۰۰ مورخ ۱۳۹۳/۰۲/۱۶ ریاست وقت قوه قضاییه، خطاب به مراجع قضایی سراسر کشور، درباره حبس‌زدایی از جرائم پزشکی و استفاده از مجازات‌های جایگزین حبس، به مواردی چون حساسیت حرفه پزشکی، جایگاه اجتماعی متهم، قصد احسان به بیمار و سایر جهات مخففه اشاره کرده است. این موارد، به نوعی در راستای تبیین علل تفاوت در مواجهه با جرائم غیر عمدی ارتكابی از سوی پزشکان نسبت به دیگر اشخاص است و می‌تواند گامی مثبت در جهت شفاف‌سازی و تقویت اصل کیفی‌بودن تلقی گردد.

نظیر اصل قانونی‌بودن جرم و مجازات، اصل برائت و اصل تناسب مجازات‌ها پرداخته‌اند. با این حال، اصل کیفی‌بودن در این مقاله مغفول مانده و نتیجه‌گیری آن نیز فاقد پیشنهادات کاربردی و عینی است.

۲- علیرضائی و پوربافرانی (۱۳۹۸ ش.) در مقاله «درآمدی بر برخی از موانع تحقق عدالت کیفری پزشکی» به برخی موانع تقنینی در مسیر تحقق عدالت در جرائم پزشکی اشاره کرده‌اند که می‌تواند به طور غیر مستقیم با مفهوم کیفی‌بودن قانون مرتبط باشد. با این وجود، محور اصلی مقاله بر موضوع حاضر منطبق نیست. از این رو، پژوهش حاضر با تمرکز اختصاصی بر اصل کیفی‌بودن در حقوق کیفری پزشکی و بررسی تطبیقی آن در دو نظام حقوقی ایران و هلند، تلاشی نوآورانه در این حوزه به شمار می‌رود که می‌تواند خلأ مطالعاتی موجود را تا حدی پوشش دهد.

روش

این پژوهش با استفاده از روش توصیفی - تحلیلی انجام شده است. گردآوری داده‌ها و اطلاعات از طریق مطالعه منابع کتابخانه‌ای، شامل کتب، مقالات علمی و منابع معتبر حقوقی داخلی و بین‌المللی صورت گرفته است. تحلیل داده‌ها نیز بر پایه بررسی تطبیقی و استنباط مفهومی اصول حقوق کیفری در نظام‌های حقوقی ایران و هلند انجام پذیرفته است.

ملاحظات اخلاقی

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

یافته‌ها

بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که اصل کیفی‌بودن در حوزه قوانین کیفری پزشکی در نظام حقوقی ایران به طور قابل توجهی نقض شده است. یکی از نمودهای بارز این وضعیت، ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ است که مقرر می‌دارد: «ارتکاب رفتاری که طبق قانون جرم

بحث

۱. مفهوم‌شناسی اصل کیفی‌بودن در قوانین کیفری

پزشکی: اصل کیفی‌بودن در قوانین کیفری به این معناست که مقررات کیفری باید از شفافیت، انسجام درونی، دقت و قابلیت فهم عمومی برخوردار باشند، به گونه‌ای که شهروندان بتوانند به صورت معقول، پیامدهای حقوقی رفتار خود را پیش‌بینی کرده و بر اساس آن رفتار خود را تنظیم نمایند. این اصل که به عنوان یکی از زیرمجموعه‌های مهم اصل امنیت حقوقی شناخته می‌شود، بر ضرورت پیش‌بینی‌پذیری، قطعیت، دسترسی‌پذیری عمومی به محتوای قانون و پرهیز از ابهام، اجمال و تفاسیر گسترده تأکید دارد.

از الزامات تحقق اصل کیفی‌بودن آن است که اطلاعات حقوقی و مقررات کیفری برای افراد ذی‌نفع و عموم جامعه، به صورت شفاف، مستقیم و آزادانه در دسترس باشد. همچنین ضروری است این اطلاعات از طریق رسانه‌ها و سایر ابزارهای اطلاع‌رسانی به گونه‌ای منتشر شود که برای عموم قابل درک بوده و امکان تحلیل و فهم صحیح آن‌ها وجود داشته باشد (۳). اصل کیفی‌بودن را می‌توان یکی از زیرشاخه‌های مهم اصل امنیت حقوقی دانست. اصل امنیت حقوقی ایجاب می‌کند که هنجارهای قانونی با رعایت منافع تابعان حقوقی تدوین شوند، به گونه‌ای که شهروندان بتوانند به روشنی از حقوق و تکالیف خود آگاه شده و پیامدهای حقوقی رفتارشان را پیش‌بینی نمایند. از همین رو، امنیت حقوقی از ارکان بنیادین دولت حقوقی به شمار می‌رود، چراکه تضمین‌کننده ثبات نظام قانونگذاری، قطعیت هنجارهای حقوقی، حمایت مستمر از حقوق و آزادی‌های فردی و ایجاد اعتماد عمومی به نظام حقوقی است. در این چهارچوب، اصل کیفی‌بودن به عنوان یکی از اصول فرعی امنیت حقوقی، تضمین‌کننده کیفیت محتوایی قوانین است. این اصل بر ضرورت شفاف‌سازی در بیان حقوق و تکالیف قانونی، پرهیز از ابهام، انسجام ساختاری و قابل فهم‌بودن مقررات تأکید دارد و بدین‌وسیله نقش مؤثری در ارتقای قابلیت پیش‌بینی‌پذیری و کارآمدی نظام کیفری ایفا می‌کند (۴). تحقق مفهوم امنیت حقوقی، که به معنای ایجاد

اعتماد و اطمینان در فضای حقوقی است، مستلزم وجود عناصری نظیر ثبات هنجارها، شفافیت قانونی و مشارکت مردم‌سالارانه در فرآیند قانونگذاری از یکسو و اجرای مؤثر و بی‌طرفانه قوانین از سوی دیگر است. در این چهارچوب، شفافیت در تدوین و تبیین هنجارها و روابط حقوقی، امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است، چراکه گسترش آن، به تقویت ثبات و پیش‌بینی‌پذیری در روابط حقوقی منجر می‌شود.

در این میان، اصل کیفی‌بودن تضمین‌کننده کیفیت قوانین از منظر قابلیت فهم، انسجام ساختاری و پیش‌بینی‌پذیری برای همه شهروندان است. از منظر فنی، یک قانون کیفی باید به گونه‌ای تدوین شود که تمامی مواد آن دارای انسجام درونی بوده، فاقد ابهام باشد و نیاز به تفسیرهای متعدد و متعارض نداشته باشد. همچنین نتایج اعمال و وقایع حقوقی مرتبط با آن قانون باید به صورت روشن و مشخص در متن قانون منعکس شود، به گونه‌ای که شهروندان بتوانند آن را به درستی درک کرده و آثار حقوقی رفتار خود را پیش‌بینی نمایند. بدین ترتیب، دامنه اجرایی و مفهومی اصل کیفی‌بودن در تحقق یک نظام حقوقی قابل اعتماد، کاملاً نمایان می‌شود.

۲. بایسته‌های اصل کیفی‌بودن در قوانین کیفری پزشکی:

یکی از لوازم بنیادین اصل قانون‌مداری، رعایت اصل کیفیت قانونگذاری است. صرف تدوین مجموعه‌ای از مقررات، بدون توجه به معیارهای کیفی مانند شفافیت، انسجام و دقت مفهومی، نمی‌تواند دلیلی بر وفای قانونگذار به تعهدات ناشی از قانون اساسی در قبال اصل قانون‌مداری باشد. به همین ترتیب، قوای اجرایی و قضایی نیز نمی‌توانند با هر نوع تفسیر یا برداشت موسع از همین قوانین، مدعی تحقق این اصل شوند.

