

## Quasi-Judicial Authorities Investigating Violations in the Provision of Health Care Services

*Narges Baqeri Motlaq<sup>1</sup>, Abbas Qasemi Hamed<sup>2</sup>*

### Abstract

Patients are the main consumers of health care services and among the most vulnerable social classes. They are in a special situation because of the physical and emotional stresses caused by the illness as well as the financial burden of medical services. In contrast, the advancement, diversification and specialization of health care services have led patients to face a group called "health care service providers"; Therefore, it seems necessary to support patients who inevitably receive health care services on one hand and are not familiar enough with their rights on the other hand. Violations in the medical field, depending on their type, may be in the jurisdiction of the public or revolutionary courts. However, due to the specialized nature of violations in health care field and for speeding up proceedings, some authorities other than judicial authorities have also been established to deal with medical professional violations. These authorities are only competent in matters specified by law and, unlike the courts of justice, are not under the supervision of the judiciary. These authorities are either under the supervision of the executive or extrajudicial power or in the form of law enforcement agencies dealing with the specialists' violations, with the presence of representatives from the judiciary and related organizations. In this article, competent non-judicial authorities dealing with lawsuits against health care service providers including the Tazirat Organization, the Competition Council, and the authorities designated by the medical system law (consisting of five references in total: 1. County Public Prosecutor's Office; 2. County Disciplinary Trial Court; 3. Provincial Disciplinary Board of Appeal; 4. Provincial Supreme Court; 5. Provincial Court of Appeal) and their functioning in the field of health are investigated and finally appropriate suggestions are made.

---

1. Ph.D. Candidate, Faculty of Law, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.  
(Corresponding author) Email: Narges\_5139@yahoo.com

2. Full Professor, Faculty of Law, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

**Keywords**

Health System, Consumer Rights, Medical Violations, Quasi-Judicial Authorities, Patient Rights, Service Providers

Please cite this article as: Baqeri Motlaq N, Qasemi Hamed A. Quasi-Judicial Authorities Investigating Violations in the Provision of Health Care Services. Iran J Med Law 2020; 13(51): 177-205.

## مراجع شبه قضایی رسیدگی کننده به تخلفات صورت گرفته در

### ارائه خدمات نظام سلامت

نرگس باقری مطلق<sup>۱</sup>

عباس قاسمی حامد<sup>۲</sup>

#### چکیده

بیماران، مصرف کنندگان اصلی خدمات نظام سلامت و از آسیب پذیرترین اقشار جامعه هستند. ایشان به لحاظ فشارهای جسمی و روحی ناشی از بیماری و همچنین، به دلیل بار مالی ناشی از خدمات درمانی در وضعیت خاصی قرار دارند. در مقابل، پیشرفت، تنوع و تخصصی شدن خدمات درمانی، موجب شده است بیماران در برابر گروهی به نام «ارائه دهندگان خدمات نظام سلامت» قرار گیرند، لذا حمایت از بیماران که از طرفی ناگزیر از دریافت خدمات نظام سلامت هستند و از طرف دیگر، با حقوق خود آشنایی کافی ندارند، ضروری به نظر می رسد. تخلفات حوزه پزشکی، بسته به نوع آن ها می توانند در صلاحیت محاکم عمومی یا انقلاب باشند. با این حال، به دلیل تخصصی بودن تخلفات صورت گرفته در حوزه سلامت و به جهت تسریع در رسیدگی، مراجعی غیر از مراجع قضایی نیز برای رسیدگی به تخلفات حرفه ای پزشکی ایجاد شده است. این مراجع صرفاً در حدود مسائلی که قانون مشخص کرده است، صلاحیت دارند و برخلاف محاکم دادگستری، تحت نظارت قوه قضاییه نیستند. این مراجع یا تحت نظارت قوه مجریه یا فراقوه ای یا به صورت مراجع انتظامی هستند که برای رسیدگی به تخلفات متخصصان و با حضور نمایندگانی از قوه قضاییه و سازمان های مربوطه تشکیل می شوند. در این مقاله، مراجع غیر قضایی صالح به رسیدگی به دعاوی علیه ارائه دهندگان خدمات نظام سلامت که شامل سازمان تعزیرات حکومتی، شورای رقابت و مراجع مقرر در قانون سازمان نظام پزشکی (که جمعاً شامل ۵ مرجع: ۱- دادرای انتظامی شهرستان؛ ۲- هیأت بدوی انتظامی شهرستان؛ ۳- هیأت تجدید نظر

۱. دانشجوی دکترای حقوق خصوصی، دانشکده حقوق، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)  
Email: Narges\_5139@yahoo.com

۲. استاد تمام، دانشکده حقوق، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

انتظامی استان؛ ۴- هیأت عالی انتظامی استان؛ ۵- دادگاه تجدید نظر مرکز استان است) و کارکرد آن‌ها در حوزه سلامت مورد بررسی قرار گرفته و در خاتمه نیز پیشنهادات مقتضی ارائه شده است.