اصل قانون‌مداری در حقوق کیفری تنها زمانی تحقق می‌یابد که همراه با لوازم و اقتضائات مفهومی آن، از جمله اصل کیفی‌بودن قانون، رعایت گردد. به بیان دیگر، همان‌گونه که سه قوه به موجب قانون اساسی به رعایت قانون ملزم‌اند، به رعایت اصول مشتق‌شده از آن، از جمله اصولی همچون قانون‌نویسی شفاف، مبتنی بر امنیت حقوقی و تضمین‌کننده حقوق و آزادی‌های فردی نیز متعهدند، چراکه الزام به یک

اصل، به ناچار مستلزم التزام به لوازم منطقی و اجرایی آن نیز هست (۵). اصل قانونی‌بودن جرائم و مجازات‌ها از اصول اساسی حقوق کیفری ماهوی است که از اصل حاکمیت قانون منشعب می‌شود. این اصل تضمین می‌کند که تنها اعمالی می‌توانند جرم تلقی شوند و تنها مجازاتی می‌تواند بر افراد تحمیل شود که پیشاپیش به صراحت در قانون پیش‌بینی شده باشد.

اصل حاکمیت قانون که خود بر پایه اصل تفکیک قوا استوار است، اقتضا می‌کند که صلاحیت جرم‌انگاری و تعیین مجازات، منحصرأ در اختیار مرجع قانونگذار (مجلس) باشد. بر این اساس، هیچ فعلی - حتی اگر از منظر اخلاقی نکوهیده، از لحاظ اجتماعی مخل نظم عمومی، یا ناقض حقوق اشخاص باشد - تا زمانی که صراحتاً در قانون جرم‌انگاری نشده باشد، واجد وصف مجرمانه نبوده و نمی‌تواند موضوع مجازات قرار گیرد. بنابراین مرجع تشخیص جرم تنها قانون مصوب مجلس شورای اسلامی است و نه برداشت‌های فردی، اخلاقی یا اجتماعی و به همین دلیل، اصل قانونی‌بودن به مثابه یکی از مهم‌ترین ابزارهای صیانت از آزادی‌های فردی و جلوگیری از خودسرانه‌بودن اقدامات کیفری، شناخته می‌شود (۶).

عدالت کیفری از جمله وظایف ذاتی و حاکمیتی دولت‌هاست و در نتیجه، اصولاً غیر قابل واگذاری به بخش خصوصی است. به تعبیر دیگر، عدالت کیفری ذاتاً دولتی است، زیرا اعمال قدرت کیفری و تصمیم‌گیری درباره سلب یا محدودکردن آزادی‌های فردی، تنها در صلاحیت حاکمیت سیاسی و نهادهای عمومی مشروع است. با این حال، در سال‌های اخیر در برخی کشورها، به دلایل گوناگون، از جمله کاهش هزینه‌ها یا افزایش کارآمدی، مباحثی پیرامون خصوصی‌سازی عدالت کیفری مطرح شده است. این کشورها عمدتاً با رویکردی «تصدی‌گرایانه» به عدالت کیفری نگریسته‌اند. با وجود این تحولات، همچنان عدالت کیفری از منظر نظری و ساختاری، امری حاکمیتی باقی مانده و مسئولیت آن به طور انحصاری با دولت است.

در این چهارچوب، جوهره عدالت کیفری را می‌توان در برقراری تعادل میان دو رسالت بنیادین آن در قبال شهروندان دانست: از یکسو، تضمین عادلانه حق شهروندان به امنیت فراگیر در برابر جرائم، اعم از امنیت جانی، مالی، حیثیتی و اخلاقی؛ از سوی دیگر، صیانت از حقوق انسانی، دفاعی و رویه‌ای متهمان و محکومان در برابر کنشگران و نهادهای عدالت کیفری، به منظور تأمین آنچه از آن با عنوان امنیت حقوقی - قضایی یاد می‌شود.

عدالت کیفری زمانی تحقق واقعی می‌یابد که میان این دو بُعد - پاسخ‌دهی مؤثر به جرم و حفاظت از حقوق فرد در فرآیند دادرسی - توازن برقرار گردد.

۲-۱. اصل قانونی‌بودن جرم و مجازات: اصل قانونی‌بودن جرم و مجازات یکی از مبانی بنیادین در فرآیند جرم‌انگاری به شمار می‌رود و از نتایج مستقیم و ضروری اصل حاکمیت قانون است. رعایت این اصل منجر به تدوین قوانینی شفاف، دقیق و قابل پیش‌بینی می‌شود که شهروندان را قادر می‌سازد حقوق و تکالیف خود را به درستی بشناسند و بر اساس آن عمل کنند. در مقابل، بی‌توجهی به این اصل می‌تواند به تصویب قوانین مبهم و چندپهلوی منجر شود که زمینه‌ساز تفسیرهای ناهماهنگ، ناامنی حقوقی و تضعیف اعتماد عمومی خواهد شد. اصل حاکمیت قانون، که در قانون اساسی نیز جایگاهی محوری دارد، نه تنها ناظر بر رفتار شهروندان است، بلکه کلیه نهادهای حاکمیتی، از جمله دولت به معنای عام آن، روابط آن با اتباع، اشخاص حقوقی، و حتی دیگر دولت‌ها را نیز دربر می‌گیرد. در این چهارچوب، دولت قانون‌مدار دولتی است که قانون را نسبت به همه - حتی خود قانونگذار - برتر می‌داند و در راستای تأمین منافع عمومی و حمایت از حقوق شهروندان، به آن التزام عملی دارد.

در نظریه‌های مدرن حقوق عمومی، تأمین منافع شهروندان به عنوان غایت نهایی اصل حاکمیت قانون شناخته می‌شود و همین امر، معیار مشروعیت و محدودسازی قدرت عمومی تلقی می‌گردد (۷). با این حال، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اصل قانونی‌بودن جرم و مجازات در برخی حوزه‌های

پزشکی، به ویژه در خصوص تخلفاتی که ماهیتاً می‌توانند واجد وصف کیفری باشند، به درستی رعایت نشده است. نمونه بارز آن، ماده ۲۲ آیین‌نامه انتظامی سازمان نظام پزشکی در خصوص صدور نسخ پزشکی بدون رعایت اصول علمی و شرایط بالینی بیمار است. در این ماده آمده است: «صدور هر نسخه می‌باید بر اساس شرایط بیمار و اصول علمی صورت گیرد.» در ادامه، برای پزشک متخلف مجازات‌های انتظامی سه مرحله‌ای در نظر گرفته شده است:

الف - تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیأت مدیره نظام پزشکی محل؛

ب - اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی؛

ج - در صورت تکرار، توبیخ کتبی با درج در نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رأی در تابلو اعلانات نظام پزشکی.

با وجود این، باید توجه داشت که چنانچه صدور نسخه‌ای برخلاف شرایط بالینی بیمار، منجر به ورود آسیب جسمی، زیان مالی جدی یا حتی فوت بیمار شود، دیگر نمی‌توان این رفتار را صرفاً در زمره تخلفات انتظامی طبقه‌بندی کرد. در چنین مواردی، رفتار پزشک می‌تواند واجد شرایط جرم‌انگاری کیفری باشد. با این حال، به موجب اصل قانونی‌بودن جرم و مجازات و در نبود صریح جرم‌انگاری در قانون، امکان تعقیب کیفری چنین رفتارهایی وجود ندارد.

این وضعیت، بیانگر خلأ تقنینی جدی در حوزه جرائم پزشکی است؛ جایی که نظام انتظامی به جای نظام کیفری وارد عمل شده، در حالی که شدت آسیب ناشی از رفتار متخلفانه، اقتضای ورود نظام کیفری را دارد. عدم جرم‌انگاری چنین رفتارهایی، برخلاف هدف اصل قانونی‌بودن و مغایر با نیازهای فعلی در تأمین امنیت سلامت عمومی است.

۲-۲. اصل عدم تزامم در قاعده‌گذاری پزشکی: یکی از چالش‌های مهم در نظام حقوق کیفری پزشکی ایران، فقدان انسجام و هماهنگی در قاعده‌گذاری است، به گونه‌ای که اصل عدم تزامم، به عنوان یکی از پیش‌شرط‌های کیفی‌بودن قانون، در بسیاری از مقررات نادیده گرفته شده است. از جمله علل بروز این تزامم‌ها، تلاش قانونگذار برای تلفیق نظرات فقهی

سنتی با مقتضیات حقوق کیفری مدرن، بدون توجه به الزامات تقنینی و انسجام درونی نظام قانونگذاری است.

نمونه بارز این مسأله، تعارض میان ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری با مواد ۱۴۹ و ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی در زمینه «جنون کیفری» است. ماده ۱۴۹ قانون مجازات اسلامی تنها جنونی را مؤثر در رفع مسئولیت کیفری می‌داند که منجر به سلب قوه تمییز یا اراده شود، در حالی که ماده ۵۰۲ آیین دادرسی، دایره‌ای وسیع‌تر از اختلالات روانی را دربر می‌گیرد که لزوماً موجب فقدان اراده یا تمییز نیستند. این تعارض، محصول تلاش قانونگذار برای تأمین دیدگاه‌های فقهی بوده، اما به قیمت بروز ابهام و ناهمخوانی در متن قوانین منتهی شده است.

نمونه دیگر از تزامم مفهومی، استفاده مبهم و چندپهلوی از اصطلاح «متصدی امور پزشکی» در قوانین مختلف کیفری است. قانون مجازات اسلامی این اصطلاح را تعریف نکرده و مشخص نساخته است که آیا این عنوان تنها شامل پزشکان می‌شود یا سایر شاغلان حوزه سلامت، از جمله پرستاران، ماماها و تکنسین‌های درمانی را نیز دربر می‌گیرد. با توجه به اینکه مسئولیت کیفری پزشکان در قوانین با سایر کادر درمان تفاوت‌هایی دارد، عدم تفکیک دقیق این عنوان، به بروز ابهام در دامنه شمول و تفکیک مسئولیت کیفری منجر شده است.

ابهام مشابهی در ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ نیز مشهود است. در این ماده آمده است: «چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او برائت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانی، مالی یا نقص عضو نیست...».

در اینجا نیز مفهوم «طیب» تعریف نشده و این پرسش مطرح است که آیا منظور تنها پزشکان دارای مجوز رسمی‌اند یا سایر اشخاص دارای صلاحیت درمانی نظیر ماماها و پرستاران را نیز دربر می‌گیرد؟ این ابهام مجدداً در ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی نیز تکرار شده است که از واژه «طیب» استفاده می‌کند، بدون آنکه دایره شمول آن روشن شده باشد.

در مجموع، عدم رعایت اصل عدم تزامم و شفاف‌سازی مفاهیم در قاعده‌گذاری کیفری حوزه پزشکی، موجب بروز برداشت‌های

در نتیجه، عدم رعایت اصل شفافیت در چنین موادی، نمونه‌ای روشن از ضعف کیفی در فرآیند قانونگذاری کیفری به ویژه در حوزه پزشکی است که لزوم بازنگری و اصلاح ساختارهای تقنینی در این زمینه را نشان می‌دهد (۸).

از دیگر موارد قابل تأمل در قاعده‌گذاری کیفری حوزه سلامت، ابهام در حدود و معیارهای مسئولیت کیفری پرستار یا بیمار در قبال دستور اشتباه پزشک است. این موضوع در ماده ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ و تبصره یک آن جلوه‌گر است: «پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می‌کند، در صورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است، مگر آنکه مطابق ماده ۴۹۵ این قانون عمل نماید. تبصره ۱: در موارد مزبور، هرگاه مریض یا پرستار بداند که دستور اشتباه است و موجب صدمه و تلف می‌شود و با وجود این به دستور عمل کند، پزشک ضامن نیست، بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار است.»

این حکم با توجه به عرف حرفه‌ای پزشکی در ایران، بسیار محل ابهام و مناقشه است. بر اساس برخی اسناد قانونی، از جمله ماده ۵۴ قانون استخدام کشوری، چنانچه پرستار اشتباه پزشک را یادآوری کند و پزشک همچنان بر اجرای دستور تأکید داشته باشد، مسئولیت متوجه پزشک خواهد بود و نه پرستار. این دیدگاه، با نظام سلسله‌مراتب درمانی و جایگاه پزشک به عنوان مقام مسئول درمان سازگار است، اما در ماده ۴۹۶ ق.م.ا، به گونه‌ای برداشت می‌شود که در برخی شرایط، مسئولیت به پرستار یا حتی بیمار آگاه منتقل می‌شود. این مسأله از چند جهت محل تردید و نقد است:

از منظر مسئولیت کیفری، پرستار در چنین شرایطی در موقعیت اضطراب قرار دارد. او تابع سلسله‌مراتب حرفه‌ای است و در مقام اجراکننده دستور پزشک عمل می‌کند، در نتیجه آگاهی به اشتباه به‌تنهایی نمی‌تواند مسئولیت کامل را متوجه وی سازد، مگر آنکه عملاً قدرت امتناع از اجرا برای او متصور باشد.

در فرض مسئولیت، باید قاعده «اجتماع اسباب» در تحلیل حقوقی مد نظر قرار گیرد، به ویژه در صورتی که هر دو عامل

متعارض، تشتت در رویه قضایی و نقض اصل کیفی‌بودن قوانین شده است؛ امری که لزوم بازنگری دقیق در تقنین کیفری پزشکی را ایجاب می‌کند.

۳-۲. اصل شفافیت در حوزه قاعده‌گذاری کیفری پزشکی: یکی دیگر از اصول بنیادین در قانونگذاری کیفری پزشکی، اصل شفافیت است. این اصل ایجاب می‌کند که قوانین به گونه‌ای روشن، دقیق و بدون ابهام تدوین شوند تا تابعان قانون (اعم از شهروندان، پزشکان و حتی قضات) بتوانند تکالیف و حقوق خود را به وضوح درک کرده و بر اساس آن رفتار خود را تنظیم کنند. با این حال، بررسی مواد قانونی موجود نشان می‌دهد که این اصل در موارد متعددی نقض شده است. برای نمونه، ماده ۵۰۲ قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ مقرر می‌دارد: «اگر مجازات موجب تشدید بیماری یا تأخیر در بهبودی شود، با کسب نظر پزشکی قانونی، تا زمان بهبودی اجرای مجازات به تعویق می‌افتد. در جرائم تعزیری، اگر امیدی به بهبودی نباشد، تبدیل مجازات پیش‌بینی شده است.»

در این ماده، اگرچه اصل موضوع توجه به وضعیت سلامت محکوم‌علیه قابل توجه است، اما ابهامات قابل توجهی در خصوص مفاهیم به کار رفته وجود دارد، از جمله: مشخص نشده است چه نوع بیماری‌هایی مشمول این حکم هستند؛ آیا صرف ابتلا به بیماری‌های مزمن یا غیر علاج کفایت می‌کند یا صرفاً بیماری‌های خاص با شدت و ویژگی معین مد نظر است؟ معیار «امید به بهبودی» نیز تعریف نشده و معلوم نیست این امید باید بر اساس نظر پزشکی قطعی باشد یا صرف امکان علمی برای درمان کفایت می‌کند.

همچنین مشخص نیست در صورتی که بر اساس پیشرفت‌های علمی یا فناوری‌های نوین، امکان درمان در آینده فراهم شود، آیا این موضوع تأثیری در اجرای مجازات دارد یا خیر.

عدم تصریح به این موارد، علاوه بر ابهام برای قضات و مجریان قانون، زمینه‌ساز برداشت‌ها و رویه‌های قضایی متعارض شده و می‌تواند اصل برابری در اجرای قانون را مخدوش کند.

(پزشک و پرستار یا بیمار) در تحقق نتیجه زیانبار دخالت داشته باشند. در این صورت، نمی‌توان تمام بار کیفری را صرفاً بر دوش پرستار یا بیمار آگاه قرار داد، بلکه مسئولیت باید میان مسببان متعدد توزیع شود. در نهایت، نقل مسئولیت از پزشک به پرستار یا بیمار، بدون ضابطه روشن، مغایر با اصول حقوق کیفری پزشکی، از جمله اصل شفافیت و عدالت کیفری است، به ویژه در نظام‌هایی که پزشک رأس تیم درمان و تصمیم‌گیر نهایی محسوب می‌شود، بی‌توجهی به روابط سلسله‌مراتبی می‌تواند منتهی به مسئولیت‌های ناعادلانه و مخدوش‌شدن اعتماد عمومی به نظام عدالت کیفری شود.