### واژگان کلیدی

نظام سلامت، حقوق مصرف‌کنندگان، تخلفات پزشکی، مراجع شبه‌قضایی، حقوق بیمار، ارائه‌دهندگان خدمات

## مقدمه

نظام سلامت یک کشور متشکل از سازمان‌ها و مؤسساتی است که در بخش دولتی و غیر دولتی به ارائه خدمات سلامت فردی و عمومی با هدف ارتقا، بازیابی و حفظ سلامتی افراد می‌پردازند. مطالعات نشان می‌دهد ایران از جمله کشورهایی است که دسترسی بالایی به خدمات سلامت دارد (۱). به موجب بند ۱ و ۲ ماده یک قانون حمایت از مصرف‌کنندگان، مصرف‌کننده «هر شخص حقیقی یا حقوقی است که کالا یا خدمتی را خریداری می‌کند. عرضه کنندگان کالا و خدمات: به کلیه تولیدکنندگان، واردکنندگان، توزیع‌کنندگان، فروشندگان کالا و ارائه‌کنندگان خدمات اعم از فنی و حرفه‌ای و همچنین کلیه دستگاه‌ها، مؤسسات و شرکت‌هایی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر یا تصریح نام است و به طور مستقیم یا غیر مستقیم و به صورت کلی یا جزئی کالا یا خدمت به مصرف‌کننده ارائه می‌نمایند، اطلاق می‌شود». بنابراین نظام سلامت به عنوان عرضه‌کننده خدمت، خدمات درمانی و پزشکی را به بیماران به عنوان مصرف‌کنندگان، ارائه می‌کند (۲). در این نوشتار، بیماران به عنوان مصرف‌کنندگان خدمات نظام سلامت، مطمح نظر است.

اولین اقدام برای حمایت از مصرف‌کنندگان به طور کلی و بیماران به طور خاص، وضع قوانین و مقررات مناسب و کارآمد حمایتی است که نظام تولید، توزیع و مصرف را سامان بخشد و از وقوع صدمات و خسارات مادی و معنوی به دلیل عدم رعایت حقوق مصرف‌کننده جلوگیری کند و مشارکت عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های نظام سلامت را محقق نماید (۲)؛ ثانیاً در صورت بروز خسارت، مرجعی وجود داشته باشد که از طریق آن و با آسان‌ترین و سریع‌ترین روش، بتوان برای جبران خسارت وارده به مصرف‌کننده و مجازات مؤثر متخلف اقدام نمود. بنابراین علاوه بر حمایت از طریق وضع قوانین و مقررات که قوانین شکلی و ماهوی را دربر می‌گیرد (که از آن‌ها عمدتاً به «حمایت ماهوی» تعبیر می‌شود)، «حمایت شکلی» از مصرف‌کنندگان نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است. این حمایت به صورت ایجاد مراجع و آیین دادرسی ویژه رسیدگی به جرائم و تخلفات نظام سلامت در جهت احقاق حقوق مصرف‌کنندگان اعمال می‌شود. گفته شده که مراجع غیر قضایی و صنفی و اداری نقش مهمی در پیشگیری از نقض حقوق مصرف‌کنندگان خصوصاً مصرف‌کنندگان خدمات نظام سلامت دارند (۳). علی‌رغم دیرینگی این مراجع، تعریف جامع و کاملی از آن‌ها در سامانه حقوقی،

قضایی و اداری کشور، ارائه نشده است. شاید بتوان این تعریف را از مراجع شبه قضایی یا غیر قضایی ارائه داد: مراجع اختصاصی مراجعی هستند که خارج از صلاحیت عام دادگستری در موضوعات خاص، صلاحیت پیگیری، رسیدگی و صدور رأی را دارا هستند (۴). مراجع شبه قضایی، به موجب قوانین خاص، خارج از چارچوب محاکم دادگستری و تشکیلات قوه قضاییه به اختلافات و دعاویایی که قانون بر عهده آن‌ها قرار داده است، رسیدگی می‌کنند (۵). امروزه به دلیل فراوانی قوانین و مقررات حقوقی، امکان این که یک قاضی با سیستم قضایی محاکم عمومی، بتواند بر کلیه مسائل حقوقی، جزایی، اداری و... اشراف کامل داشته و در هر موردی، تصمیم درست اتخاذ نماید، وجود ندارد. مواردی از جمله محظورات و مشکلات قضایی مانند کمبود امکانات لازم برای رسیدگی به انبوه اختلافات و شکایات، به وجود آمدن شائبه و مشکل مداخله قوا در صورت دخالت قوه قضاییه، اصل قضا دایی و کیفر دایی و توجه به اصل تخصص و همچنین ضرورت رسیدگی سریع به این نوع دعاوی و اختلافات (که معمولاً مدت زمان محدودی برای رسیدگی به آن‌ها پیش‌بینی شده است) در زمره دلایل و فلسفه ایجاد محاکم شبه قضایی ذکر شده است (۵).

این مقاله ضمن بررسی و شناسایی مراجع غیر قضاییایی که در حقوق ایران در زمینه تخلفات پزشکی و درمانی علیه بیماران به عنوان مصرف‌کنندگان خدمات نظام سلامت، صلاحیت ورود و رسیدگی دارند، به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که آیا وجود چنین مراجع اختصاصی در حوزه سلامت، کارآمد و مفید هستند یا خیر؟ و در نهایت خلاءهای موجود و راه‌کارهای پیشنهادی را برخواهد شمرد.

پژوهش حاضر در قالب سه قسمت ابتدا به بررسی سازمان تعزیرات حکومتی در حوزه تخلفات صورت گرفته در حوزه نظام سلامت می‌پردازد و سپس صلاحیت شورای رقابت را در این زمینه بررسی می‌کند و در نهایت مراجع مذکور در قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳ را مورد مطالعه قرار می‌دهد.

### سازمان تعزیرات حکومتی

سازمان تعزیرات حکومتی به عنوان یک مرجع اختصاصی رسیدگی به تخلفات اقتصادی، صنفی و بهداشتی در مفهوم عام، پدیده‌ای تازه نبوده و از صدر اسلام تاکنون تحت عناوین و

تعبیر مختلف در حکومت‌های اسلامی وجود داشته است و در سایر نظام‌های حقوقی شناخته شده دنیا نیز متناسب با تشکیلات قضایی و اجرایی جایگاه خاصی داشته و دارد و بسیاری آن را از جمله جلوه‌های «قضازدایی» (۶) و نه «کیفرزدایی» (۷) می‌دانند (۸).