۳. ارتباط میان حقوق کیفری پزشکی و اصل کیفی‌بودن:

ارتباط میان حقوق کیفری و حرفه پزشکی در جایی شکل می‌گیرد که فرآیند درمان از مسیر اصول و استانداردهای علمی پزشکی منحرف شده و برخلاف مقررات قانونی، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های حرفه‌ای صورت پذیرد. در چنین مواردی، حقوق کیفری به عنوان آخرین ابزار واکنش اجتماعی، وارد عمل شده و پزشک یا سایر اعضای کادر درمان در برابر نقض الزامات قانونی، پاسخگو خواهند بود. از آنجا که حیات و سلامت انسان‌ها در رأس ارزش‌های اجتماعی و حقوقی قرار دارد، تخلفات یا جرائم ارتكابی در حوزه پزشکی معمولاً با شدیدترین ضمانت اجرای کیفری مواجه می‌شوند. این اهمیت مضاعف ایجاب می‌کند که قوانین کیفری مرتبط با حوزه سلامت، با حداکثر شفافیت، انسجام و پیش‌بینی‌پذیری تدوین شوند.

در این چهارچوب، اصل کیفی‌بودن به عنوان یکی از اصول بنیادین تقنین کیفری، نقش اساسی در تضمین حقوق متقابل بیماران و کادر درمان ایفا می‌کند. این اصل مستلزم آن است که قوانین کیفری پزشکی نه تنها روشن و دقیق باشند، بلکه در هماهنگی کامل با دانش پزشکی روز، مقررات حرفه‌ای و مقتضیات حقوق بشر تنظیم شده باشند، به گونه‌ای که هم از مسئولیت‌گریزی متخلفان جلوگیری شود و هم پزشکان شریف و قانون‌مدار در حیطه وظایف مشروع خود از حمایت قانونی

کافی برخوردار باشند (۸). به طور کلی، رعایت اصل کیفی‌بودن در فرآیند قانونگذاری کیفری، نه تنها نشانگر عقلانیت تقنینی و دقت در بیان مفاهیم حقوقی از سوی قانونگذار است، بلکه بیانگر توجه به برابری حقوقی ذی‌نفعان نیز هست، چراکه ابهام در قوانین کیفری، بستر برداشت‌های متعارض، رویه‌های غیر همسو و تفسیرهای سلیقه‌ای را فراهم می‌سازد که می‌تواند به نقض عدالت کیفری منجر شود.

افزون بر این، عدم شفافیت در قوانین، زمینه‌ساز مداخله قوای دیگر به ویژه قوه مجریه و قوه قضاییه در امر تقنین می‌شود؛ امری که با اصل تفکیک قوا مغایرت دارد. بنابراین رعایت اصل کیفی‌بودن، افزون بر تأمین حقوق و آزادی‌های فردی، تضمینی برای حفظ حدود و اختیارات هر یک از قوای سه‌گانه و جلوگیری از تداخل وظایف حاکمیتی نیز به شمار می‌رود (۹). رعایت اصل کیفی‌بودن در قانونگذاری، به ویژه در حوزه حساس پزشکی، آثار و کارکردهای متعددی در پی دارد. نخست آنکه، این اصل موجب انسجام و یکپارچگی نظام تقنینی می‌شود، به گونه‌ای که تعارض، ابهام و خلأهای قانونی به حداقل می‌رسد و قابلیت اجرای مؤثر قانون افزایش می‌یابد؛ دوم، شفافیت ناشی از رعایت اصل کیفی‌بودن باعث می‌شود حقوق و تکالیف ذی‌نفعان به صورت دقیق و روشن مشخص گردد. این شفافیت، زمینه‌ساز پیشگیری مؤثر از بزهکاری است، چه در قالب پیشگیری وضعی از طریق کاهش موقعیت‌های پرخطر ناشی از ابهام قانونی، و چه در قالب پیشگیری اجتماعی از طریق ارتقای فرهنگ حقوقی، اعتماد عمومی و مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای.

نهایتاً در پرتو رعایت این اصل، شهروندان احساس امنیت حقوقی بیشتری خواهند داشت، زیرا می‌توانند با تکیه بر قوانین روشن و قابل فهم، رفتارهای خود را با اطمینان تنظیم کرده و در صورت تعرض به حقوق‌شان، از مسیرهای قانونی قابل پیش‌بینی، پیگیری نمایند. به این ترتیب، اصل کیفی‌بودن نه تنها یک ابزار تقنینی، بلکه ابزاری بنیادین برای اعتمادسازی و تضمین عدالت در نظام کیفری پزشکی است.

۴. مصادیق نقض اصل کیفی‌بودن در قوانین کیفری

پزشکی ایران: در نظام تقنینی ایران، بررسی قوانین و مقررات کیفری مرتبط با حوزه پزشکی نشان می‌دهد که اصل کیفی‌بودن در بسیاری از موارد رعایت نشده و دچار نقض ساختاری و محتوایی شده است.

یکی از مهم‌ترین نمودهای این وضعیت، تعارض میان آیین‌نامه‌های اجرایی صادرشده توسط سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت با قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی است. این تعارض‌ها که عمدتاً در حوزه «تنظیم‌گری حرفه پزشکی» شکل می‌گیرد، ناشی از نبود هماهنگی بین نهادهای قانونگذار و اجرایی و نیز فقدان سازوکار نظارتی مؤثر برای جلوگیری از مغایرت‌های قانونی است. نتیجه این وضعیت، ایجاد سردرگمی در تعیین وظایف حرفه‌ای و مسئولیت کیفری فعالان حوزه سلامت است.

از دیگر مصادیق نقض اصل کیفی‌بودن، می‌توان به استفاده از جملات طولانی، پیچیده و فاقد انسجام در مواد قانونی اشاره کرد. برای نمونه، مواد ۳۰۰، ۳۱۱ و ۳۲۶ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ نمونه‌هایی از نگارش غیر شفاف و پر از ارجاع‌های متداخل هستند که درک آن‌ها برای افراد غیر فنی و حتی برخی حقوقدانان دشوار است.

در حوزه پزشکی نیز پراکندگی احکام مربوط به مسئولیت کیفری کادر درمان و پرداخت دیه در موارد آسیب به بیمار، به وضوح با اصل کیفی‌بودن مغایرت دارد. در مواردی مانند وقوع خطای پزشکی در جریان جراحی، مراجعه‌کننده، قاضی یا حتی وکیل باید برای یافتن حکم واحد، به مواد متعددی از بخش تعزیرات قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ نظیر مواد ۵۸۷، ۵۹۲، ۶۰۰، ۶۰۷، ۶۱۱، ۶۲۹، ۶۳۵ و ۶۶۹ مراجعه کند. این پراکندگی و فقدان وحدت ساختاری، از یکسو موجب اتلاف وقت و انرژی قضایی می‌شود و از سوی دیگر، شهروندان را در مسیر احقاق حق دچار سردرگمی می‌سازد.

نکته نگران‌کننده دیگر، ورود شتاب‌زده نهادها و تأسیسات کیفری جدید در قوانین بدون تبیین دقیق مفاهیم و شرایط اجرایی آن‌هاست. این مسأله باعث شده است که برخی

نهادهای جدید مانند نهادهای جایگزین حبس، تعویق صدور حکم، تعلیق مجازات یا مسئولیت مضاعف در حوزه درمانی، با ابهام در نحوه اعمال و حدود شمول مواجه شوند. نبود دستورالعمل‌های اجرایی روشن و نیز تفسیرپذیری گسترده این مقررات، زمینه‌ساز اختلاف در رویه‌های قضایی و تعارض در استنباط‌ها شده است.

در مجموع، این مصادیق نشان می‌دهند که قانونگذار ایرانی، به ویژه در حوزه کیفری پزشکی، به الزامات اصل کیفی‌بودن - شامل شفافیت، انسجام، سهولت فهم، پیش‌بینی‌پذیری و سازگاری درونی مقررات - بی‌توجه بوده و همین امر، اثربخشی قانون و عدالت کیفری را در این حوزه به شدت کاهش داده است (۱۰). یکی دیگر از موارد بارز نقض اصل کیفی‌بودن در قوانین کیفری ایران، استفاده از قیود مبهم و کیفی به جای معیارهای روشن، دقیق و قابل سنجش کمی است. این شیوه نگارش، به ویژه در حوزه جرائم پزشکی، سبب بروز تفسیرهای گوناگون قضایی و تضعیف اصل پیش‌بینی‌پذیری در حقوق کیفری می‌شود.

نمونه روشن این مسأله، ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ است که به تشریح مصادیق افساد فی الارض می‌پردازد. در صدر این ماده از واژه کیفی «عمده» برای توصیف ارتکاب گسترده جرائم استفاده شده است. از میان هشت گروه رفتاری مشمول این ماده، دست کم دو مورد، یعنی «جنایت علیه تمامیت جسمانی افراد» و «پخش مواد سمی یا میکروبی آلوده» می‌توانند در حوزه جرائم پزشکی قرار گیرند.

ابهام زمانی آشکار می‌شود که بخواهیم مصداق‌سازی کنیم: برای مثال، اگر پزشکی به صورت عامدانه و غیر مجاز، بدون اخذ رضایت قانونی از بیمار یا اولیای او اقدام به برداشت اعضای بدن کرده و در بازار سیاه به فروش برساند، این پرسش مطرح می‌شود که چند مورد از چنین اقداماتی باید اتفاق بیفتد تا وصف کیفری «افساد فی الارض» بر آن صدق کند؟ به عبارت دیگر، «عمده» به چه میزان اطلاق می‌شود؟ آیا یک مورد کافی است؟ یا چند مورد؟ فقدان پاسخ روشن و کمی، قانون را تفسیرپذیر و ناعادلانه می‌سازد.

علاوه بر این، موانع ساختاری متعددی در نظام حقوق کیفری ایران مانع تحقق عملی اصل کیفی بودن شده‌اند، از جمله:

حجم بالای قوانین و مقررات کیفری که باعث پیچیدگی و آشفتگی نظام قانونگذاری شده است؛

پراکندگی مقررات کیفری مربوط به حوزه پزشکی در مواد مختلف قانونی و آیین‌نامه‌ای بدون انسجام موضوعی؛

تعدد مراجع تنظیم‌گر در حوزه سلامت، شامل سازمان نظام پزشکی، وزارت بهداشت و مجلس شورای اسلامی که موجب صدور مقررات متعارض یا هم‌پوشان می‌شود؛

تلفیق نظام حقوق کیفری شرعی و عرفی که در بسیاری از موارد بدون مرزبندی روشن، قواعدی با مبانی متفاوت در یک چهارچوب تقنینی گنجانده می‌شود، در نتیجه موجب ابهام در مفاهیم و اختلال در تفسیر قانونی می‌گردد.

در مجموع، این عوامل موجب شده‌اند که اصل کیفی بودن، به عنوان بنیان قانون‌نویسی منسجم و پیش‌بینی‌پذیر، در نظام کیفری پزشکی ایران در سطح نظری پذیرفته، اما در عمل نادیده گرفته شود.

۵. رویکرد نظام کیفری هلند به رعایت اصل کیفی بودن

در قوانین کیفری پزشکی: نظام کیفری هلند در سال‌های اخیر رویکردی متفاوت و کارآمد در مواجهه با چالش‌های قانونگذاری کیفری در حوزه پزشکی اتخاذ کرده است. به جای تکیه بر جرم‌انگاری گسترده و گسترش کمی مواد کیفری - که اغلب منجر به تورم قوانین و افزایش تعارضات و ابهامات تفسیری می‌شود - قانونگذار هلندی تلاش کرده است تا با تمرکز بر تدوین دستورالعمل‌های اخلاقی، تنظیم خودتنظیمی و شفاف‌سازی وظایف حرفه‌ای پزشکان، از بروز مداخلات کیفری غیر ضروری جلوگیری کند.

بررسی‌های تطبیقی نشان داده‌اند که تجربیات قانونگذاری در حوزه پزشکی در کشورهای مختلف، از جمله ایران، اغلب به دلیل توسعه افقی و بی‌رویه مقررات کیفری، دچار تداخل، تکرار، و ابهام شده‌اند. در مقابل، در نظام هلندی، به جای توسعه کیفری‌سازی، بر گسترش قواعد اخلاقی و استانداردهای رفتاری حرفه‌ای تأکید شده است.

نمونه بارز این رویکرد، «قواعد اخلاقی فدراسیون ملی پزشکان هلند (KNMG)» است که در سال ۲۰۲۲ منتشر شد. این سند توسط نهاد رسمی و تخصصی پزشکی کشور هلند تدوین شده و نقش مهمی در هدایت رفتاری پزشکان، شفاف‌سازی حدود مسئولیت حرفه‌ای و کاهش نیاز به مداخله کیفری ایفا می‌کند.

در همین راستا، نظام عدالت کیفری هلند با اجرای طرح‌هایی نظیر ASAP (As Soon As Possible) در پی افزایش کارآمدی رسیدگی به جرائم کم‌اهمیت از طریق استانداردسازی، تعیین ضرب‌الاجل‌های قانونی و تسهیل فرآیند رسیدگی بوده است. این ابتکارات با هدف جلوگیری از ازدحام نظام قضایی و تمرکز بر جرائم جدی‌تر طراحی شده‌اند و در عین حال، توازن میان کارآمدی و حاکمیت قانون را حفظ می‌کنند.

در مجموع، می‌توان گفت که رویکرد هلندی به قانونگذاری کیفری پزشکی، بیش از آنکه کیفری‌سازی را راه حل تلقی کند، بر پایه اصولی چون شفافیت، اخلاق حرفه‌ای، تخصص‌گرایی و حداقلی‌سازی مداخلات کیفری استوار است؛ رویکردی که به وضوح با اصل کیفی بودن در قانونگذاری هم‌راستا و هماهنگ است و می‌تواند الگویی مؤثر برای سایر نظام‌های حقوقی، از جمله ایران، محسوب شود (۱۱).

یکی از رویه‌های نوآورانه و قابل تحسین در نظام کیفری پزشکی هلند که در راستای تحقق اصل کیفی بودن در قانونگذاری کیفری اتخاذ شده، استقرار نهادی تحت عنوان «مأمور رسیدگی به شکایات (Klachtenfunctionaris)» در کلیه مراکز درمانی و بیمارستان‌ها از تاریخ ۱ ژانویه ۲۰۱۶ می‌باشد. این اقدام، که به موجب قانون کیفیت، شکایات و اختلافات مراقبت‌های بهداشتی (Wet Kwaliteit, WKKGZ: Klachten en Geschillen Zorg) اجرا شده، با هدف ارتقای کیفیت خدمات درمانی و تضمین حقوق بیماران طراحی شده است.

مطابق این قانون، مؤسسات درمانی موظف به تعیین یک مأمور مستقل برای رسیدگی به شکایات بیماران هستند. وظایف این مقام تنها به دریافت شکایات محدود نمی‌شود، بلکه شامل تحلیل و شناسایی موارد ابهام یا ناکارآمدی در قوانین و

رویه‌های درمانی نیز می‌گردد. گزارش‌دهی چنین مواردی به نهادهای نظارتی و تقنینی، می‌تواند نقش مهمی در اصلاح یا پیشگیری از تصویب مقررات کیفری مبهم در حوزه سلامت ایفا کند. این رویکرد، بازتاب‌دهنده نوعی سیاست جنایی مشارکتی و پیشگیرانه است که بر شفاف‌سازی مقررات، پاسخگویی نهادهای درمانی و ارتقای قابلیت پیش‌بینی‌پذیری قوانین کیفری تمرکز دارد.

با این حال، رعایت اصل کیفی‌بودن در قوانین کیفری پزشکی هلند، به طور کامل تحقق نیافته و همچنان با چالش‌هایی مواجه است. نمونه‌ای بارز از این چالش، در قانون داروهای هلند (Geneesmiddelenwet - GnW) قابل مشاهده است. به موجب این قانون، فروش، توزیع یا تأمین هرگونه داروی فاقد مجوز بازاریابی (Marketing Authorization) در هلند ممنوع تلقی شده است. این ممنوعیت، در راستای حفاظت از سلامت عمومی، گامی منطقی و ضروری محسوب می‌شود، اما ماده ۴۰ همین قانون، استثنائاتی را به صورت تمثیلی (و نه حصری) مقرر کرده است که موجب بروز ابهامات تفسیری گسترده در زمینه اجرای این مقررۀ کیفری شده‌اند. از جمله شرایط استثنایی مندرج در ماده ۴۰ قانون داروها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- تحویل داروهای ترکیبی به دانشکده‌های پزشکی؛
- استفاده داوطلبانه بیماران در چهارچوب پروژه‌های تحقیقاتی یا درمانی؛
- تأمین دارو بر اساس تشخیص مستقیم یا توصیه پزشک متخصص.