سازمان تعزیرات حکومتی تنها سازمان وابسته به وزارت دادگستری و از زیرمجموعه‌های قوه مجریه است. وظیفه اختصاصی سازمان، رسیدگی به تخلفات اقتصادی، بهداشتی، صنفی، صدور و اجرای حکم و تجدید نظر و رسیدگی به شکایات است (۹). هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی در امر رسیدگی به تخلفات موضوع قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی پیرامون تشکیل کمیسیون ماده ۱۱ قانون اخیرالذکر، هماهنگی با سازمان‌های شاکی، ادارات مأمور وصول درآمدهای دولت در رابطه با برخورد با پدیده قاچاق، هماهنگی با ستاد مرکزی مبارزه با قاچاق کالا و ارز وزارت کشور در امر مبارزه با قاچاق و هماهنگی با گمرک و نظام بانکی در امر رسیدگی به تخلفات ورود کالا از دیگر وظایف این سازمان است (۴). از آنجا که برای حمایت بهتر از حقوق مصرف‌کننده، باید راه کارهای کم‌هزینه‌تر و سریع‌تر را در اختیار او قرار داد. وجود مراجع اختصاصی نظیر سازمان تعزیرات حکومتی با اصول خاص خود مثل اصل سرعت در رسیدگی و عدم پرداخت هزینه دادرسی و صرف زمان بسیار کم، موجب می‌شود که وی در دعوی به حق خود برسد (۱۰).

صلاحیت‌های شعب سازمان تعزیرات حکومتی منحصر است به تخلفات موضوع قانون تعزیرات حکومتی و قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی و نیز سایر مواردی که از طرف مراجع ذیصلاح، رسیدگی آن‌ها به این سازمان محول شده است (۱۱). در واقع رسیدگی به تخلفات امور اقتصادی در دو بخش دولتی و غیر دولتی (موضوع قانون تعزیرات حکومتی، قانون نظام صنفی و قانون حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان) (۱۲)، رسیدگی به تخلفات بهداشت، دارو و درمان (موضوع قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی) و رسیدگی به جرائم قاچاق کالا و ارز (موضوع قانون نحوه اعمال تعزیرات حکومتی راجع به قاچاق کالا و ارز) در صلاحیت سازمان تعزیرات حکومتی است (۱۳)، ولی از آنجا که موضوع بحث این نوشتار، تخلفات صورت گرفته علیه مصرف‌کنندگان خدمات نظام سلامت و مراجع غیر قضایی رسیدگی کننده به این تخلفات است، لذا بررسی صلاحیت سازمان تعزیرات حکومتی در رسیدگی به جرائم قاچاق کالا و ارز تخصصاً از موضوع مقاله خارج است (۱۴).

سازمان تعزیرات حکومتی در رسیدگی به تخلفات اقتصادی صورت گرفته در حوزه خدمات ارائه شده در نظام سلامت به موجب قانون تعزیرات حکومتی، قانون حمایت از حقوق مصرف کنندگان و قانون نظام صنفی صالح به رسیدگی می باشد. بنابراین شعب تعزیرات حکومتی صرفاً صلاحیت رسیدگی به تخلفاتی را دارند که در قوانین مذکور بیان شده است. به عبارت دیگر صلاحیت محاکم عمومی دادگستری در مقابل محاکم اختصاصی تعزیرات حکومتی، صلاحیت عام بوده و در صورت بروز اختلاف در صلاحیت بین محاکم عمومی با تعزیرات حکومتی، اصل بر صلاحیت محاکم عمومی است، زیرا سازمان تعزیرات حکومتی، بخشی از قوه مجریه است و احراز صلاحیت رسیدگی آن نیاز به نص صریح قانون دارد (۱۵).

از بین تخلفات شانزده گانه احصا شده در قانون تعزیرات حکومتی، تخلفات اقتصادی که ممکن است از سوی ارائه دهندگان خدمات نظام سلامت علیه مصرف کنندگان ارتکاب یابد، عبارتند از: گران فروشی، کم فروشی و تقلب، عرضه خارج از شبکه، عدم درج قیمت، عدم صدور فاکتور، عدم اجرای ضوابط قیمت گذاری و توزیع، عدم اجرای تعهدات وارد کنندگان در قبال دریافت ارز و خدمات دولتی، عدم اجرای تعهدات تولید کنندگان در قبال دریافت ارز و خدمات دولتی، نداشتن پروانه کسب واحدهای صنفی، نداشتن پروانه بهره برداری واحدهای تولیدی، فروش ارزی - ریالی، فروش اجباری.

همچنین وفق ماده ۲۲ قانون حمایت از مصرف کنندگان، رسیدگی به تخلفات واحدهای صنفی موضوع قانون نظام صنفی به سازمان تعزیرات حکومتی محول شده است. علاوه بر این، به موجب ماده ۷۲ قانون نظام صنفی جدید مصوب ۱۳۹۶/۶/۱۲، به صلاحیت سازمان تعزیرات حکومتی در رسیدگی به تخلفات صنفی با ساز و کار جدیدی تصریح شده است. صلاحیتهایی که با اختیار حاصل از ماده ۲۲ قانون حمایت از مصرف کنندگان، به تعزیرات حکومتی واگذار شده است، شباهت زیادی به تخلفات مندرج در قانون تعزیرات حکومتی دارد (۱۶).