ماهیت تمثیلی و غیر محصور این استثنائات، زمینه را برای برداشت‌های سلیقه‌ای و عدم وحدت رویه در تفسیر و اجرای قانون فراهم می‌کند؛ موضوعی که در تعارض با اصولی همچون شفافیت قانونی، اصل قانونی‌بودن جرم و مجازات و پیش‌بینی‌پذیری قوانین کیفری قرار دارد.

در کنار این موارد، نظام کیفری هلند به ویژه در مدیریت اطلاعات سوابق کیفری شهروندان نیز ساختار منحصر به فردی دارد. افشای اطلاعات کیفری تنها به اشخاص ثالث ذی‌نفع و

در چهارچوب‌های قانونی خاص مجاز است، اما در عین حال، امکان غربالگری دقیق و فراگیر از طریق گواهی رفتار (VOG: Verklaring Omtrent het Gedrag) برای ارزیابی پیشینه متقاضیان اشتغال در مشاغل حساس فراهم شده است. این ترکیب از حفظ حریم خصوصی و نظارت هدفمند، یکی از ویژگی‌های متمایز سیاست کیفری مدرن هلند محسوب می‌شود.

در مجموع، هرچند نظام حقوقی هلند گام‌های مؤثری در راستای تحقق اصل کیفی‌بودن در قانونگذاری کیفری پزشکی برداشته است، اما مواردی همچون نحوه تنظیم استثنائات در قانون داروها، نشان‌دهنده ضرورت بازنگری‌های مستمر تقنینی برای حفظ انسجام، شفافیت و کارآمدی در سیاستگذاری کیفری این حوزه حیاتی است (۱۲).

در سال‌های اخیر، تلاش‌های نظام‌مند و هدفمندی برای بهبود تبادل اطلاعات در زنجیره عدالت کیفری هلند انجام شده است. این اقدامات عمدتاً بر توسعه و پیاده‌سازی زیرساخت‌های الکترونیکی تبادل داده‌ها (Electronic Data Exchange Systems) متمرکز بوده‌اند. هدف اصلی این سامانه‌ها، افزایش سرعت، دقت و سهولت دسترسی به داده‌ها میان نهادهای کلیدی فرآیند عدالت کیفری، شامل پلیس، دادستانی، محاکم قضایی و مؤسسات اصلاح و تربیت بوده است.

یافته‌های اولیه حاکی از آن است که این نوآوری‌ها، موجب ساده‌سازی فرایندهای اداری، کاهش خطاهای انسانی و ارتقای هماهنگی میان نهادهای ذی‌ربط شده‌اند. همچنین بهینه‌سازی زمان‌بندی در تبادل اطلاعات و بهبود قابلیت پیگیری پرونده‌ها نیز از نتایج قابل توجه این تحول دیجیتال به شمار می‌آید.

با این حال، اجرای این سیاست فناورانه، همچنان با چالش‌هایی نظیر ناسازگاری فنی میان سیستم‌های اطلاعاتی، مسائل مربوط به حریم خصوصی داده‌ها و ضرورت آموزش کاربران حرفه‌ای مواجه است. با وجود این موانع، حرکت به سوی دیجیتالی‌سازی جامع و کارآمد نظام عدالت کیفری، به ویژه در قالب تبادل الکترونیکی داده‌ها، به عنوان گامی اساسی در ارتقای شفافیت، کارآمدی و پاسخگویی فرآیندهای قضایی

در هلند تلقی می‌شود (۱۳). علاوه بر تحولات فناورانه، نظام عدالت کیفری هلند در سال‌های اخیر گام‌های مؤثری در جهت توسعه سازوکارهای جایگزین برای رسیدگی به جرائم برداشته است؛ سازوکارهایی که عمدتاً در چهارچوب سیاست‌های موسوم به عدالت ترمیمی (Restorative Justice) یا عدالت مشارکتی (Participatory Justice) قابل تحلیل هستند. هدف اصلی این ابتکارات، کاهش تراکم پرونده‌های کیفری در محاکم، تسهیل حل و فصل اختلافات از طریق گفتگو و مصالحه و تمرکز بر رفع نیازهای واقعی طرفین دعوی، به ویژه بزه‌دیدگان، مظنونان و جامعه محلی بوده است. با این حال، این الگوهای غیر رسمی حل و فصل، علیرغم مزایای متعدد، با ملاحظات انتقادی و چالش‌های حقوقی جدی نیز مواجه‌اند، از جمله مهم‌ترین نگرانی‌ها، می‌توان به موقعیت ضعیف و آسیب‌پذیر برخی از بازیگران فرآیند، به ویژه مظنونان یا متهمانی که از حمایت‌های قضایی یا مشاوره حقوقی مؤثر برخوردار نیستند، اشاره کرد. به باور برخی منتقدان، در فقدان نظارت رسمی نهادهای قضایی، این خطر وجود دارد که توازن قدرت میان طرفین به هم بخورد، تصمیم‌گیری‌ها متأثر از فشارهای غیر رسمی باشد، یا رضایت طرفین بیش از آنکه حاصل اراده آزادانه باشد، نتیجه اجبار روانی و نهادی تلقی شود.

از این رو، هرچند پذیرش عدالت ترمیمی به عنوان یکی از شاخصه‌های عدالت انسانی محور و کارآمد در نظام‌های حقوقی مدرن، از جمله هلند، قابل دفاع است، اما موفقیت بلندمدت این سیاست‌ها منوط به تضمین حقوق بنیادین افراد، نظارت حقوقی مؤثر و رعایت اصول دادرسی منصفانه خواهد بود (۱۴).
گفتمان عدالت کیفری در هلند طی دهه‌های اخیر، در پاسخ به نارضایتی‌های عمومی، تحولات اجتماعی و برخی بحران‌های ساختاری در حوزه نظم و امنیت عمومی دچار دگرگونی و بازاندیشی بنیادین شده است. این تحولات، به شکل‌گیری یک گفتمان اجتماعی نوین پیرامون جرم، بزه‌کاری و امنیت عمومی منجر گردیده که در آن، تأکید صرف بر سرکوب کیفری جای خود را به رویکردهای ترکیبی‌تری داده است که

ابعاد اجتماعی، پیشگیرانه، مشارکتی و انسانی عدالت کیفری را در مرکز توجه قرار می‌دهند.

در این چهارچوب، مفهوم عدالت نه فقط به عنوان واکنشی حقوقی به بزه، بلکه به مثابه پاسخی چندبعدی به دغدغه‌های امنیتی جامعه، اعتماد عمومی به نهادها و کارآمدی عملکرد دولت در مواجهه با پدیده جرم بازتعریف شده است. این دگرگونی گفتمانی، زمینه‌ساز توسعه سیاست‌هایی چون عدالت ترمیمی، میانجی‌گری کیفری و راهبردهای غیر قضایی حل و فصل اختلافات شده که همگی تلاشی برای بازگرداندن عنصر اجتماعی به هسته عدالت کیفری تلقی می‌شوند (۱۵).

افزون بر نوآوری‌های ساختاری، نظام عدالت کیفری هلند به دلیل رویکرد عمل‌گرایانه، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر کارآمدی در فرایند رسیدگی کیفری شناخته می‌شود. این ویژگی، تأثیر قابل توجهی بر طراحی قوانین آیین دادرسی کیفری و رویه‌های دادستانی (Prosecution Practices) در این کشور گذاشته است، به گونه‌ای که در بسیاری از موارد، ترجیح بر راه‌حل‌های عملی و سازوکارهای غیر رسمی بر رویکردهای صرفاً شکلی و تشریفاتی مقدم دانسته می‌شود.

در مطالعات تطبیقی، این سیستم اغلب در تقابل با نظام رسمی‌تر و ساختارمندتر عدالت کیفری آلمان قرار می‌گیرد؛ نظامی که به طور سنتی بر انضباط رویه‌ای، سلسله‌مراتب بوروکراتیک و تأکید شدید بر تضمینات شکلی استوار است. در مقابل، رویکرد هلندی، فضایی برای مصالحه، انعطاف در تعقیب کیفری و کاربست عدالت ترمیمی فراهم می‌آورد که هدف آن، پاسخگویی مؤثرتر به نیازهای واقعی جامعه و نظام عدالت است، نه صرفاً تحقق الزامات شکلی (۱۶). از جمله اصلاحات مهم در نظام عدالت کیفری هلند، می‌توان به بازنگری در قوانین مربوط به عدالت کیفری نوجوانان اشاره کرد. این اصلاحات با هدف ایجاد سازگاری بیشتر میان ویژگی‌های روان‌شناختی و اجتماعی جوانان با پاسخ‌های کیفری، و ارتقای انعطاف‌پذیری در برخورد قضایی با آنان صورت گرفته‌اند.

نظام حقوقی هلند تلاش کرده است تا از طریق این اصلاحات، رویکردهای حمایتی، آموزشی و ترمیمی را بر مداخلات

سختگیرانه و تنبیهی مقدم بدارد. به همین منظور، ترتیباتی همچون تعویق تعقیب، میانجی‌گری کیفری، برنامه‌های بازپروری و حتی اعمال برخی تدابیر جایگزین به جای حبس برای نوجوانان بزهکار در نظر گرفته شده است.

این سیاست‌ها، ضمن کاهش برچسب‌زنی کیفری و جلوگیری از مداخلات شدید قضایی، در پی آن‌اند که فرصت بازپذیری اجتماعی نوجوانان را در فرآیندهای قضایی حفظ و تقویت کنند؛ امری که همسو با اصول کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل نیز تلقی می‌شود (۱۷).

برای نزدیک به پنج دهه پس از جنگ جهانی دوم، نظام کیفری هلند در میان کشورهای غربی به عنوان یکی از لیبرال‌ترین، انسانی‌ترین و متکی بر اصول حقوق بشری شناخته می‌شد. سیاست جنایی این کشور عمدتاً بر پیشگیری، بازپروری و احترام به کرامت انسانی متمرکز بود و در سطح نظری نیز از جایگاه برجسته‌ای در ادبیات جرم‌شناسی و جرم‌انگاری برخوردار بود. مرکز مستندسازی و پژوهش وزارت دادگستری هلند (WODC) نقش کلیدی در تولید دانش علمی در این زمینه ایفا می‌کرد و نظام کیفری هلند به عنوان نمونه‌ای پیشرو در سیاست‌گذاری کیفری مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Criminal Policy) مطرح بود.

با این حال، از اواخر قرن بیستم تا اوایل هزاره سوم میلادی، این وضعیت دستخوش تغییرات قابل توجهی شد. تحت تأثیر عواملی نظیر افزایش نگرانی‌های عمومی درباره امنیت، تحولات جمعیتی ناشی از مهاجرت و رشد جرائم مرتبط با سلامت عمومی و دارو، سیاست جنایی هلند به سمت رویکردی سختگیرانه‌تر و سرکوب‌گرایانه‌تر حرکت کرد. در این دوره، جرم‌انگاری‌های گسترده، به ویژه در حوزه‌های پزشکی، بهداشتی و دارویی، به طور چشم‌گیری افزایش یافت؛ امری که از سوی بسیاری از حقوق‌دانان، پژوهشگران و حتی برخی قضات هلندی، به عنوان تهدیدی برای تعادل میان کارآمدی و عدالت کیفری مورد انتقاد قرار گرفت.

برخی منتقدان هشدار داده‌اند که افزایش بی‌رویه در جرم‌انگاری‌ها با عقب‌نشینی در تضمین حقوق بنیادین متهمان

همراه بوده است، به ویژه در زمینه‌هایی چون دسترسی به وکیل، دادرسی منصفانه و شفافیت قوانین. این تغییر رویکرد، با اصل کیفی بودن در جرم‌انگاری در تعارض قرار دارد و نشان می‌دهد که بازنگری در مرزهای مداخله کیفری، به ویژه در حوزه‌هایی مانند پزشکی و سلامت عمومی، امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است.

ضرورت بازگشت به اصل کیفی بودن در جرم‌انگاری پزشکی همچنین از این واقعیت نشأت می‌گیرد که هلند برای سال‌ها، نه تنها در عرصه سیاست جنایی داخلی، بلکه در حوزه جرم‌شناسی تطبیقی نیز، نقش الگویی برای سایر کشورها ایفا کرده است. بدیهی است که تداوم اعتبار این الگو، در گرو حفظ توازن میان کارآمدی اجرایی و رعایت اصول بنیادین حقوق کیفری است.

در عین حال، عوامل جمعیتی و تاریخی نیز در این روند مؤثر بوده‌اند. پس از پایان جنگ جهانی دوم و روند استقلال مستعمرات سابق هلند - از جمله اندونزی و همچنین حضور فزاینده مهاجران از کشورهای مانند ترکیه، مراکش و کشورهای حوزه کرائیب و آمریکای لاتین - مسائل جدیدی در زمینه سلامت عمومی و بهداشت جمعیتی پدید آمد. در واکنش به این شرایط، قانونگذار هلندی برخی مداخلات کیفری در حوزه دارو و سلامت را ضروری دانست که گرچه در پی حفاظت از سلامت جمعی بود، اما در مواردی با افراط در جرم‌انگاری و کاستن از حقوق دفاعی متهمان همراه شد (۱۸). در نظام حقوقی هلند، مجموعه‌ای از رفتارهای ناقض اصول حرفه‌ای، اخلاقی و قانونی در حوزه سلامت و درمان، تحت عنوان «جرائم پزشکی (Medical Offences)» مورد جرم‌انگاری قرار گرفته‌اند. این دسته از جرائم، از حیث موضوع و ماهیت، در تقاطع میان حقوق کیفری، اخلاق پزشکی و مقررات نظام سلامت عمومی قرار دارند و هدف از جرم‌انگاری آن‌ها، صیانت از سلامت جسمی و روانی بیماران، اعتماد عمومی به نظام درمانی و حفظ کرامت انسانی است.

از جمله مصادیق مهم جرائم پزشکی در حقوق کیفری هلند می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

نتیجه‌گیری

در نظام حقوقی ایران، اصل کیفی‌بودن در قانونگذاری کیفری به ویژه در حوزه جرائم پزشکی، با چالش‌ها و نارسایی‌های متعددی مواجه است. این اصل که بر لزوم شفافیت، دقت، پیش‌بینی‌پذیری و اجتناب از ابهام در مقررات کیفری تأکید دارد، در سیاست کیفری ایران غالباً مورد غفلت قرار گرفته است. دلایل متعددی را می‌توان برای این بی‌توجهی برشمرد، از جمله:

- عدم آشنایی کافی نمایندگان مجلس شورای اسلامی با اصول قانون‌نویسی کیفری و معیارهای جرم‌انگاری در حوزه سلامت؛
- بی‌توجهی به حقوق بیماران به عنوان محور اصلی جرم‌انگاری پزشکی و غلبه نگاه تکلیف‌محور به جای رویکرد حق‌مدار؛
- وجود تعارض‌های قانونی و چندگانگی در مقررات ناظر بر تخلفات پزشکی که موجب سردرگمی و تفسیرهای متعارض می‌شود؛

- عدم بهره‌گیری از تجارب کشورهای موفق در قانونگذاری کیفری پزشکی، به ویژه در حوزه‌های مرتبط با اخلاق حرفه‌ای، مسئولیت مدنی و کیفری پزشکان؛

و در نهایت، تلفیق گاه غیر منسجم قواعد فقهی با موازین حقوقی مدرن در قوانین کیفری ایران، به ویژه در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ و قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ که بر ابهام و عدم قطعیت در بسیاری از موارد افزوده است.

در نقطه مقابل، تجربه حقوقی هلند نشان‌دهنده رویکردی نظام‌مندتر و کیفی‌تر در قانونگذاری کیفری پزشکی است. از جمله مهم‌ترین ویژگی‌های این تجربه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- پرهیز از کثرت و پراکندگی قوانین کیفری در حوزه سلامت، به منظور جلوگیری از تعارضات و ابهام در تعیین مسئولیت‌های کیفری پزشکان؛
- توجه به توسعه و نهادینه‌سازی استانداردهای اخلاقی حرفه‌ای، به عنوان ابزار مکمل قانونگذاری و پیشگیری؛

نقض محرمانگی اطلاعات پزشکی بیماران (Schending van het Beroepsgeheim): افشای اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت یا سوابق درمانی بیماران توسط پزشک یا سایر کادر درمان، بدون رضایت قانونی یا ضرورت مبتنی بر قانون، از جمله جرائم جدی محسوب می‌شود.