قانون حمایت از مصرف کنندگان نیز، علاوه بر تکرار برخی تخلفات که قبلاً در قوانین دیگر جرم انگاری شده بود، افعال زیر را برای اولین بار جرم انگاری کرده و رسیدگی به آنها را در صلاحیت سازمان تعزیرات حکومتی قرار داده است. اهم این تخلفات عبارتند از: فروش کالا و خدمات به صورت معیوب (ماده ۲)، عدم صدور ضمانت نامه (بند ۱ ماده ۳)، نداشتن نشان

استاندارد (تبصره ۲ ماده ۳)، نداشتن نمایندگی رسمی و خدمات پس از فروش (ماده ۴)، تبلیغات خلاف واقع (ماده ۷)، تبانی (ماده ۸).

و در نهایت، قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی، صلاحیت رسیدگی به بخشی از تخلفات درمانی و پزشکی و بهداشتی را برعهده سازمان تعزیرات حکومتی قرار داده است. همانطور که قبلاً اشاره شد، رسیدگی به جرائم حوزه پزشکی، بسته به نوع آن‌ها می‌تواند در صلاحیت شورای حل اختلاف، محاکم عمومی یا انقلاب و سازمان تعزیرات حکومتی باشد (۱۷). اهم تخلفاتی که در حوزه نظام سلامت و به موجب قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام، در صلاحیت سازمان تعزیرات حکومتی است عبارتند از:

- ایجاد مؤسسه پزشکی غیر مجاز توسط افراد فاقد صلاحیت.
- ایجاد مؤسسه پزشکی توسط افراد متخصص بدون أخذ پروانه.
- دریافت اضافه بر نرخ‌های اعلام‌شده با دخل و تصرف در صورت‌حساب.
- استخدام پزشکان و متخصصین فاقد مجوز قانونی کار.
- عدم حضور مسؤولان فنی در اوقات مقرر.
- تعطیل غیر موجه مؤسسه پزشکی بدون اطلاع نظام پزشکی.
- استنکاف از پذیرش بیماران بیمه‌ای.
- پخش و وارد کردن داروی فاقد مجوز از وزارت بهداشت.
- تأسیس مؤسسه بهداشتی و داروخانه بدون أخذ پروانه.
- تهیه و عرضه خارج از شبکه قانونی کالاهای حوزه سلامت.
- فروش دارو بدون نسخ پزشکی.
- گران‌فروشی و کم‌فروشی دارو و دیگر خدمات پزشکی و بهداشتی.
- عدم درج قیمت دارو در نسخه پزشک.
- فروش و حتی نگهداری داروهای تاریخ مصرف گذشته.
- خودداری از عرضه دارو.
- عدم ارائه خدمت توسط داروخانه در ساعات مقرر.
- عرضه خارج از شبکه قانونی شیرخشک.

در اینجا ذکر دو نکته ضروری است: نخست آنکه برخی از جرائم مذکور در قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام به خصوص جرائم فصل اول آن با جرائم مندرج در قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب ۱۳۳۴ و اصلاحات بعدی آن هم‌پوشانی دارد که این امر می‌تواند باعث سوءاستفاده متخلفین اقتصادی، سردرگمی بیماران متضرر و همچنین ایجاد اختلاف در صلاحیت بین محاکم دادگستری و سازمان تعزیرات حکومتی شود. در این خصوص، نظریه شماره ۲۴۹/۳۷۸۶ مورخه ۱۳۷۲/۴/۳ شورای نگهبان که مصوبات مجمع تشخیص مصلحت نظام را حاکم بر مصوبات مجلس شورای اسلامی دانست و تصریح نمود قوانین مجلس شورای اسلامی نمی‌تواند مصوبات مجمع را نقض یا رد یا فسخ و ابطال نماید. بنابراین در صورت تعارض بین مصوبات مجمع و مجلس، حتی بدون توجه به تقدم و تأخر، مصوبات مجمع حاکم است. با این توضیحات، آن بخش از جرائم که هم در قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب مجمع و هم در قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی پیش‌بینی شده، با لحاظ نظریه شورای نگهبان مبنی بر ارجحیت مصوبات مجمع بر مجلس، در صلاحیت سازمان تعزیرات حکومتی است (۱۸)؛ نکته دوم این‌که اگر قانونگذار بخواهد صلاحیت رسیدگی به برخی رفتارهای ممنوع را از سیستم قضایی سلب و آن‌ها را به سیستم اداری واگذار کند، نتیجه عملی به طور طبیعی برداشته شدن ضمانت اجرای قهرآمیز و سرکوبگر از رفتارهای فوق خواهد بود، زیرا واکنش قهرآمیز در برابر تجاوز به محدوده‌های ممنوع قانونی فقط مختص دستگاه قضایی است و هرگونه تخطی از این مسأله آزادی‌های فردی را در معرض مخاطره قرار می‌دهد (۱۹). با این وجود، قانونگذار در تدوین قوانین و مقررات تعزیرات حکومتی به این واقعیت به طور کامل توجه نکرده و از کیفر حبس استفاده کرده است. همچنین ماده ۵۲ قانون تعزیرات حکومتی بیان می‌دارد: «تخلفاتی که در این قانون پیش‌بینی نشده‌اند، تابع قوانین و مقررات جاری کشور می‌باشند و هرگاه برای تخلفات مذکور در این قانون در سایر قوانین کیفر شدیدتری مقرر شده باشد مرتکب به کیفر اشد محکوم خواهد شد» و یکی از مجازات‌هایی که با استفاده از این ماده قابل اعمال است، کیفر حبس است، یعنی هرچند قانونگذار از سیاست «قضازدایی» پیروی کرده است، اما این مسأله در برخی موارد لزوماً به معنای کیفرزدایی نبوده است که این امر می‌تواند حقوق و آزادی‌های افراد جامعه را به مخاطره اندازد (۲۰)، زیرا به موجب اصل ۳۶ قانون اساسی، «حکم بر مجازات و

اجرای آن باید تنها از طریق دادگاه صالح و به موجب قانون باشد»، در حالی که سازمان تعزیرات حکومتی احکام کیفری هم صادر می‌کند و مجازات‌هایی از قبیل حبس، جزای نقدی، تعطیل مؤسسه، ضبط اموال و لغو پروانه در مورد مرتکبین در قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی در نظر گرفته شده است.

فراز بخش دوم ماده مذکور نیز این ابهام را به وجود می‌آورد که برای اکثر تخلفات موضوع قانون تعزیرات حکومتی در قوانین دیگر مجازات‌های شدیدتر در نظر گرفته شده و اساساً در قانون نظام صنفی برای اکثر این تخلفات مجازاتی شدیدتر مقرر شده است، فلذا با این توصیف، علی‌القاعده، قانون تعزیرات حکومتی فی‌نفسه از درجه اعتبار ساقط و مهملی برای اجرای آن باقی نمی‌ماند. در پاسخ به این ابهام نیز باید گفت زمانی ما مکلفیم به تجویز ماده ۵۲ قانون تعزیرات حکومتی به قوانین اشد تمسک جویم که ارکان و عناصر متشکله جرم یا تخلف در هر دو قانون با هم یکسان و برابر باشد و چنانچه این امر تحقق نیابد موظف به اجرای قانون تعزیرات حکومتی خواهیم بود و باید وفق آن عمل شود (۲۱).

به موجب ماده ۱۸ آیین‌نامه تعزیرات حکومتی شکایت و اعلام جرم در سازمان تعزیرات حکومتی ممکن است از طرف مصرف‌کننده یا از طرف دستگاه‌های نظارتی صورت پذیرد. از جمله دستگاه‌هایی که به امر نظارت می‌پردازند عبارتند از:

۱- وزارت بازرگانی: بازرسان این وزارتخانه بر شرکت‌های دولتی و تمامی واحدهای اقتصادی صنفی و غیر صنفی نظارت دارند؛

۲- وزارت بهداشت و درمان: این وزارتخانه مهم‌ترین متولی امر سلامت است و بر امور بهداشتی، پزشکی، مواد غذایی، دارویی و درمانی نظارت دارد؛

۳- سازمان دام‌پزشکی: متولی نظارت بر تولید و توزیع مواد گوشتی و پروتئینی است؛

۴- سازمان بهزیستی: بخشی از امور مربوط به حوزه سلامت را نیز این سازمان به عهده دارد؛

۵- مؤسسه استاندارد و تحقیقات: بر کارخانه‌ها و مراکز تولیدی نظارت دارد؛

۶- نیروی انتظامی: عهده‌دار نظارت بر امور مختلف از جمله امور مربوط به نظم جامعه است. لازم به توضیح است که اخبار و گزارشات و اطلاعات مردمی نیز از موجبات بازرسی و نهایتاً رسیدگی در شعب تعزیرات حکومتی است.

بعد از وصول شکایت یا گزارش، پرونده توسط رییس یا معاون اداره تعزیرات حکومتی به شعب مختلف ارجاع می شود. با توجه به تخصصی بودن فعالیت های مربوط به حوزه سلامت، تشخیص تخلفات در این حوزه مستلزم کارشناسی ویژه است. از این رو در مورد جرائم مربوط به حوزه سلامت تعزیرات حکومتی، ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مقرر داشته است: «کمیسیون مرکب از سرپرست نظام پزشکی مرکز و یا استان بر حسب مورد و مدیرعامل سازمان منطقه ای بهداشت و درمان استان و نماینده وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موضوع را بدو رسیدگی نموده و در صورت تشخیص وقوع جرم، در مورد مؤسسات دولتی به کمیسیون تعزیرات حکومتی بخش دولتی و در موارد غیر دولتی به دادسرای انقلاب اسلامی جهت تعیین مجازات معرفی می نماید.» لازم به ذکر است که با تصویب ماده واحده قانون اصلاح قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۱۳۷۳/۷/۱۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام، کلیه امور تعزیرات حکومتی بخش دولتی و غیر دولتی، اعم از بازرسی و نظارت، رسیدگی و صدور حکم قطعی و اجرای آن به دولت (قوه مجریه) محول شد تا بر اساس قانون تعزیرات حکومتی مصوب ۱۳۶۷/۱۱/۲۳ اقدام نماید. با این حال، به استناد ماده ۱۱ قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی و درمانی، بررسی و تشخیص وقوع یا عدم وقوع تخلف همچنان به عهده این کمیسیون است. کمیسیون ماده ۱۱، بعد از بررسی پرونده و تشخیص وقوع تخلف، مطابق و مستند به قانون تعزیرات حکومتی، پرونده را جهت بررسی و صدور حکم به اداره تعزیرات حکومتی هر شهر یا شهرستان ارسال می نماید.