انجام اقدامات پزشکی یا جراحی بدون مجوز قانونی (Uitoefening van Geneeskunde Zonder Vergunning): اشتغال به حرفه پزشکی، یا انجام جراحی، تجویز دارو، یا اعمال درمانی توسط اشخاص فاقد صلاحیت حرفه‌ای و مجوز رسمی از سازمان‌های نظارتی، جرم‌انگاری شده است.

ارائه دارو یا مواد درمانی غیر مجاز: توزیع یا فروش داروهایی که فاقد تأیید رسمی در چهارچوب قانون داروهای هلند (Geneesmiddelenwet) هستند، از جمله جرائم رایج در این حوزه محسوب می‌شود.

قصور یا سهل‌انگاری حرفه‌ای (Medische Nalatigheid): اگر قصور پزشکی به آسیب جسمی یا مرگ بیمار منجر شود، می‌تواند مشمول تعقیب کیفری قرار گیرد، به ویژه در صورت فقدان رعایت اصول احتیاط حرفه‌ای.

دخالت در درمان بدون رضایت آگاهانه بیمار: انجام درمان‌های تهاجمی یا جراحی بدون کسب رضایت معتبر و آگاهانه از بیمار، ممکن است به عنوان تعرض به تمامیت جسمانی و آزادی فردی تلقی شود و پیگرد کیفری در پی داشته باشد.

مقررات مربوط به این جرائم در قوانین مختلفی چون قانون کیفری عمومی هلند (Wetboek van Strafrecht)، قانون مراقبت‌های بهداشتی (BIG: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) و قانون داروها (Geneesmiddelenwet) پیش‌بینی شده‌اند.

رویکرد کیفری هلند در قبال این جرائم، مبتنی بر تعادل میان حمایت کیفری از حقوق بیماران و جلوگیری از ورود افراطی و غیر ضرور نظام کیفری به روابط درمانی است. با این حال، برخی ابهامات قانونی و افزایش تدریجی جرم‌انگاری‌های پزشکی، انتقادات حقوق‌دانان هلندی درباره لزوم کیفی‌سازی مقررات کیفری پزشکی را به همراه داشته است.

تضاد منافع

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

تأمین مالی

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

بیانیه هوش مصنوعی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که در نگارش مقاله از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

- تدوین مقررات کیفری با رعایت اصل سلسله‌مراتب حقوقی و احترام به اسناد بنیادین حقوق بشری اروپایی، به ویژه در زمینه «حق بر سلامت» و «حق بر دادرسی منصفانه»؛ و الزام به رعایت شفافیت و قابلیت فهم عمومی مقررات کیفری، به گونه‌ای که شهروندان و متخصصان بتوانند به وضوح حدود مجاز و غیر مجاز رفتاری را درک نمایند.

با وجود این، باید اذعان داشت که تجربه هلند نیز از کاستی‌ها و نارسایی‌هایی خالی نیست. به عنوان نمونه، قانون داروهای هلند (Geneesmiddelenwet) در خصوص جرم تأمین و توزیع غیر قانونی محصولات دارویی، حاوی ابهاماتی قابل توجه است. ماده ۴۰ این قانون، استثنائاتی را در قبال مسئولیت کیفری در قالب عباراتی تمثیلی و غیر حصری پیش‌بینی کرده است، از جمله مواردی چون تحویل داروهای ترکیبی به نهادهای دانشگاهی، مصرف داوطلبانه توسط بیماران یا تأمین دارو بر اساس اظهار نظر پزشک.

این نحوه نگارش، با استفاده از اصطلاحات گسترده و تفسیربردار مانند «اظهار نظر پزشکی»، موجب تشتت آرا در رویه قضایی و تفسیرهای متفاوت توسط محاکم شده است. این امر نشان می‌دهد که حتی در نظام‌هایی با رویکرد کیفی، ضرورت بازبینی و به‌روزرسانی مداوم مقررات کیفری در حوزه پزشکی امری حیاتی و اجتناب‌ناپذیر است.

مشارکت نویسندگان

شب‌نم بیات: نگارش مقاله، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها، گردآوری مطالب.

جعفر کوشا و قاسم قاسمی: نظارت بر مقاله، تجزیه و تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله.

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

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

References

1. Saidipour B, Naderi GH. Medical crimes in Iranian criminal law. *Jurisprudence, Law and Criminal Sciences Quarterly*. 2020; 5(16): 47-53. [Persian]
2. Alirezaei M, Poorbafrani H. Introduction to Some of the Obstacles to Realization of Medical Criminal Justice. *MLJ*. 2019; 13(50): 7-27. [Persian]
3. Kamali Y. What is good governance? *Tadbir Monthly*. 2009; 206: 20-22. [Persian]
4. Vijeh MR. The Protection of the Principle of Transparency by Constitutional Courts. *Journal of Legal Research*. 2011; 10(19): 181-204. [Persian]
5. Touhid-Khaneh MS. Legislation and Legality -- A Critical Study of Afghan Criminal Law. *Criminal Law Research*. 2018; 8(2): 31-62. [Persian]
6. Mohseni F, Farajpour Asl Marandi AA. The principle of the rule of law in Iran's judicial system. *Islamic Government*. 2013; 18(2): 91-118. [Persian]
7. Valinavaz D, Vahedzadeh J. Principles, Criteria and Challenges of Criminal Law and Forensic Medicine in Diseases Leading to Non-Endurance of Imprisonment. *MLJ*. 2018; 12(44): 143-174. [Persian]
8. Krštenić J, Bukovala J, Ivannikov N. Criminal Law Aspects of Medical Issues of Doctors and Patients. *International Journal of Economics & Law*. 2021; 11(31): 82-91.
9. Berhani M, Naderi Fard M. Sharia-based Ta'zir; its Concept in Fiqh and its Legal Examples. *Journal of Criminal Law Research*. 2015; 3(10): 89-112. [Persian]
10. Salet R, Terpstra J. Criminal justice as a production line: ASAP and the managerialization of criminal justice in the Netherlands. *European Journal of Criminology*. 2020; 17(6): 826-844.
11. Boone M. Privacy, promotionalism and the proliferation of state-performed criminal record screening in the Netherlands: How a restrictive legal framework can still result in a steep increase of criminal background checks. *Criminology & Criminal Justice*. 2023; 23(1): 174889582311614.
12. Langbroek PH, Tjaden MI. Organising Data Exchange in the Dutch Criminal Justice Chain. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*. 2009; 5(28): 8-26.
13. Boone M, Langbroek P. Problem-Solving Initiatives in Administrative and Criminal Law in the Netherlands. *Utrecht Law Review*. 2018; 14(3): 64-76.
14. Pakes F. The Politics of Discontent: The Emergence of a New Criminal Justice Discourse in the Netherlands. *The Howard Journal of Criminal Justice*. 2004; 43(3): 284-298.
15. Tops PW, Spijk LV, Valkenhoef JV, Van der Torre E. The Netherlands and Synthetic Drugs an Inconvenient Truth. The Hague: Eleven International Publishing; 2018.
16. Nys H. Medical Law in the Netherlands. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer; 2021.
17. Sanders A, Griffiths D. Bioethics, Medicine and the Criminal Law: Medicine, Crime and Society. Cambridge: Cambridge University Press; 2013. Vol.2.
18. Hofmann R. Formalism versus pragmatism – A comparative legal and empirical analysis of the German and Dutch criminal justice systems with regard to effectiveness and efficiency. *Maastricht Journal of European and Comparative Law*. 2021; 28(4): 452-478.
19. Schmidt EP, Rap SE, Liefwaard T. Young Adults in the Justice System: The Interplay between Scientific Insights, Legal Reform and Implementation in Practice in the Netherlands. *Youth Justice*. 2020; 21(2): 172-191.
20. Meynen G. Legal Insanity in the Netherlands: Regulations and Reflections. In: *The Insanity Defence*. Oxford: Oxford Academic; 2022. p.274-294.