همانطور که قبلاً اشاره شد، از مهم ترین دلایل ایجاد مراجع اختصاصی خارج از چارچوب قوه قضاییه، ضرورت رسیدگی تخصصی به تخلفات و البته سرعت در رسیدگی عنوان شده است. در حوزه ارائه خدمات نظام سلامت، ممکن است هم تخلفات اقتصادی نظیر گران فروشی و هم تخلفات پزشکی مانند ایجاد مؤسسه پزشکی غیر مجاز روی دهد. به نظر می رسد از آنجا که مأمورین بازرسی و نظارت و اعضای شعب بدوی و تجدید نظر سازمان که مسؤولیت رسیدگی و صدور رأی در مورد تخلفات اقتصادی را بر عهده دارند، تخصص اقتصادی ندارند، در موارد زیادی ممکن است گزارشات خلاف واقع و یا آرا و احکام نادرست در مورد تخلفات اقتصادی صادر شود (۲۲)، لذا وصف تخصصی بودن روند رسیدگی در سازمان تعزیرات حکومتی زیر سؤال برود، اما در خصوص تخلفات پزشکی موضوع قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی،

با توجه به این که بعد از وصول شکایت یا گزارش در مورد تخلفات پزشکی، موضوع بدواً در کمیسیون ماده ۱۱ مطرح و در صورت تشخیص وقوع جرم، پرونده به شعب سازمان تعزیرات حکومتی ارجاع می‌شود، توجه به اصل تخصصی بودن رسیدگی‌ها لحاظ می‌شود، اما باید توجه داشت که همین ارجاع پرونده به کمیسیون ماده ۱۱ و انتظار برای دریافت نظر کارشناسی تخصصی، خصیصه سرعت در رسیدگی را مختل نکند.

در هر حال پرونده بعد از انجام مراحل اداری به نظر رئیس شعبه می‌رسد و رئیس شعبه بدوی ابتدا بعد از احراز صلاحیت ذاتی و محلی و تطبیق موضوع با قانون، شروع به رسیدگی می‌کند و در صورتی که خود را صالح به رسیدگی نداند، با صدور قرار عدم صلاحیت، پرونده را به مرجع صالح ارسال می‌نماید.

نکته حایز اهمیت در راستای حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان، ساز و کار جبران خسارت بزه‌دیدگان است که مقرراتی در مواد ۵۳ و ۵۴ قانون تعزیرات حکومتی در این خصوص در نظر گرفته شده و شعب تعزیرات حکومتی در راستای صدور رأی، در خصوص جبران خسارت شاکی زیان‌دیده نیز تعیین تکلیف می‌کنند.

علاوه بر این، با تصویب قانون حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان، ضمن اضافه‌شدن عناوین جدید خسارت به تناسب اقتضائات جامعه، لزوم جبران خسارت مطابق مواد ۱۲، ۱۸ و ۱۹ قانون و مرجع رسیدگی در مواد ۱۴ و ۲۲ قانون مزبور به نحوی تدوین شده است که حمایت بیشتری از مصرف‌کننده را به دنبال داشته باشد (۲۳).

همچنین ماده ۶۷ قانون نظام صنفی، مراجع رسیدگی‌کننده را مکلف نموده علاوه بر اعمال مجازات برای واحد صنفی یا متخلف، وی را به جبران زیان‌های وارده به خسارت‌دیده نیز محکوم نمایند (۲۴).

### شورای رقابت

رقابت به عنوان یک عنصر محرک نوآوری می‌تواند به آزادی انتخاب و کاهش قیمت‌ها بیانجامد و در نتیجه در حوزه نظام سلامت، به ارائه سریع‌تر فناوری‌های درمانی جدید و کارآمد کمک کند. در مقابل، رویه‌های ضد رقابتی اتخاذشده توسط بنگاه‌های اقتصادی بخش سلامت می‌تواند سبب اخلال در رقابت نظیر کاهش دسترسی به داروها و خدمات پزشکی یا افزایش

قیمت آن‌ها شود (۲۵). در واقع رفاه مصرف کنندگان از جمله اهداف اقتصادی حقوق رقابت معرفی شده است (۲۶).

در ایران به منظور تسهیل رقابت و منع انحصار، شورای رقابت پیش‌بینی شده است که تنها مرجع رسیدگی به رویه‌های ضد رقابتی است (۲۷). شورا مکلف است نسبت به تنظیم تعادل بازار و جلوگیری از انجام رویه‌های ضد رقابتی توسط اشخاص اعم از حقیقی و حقوقی و در همه بخش‌های دولتی، خصوصی و تعاونی به طریق مقتضی اقدام نماید (۲۸). برای انجام امور کارشناسی و اجرایی و فعالیت‌های دبیرخانه‌ای شورای رقابت، مرکز ملی رقابت در قالب مؤسسه‌ای دولتی زیر نظر رییس‌جمهور تأسیس شده است (۲۹).

ماهیت این نهاد را قانونگذار صراحتاً مشخص نکرده است، اما از مقررات حاکم بر آن، به ویژه تبصره ۱ ماده ۵۳ که بیان می‌کند: «رییس شورا... به پیشنهاد اعضا و با حکم رییس جمهور منصوب می‌شود» و بند ۴ ماده ۵۶ مبنی بر این‌که: «شورای رقابت در رسیدگی و تصمیم‌گیری مطابق مقررات این فصل از استقلال کامل برخوردار است»، می‌توان استنباط نمود که شورای رقابت، سازمانی دولتی است که بر اساس اختیارات و وظایف محوله در فصل نهم قانون عمل می‌نماید (۳۰). این شورا، مرجعی شبه‌قضایی و غیر دادگستری (۳۱) متشکل از ۱۵ نفر از نمایندگان قوای سه‌گانه است. نمایندگانی از قوه مقننه در شورا حضور دارند تا از استیلای بیش از حد دولت بر شورا کاسته شود. دو عضو قاضی هم در ترکیب اعضای شورا پیش‌بینی شده است تا به نوعی به شورا مشروعیت و صلاحیت قضایی اعطا نماید (۳۲).

در قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، حمایت از مصرف‌کنندگان نه به عنوان یکی از اهداف اصلی و نه حتی به عنوان هدف فرعی، مورد توجه شورای رقابت قرار نگرفته است. با وجود این، به عقیده برخی نویسندگان، حفظ رقابت برای افزایش کارایی اقتصادی به سود مصرف‌کنندگان، روح حقوق رقابت است و اصولاً مجریان مقررات رقابت باید قواعد آن را در این راستا تحلیل، تفسیر و اجرا نمایند (۳۳).

مع الوصف، بررسی رویه عملی شورای رقابت نشان می‌دهد که حمایت از مصرف‌کنندگان از اهداف مورد توجه این شورا است (تصمیم شماره ۱۸۷ شورای رقابت مصوب ۱۳۹۳/۳/۲۱). به عنوان مثال در پرونده معروف به خودروسازان، شورای رقابت با بررسی مفاد قراردادهای پیش‌فروش و فروش فوری شرکت‌های خودروسازی از جهت مطابقت با مقررات حقوق رقابت و

رعایت حقوق خریداران، بسیاری از شروط مذکور در این قراردادها را در تعارض جدی با حقوق خریداران تلقی کرد و اصلاحاتی، از جمله لزوم عرضه خودرو در سطح قابل قبول، اجباری نبودن آپشن‌های نصب‌شده، از بین بردن حاشیه بازار، منصفانه شدن شرایط قراردادهای منعقدۀ با مشتریان و نهایتاً این که طرح‌های فروش به نحوی تنظیم شود که دریافت‌کننده خودرو، مصرف‌کننده نهایی آن باشد را بر خودروسازان الزام نمود (۳۴).

هرگاه شورای رقابت حسب انجام وظایف، ارتکاب اعمال ضد رقابتی را احراز کند، می‌تواند تصمیماتی را اتخاذ نماید. این تصمیمات شامل دستور به فسخ هر نوع قرارداد، تفاهم و توافق متضمن رویه ضد رقابتی، دستور به توقف هر رویه ضد رقابتی یا عدم تکرار آن، اطلاع‌رسانی عمومی در جهت شفافیت بیشتر بازار، دستور به عزل مدیران متخلف که برخلاف ماده ۴۶ قانون انتخاب شده‌اند، دستور به واگذاری سهام یا سرمایه بنگاه‌ها که برخلاف ماده ۴۷ قانون حاصل شده است، الزام به تعلیق یا دستور به ابطال هر نوع ادغام بنگاه‌ها و یا دستور تجزیه بنگاه‌های ادغام‌شده که آثار اخلال در رقابت در بازار داشته باشد، دستور استرداد اضافه درآمد یا توقیف اموال ناشی از عمل ضد رقابتی از طریق مراجع ذیصلاح قضایی، دستور عدم فعالیت در زمینه خاص یا منطقه خاص، دستور به اصلاح اساس‌نامه، مصوبات مجامع عمومی و هیأت مدیره، الزام رعایت حداقل عرضه و دامنه قیمتی در شرایط انحصاری، تعیین جریمه نقدی در صورت ارتکاب اعمال ضد رقابتی تا سقف یک میلیارد ریال» (۳۵).

طبق بند ۱۲ ماده ۶۱ قانون اصل ۴۴، شورای رقابت مکلف است در صورت مشاهده رویه‌های ضد رقابتی و نقض ممنوعیت‌های ماده ۴۵ جریمه‌های نقدی برای متخلفان تعیین نماید که به نظر می‌رسد با توجه به حجم بالای بنگاه‌هایی که به شکل انحصاری در بازارهای گوناگون فعال هستند، تعیین سقف ریالی جرائم برای اینگونه بنگاه‌ها فاقد کارایی و بازدارندگی لازم خواهد بود، لذا در نظر گرفتن محدوده ریالی جرائم نقدی پیش‌بینی‌شده برای بنگاه‌های متخلف، متناسب با حجم فعالیت و بازدهی مالی آن‌ها مطلوب‌تر می‌باشد (۳۶).

شورای رقابت، به عنوان تنها مرجع رسیدگی به رویه‌های ضد رقابتی رأساً یا بر اساس شکایت هر شخص حقیقی یا حقوقی از جمله دادستان کل، دادستان محل، دیوان محاسبات کشور، سازمان بازرسی کل کشور، نهادهای تنظیم‌کننده بخشی، سازمان‌ها و نهادهای وابسته به دولت، تشکل‌های صنفی، انجمن‌های حمایت حقوق مصرف‌کنندگان و دیگر سازمان‌های غیر

دولتی، بررسی و تحقیق در خصوص رویه‌های غیر رقابتی را آغاز و در چارچوب ماده ۶۱ اتخاذ تصمیم می‌نماید (۳۷).

طیف وسیعی از رفتارهای ضد رقابتی در حوزه سلامت وجود دارد که عمدتاً حاصل توافقات بین بنگاه‌های فعال در این حوزه یا اعمال یک‌جانبه آن‌هاست (۲۵)، از جمله مداخلات شورای رقابت در حوزه نظام سلامت در راستای مبارزه با رویه‌های ضد رقابتی که نهایتاً منجر به منع انحصار و افزایش دسترسی به خدمات داروخانه‌ها می‌شود، پرونده راجع به مجوز تأسیس داروخانه است. تصمیم شماره ۲۸۲ شورای رقابت مورخه ۱۳۹۵/۱۲/۲ مبین این موضوع است: «به استناد ماده ۶۲ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، شورای رقابت تنها مرجع رسیدگی به رویه‌های ضد رقابتی است و بر اساس بند ۱ ماده ۵۸ این قانون «تشخیص مصادیق رویه‌های ضد رقابتی» از وظایف و اختیارات این شورا است.» در خصوص موضوع پرونده حاضر، عمل به مواد ۴ و ۱۵ آیین‌نامه تأسیس و اداره داروخانه مصوب ۱۳۹۳ جهت صدور مجوز تأسیس داروخانه‌ها باعث ممانعت و مشکل کردن ورود بنگاه‌های جدید به بازار می‌شود. از سوی دیگر، با عنایت به آنکه این محدودیت‌ها با منطق اشباع بازار به دلیل حفظ وضعیت و سود انحصاری بنگاه‌های موجود وضع شده است، به استناد تبصره ۲ ماده ۷ قانون، اخلال در رقابت به استناد رویه ضد رقابتی تبصره ۲ ماده ۳ قانون اصلاح مواد ۱، ۶ و ۷ اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی تشخیص داده شد. به منظور ممانعت از بروز وضعیت انحصاری و رویه ضد رقابتی به استناد بند ۳ ماده ۶۱ قانون، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به توقف رویه ضد رقابتی موضوع مواد ۴ و ۱۵ آیین‌نامه تأسیس و اداره داروخانه‌ها مصوب ۱۳۹۳ که به منزله عدم پذیرش درخواست مجوز به دلیل اشباع بازار است، به صدور مجوز تأسیس داروخانه در حق شاکی و همچنین پرداخت یک میلیارد ریال جریمه نقدی در حق دولت به استناد بند ۱۲ ماده ۶۱ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی محکوم شد (۲۵).

تصمیماتی که در چارچوب ماده ۶۱ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی (ضمانت اجراها) توسط شورای رقابت و یا هیأت تجدید نظر آن اتخاذ می‌شود، اگرچه ماهیتاً دارای جنبه قضایی است، اما به نظر می‌رسد با تعمیم اصل نظارت قضایی بر اعمال اداری، این تصمیمات نیز به استناد ماده ۱۰ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری قابل

رسیدگی قضایی در دیوان عدالت اداری باشد (۲۸)، اما از فحوای کلام قانونگذار و سابقه‌ای که قانونگذار در این زمینه دارد، به نظر می‌رسد که هدف مقنن قابل تجدید نظرنبودن تصمیمات شورا در نهاد قضایی باشد (۳۸).

مطابق ماده ۸۰ قانون، مطالبه خسارات موضوع این قانون منوط به تقدیم دادخواست به دادگاه ذی‌صلاح است، در نتیجه اشخاصی که از رویه‌های ضد رقابتی خسارتی دیده‌اند، باید ابتدا از شورای رقابت رسیدگی به ارتکاب رویه‌های ضد رقابتی را بخواهند، سپس از طریق دادگاه خسارت ناشی از ارتکاب آن را مطالبه کنند (۲۸) که این امر می‌تواند مصرف‌کنندگان متضرر از رویه‌های ضد رقابتی را نسبت به طرح شکایت در شورای رقابت منصرف نماید.

به استناد ماده ۶۶ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴، اشخاص خسارت‌دیده از رویه ضد رقابتی باید ظرف یک سال بعد از قطعیت آرای صادره از شورا یا مرجع تجدید نظر، برای جبران خسارت خویش به دادگاه صلاحیت‌دار دادخواست دهند. تبصره ماده ۶۶ می‌تواند به عنوان اقدامی مثبت در جهت حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان متضرر از رویه‌های ضد رقابتی تلقی شود، زیرا به اشخاص ثالث ذی‌نفع اجازه می‌دهد، در مواردی که تصمیمات شورای رقابت یا هیأت تجدید نظر جنبه عمومی داشته و پس از قطعیت از طریق جراید کثیرالانتشار منتشر می‌شود، با اخذ گواهی از شورای رقابت مبنی بر شمول تصمیم مذکور بر آن‌ها، دادخواست خود را مبنی بر جبران خسارت به دادگاه صلاحیت‌دار بدهند که البته صدور حکم به جبران خسارت، منوط به ارائه گواهی مذکور است (۳۹).

حال سؤال این است که ملاک شورای رقابت برای صدور چنین گواهی‌ای چیست؟ قانون در این خصوص ساکت است و در رویه شورا نیز در این خصوص چیزی مشاهده نشده است. به نظر می‌رسد که شورا باید هریک از درخواست‌ها را بررسی و در خصوص آن‌ها اتخاذ تصمیم کند. حال آنکه این برای شورای رقابت که یک بار در هفته تشکیل جلسه می‌دهد، تقریباً غیر ممکن خواهد بود (۴۰).

تا پیش از تشکیل شورای رقابت، وظایف و اختیارات این نهاد بر عهده برخی سازمان‌های مشابه نظیر سازمان تعزیرات حکومتی، سازمان حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان و سازمان تنظیم مقررات و ارتباطات رادیویی قرار داشت. با این حال، با تأسیس شورای رقابت و تفویض اختیارات نظارتی به آن، این سازمان‌ها همچنان براساس وظایفی که قانون برای آن‌ها مشخص

کرده است، به فعالیت‌های سابق خود ادامه می‌دهند که این موضوع باعث شده تا به نوعی میان وظایف شورای رقابت و دیگر نهادهای مشابه آن تداخل ایجاد شود. وجود نهادهای موازی با شورای رقابت و تعدد مراجع تصمیم‌گیری باعث ایجاد ابهام در انتخاب مرجع صالح برای رسیدگی به شکایات شده است (۳۶).

همچنین گستردگی وظایف و اختیارات شورای رقابت که در عمل یک نهاد دولتی است، می‌تواند موجب تشدید سلطه بوروکراسی دولتی بر فعالان اقتصادی و ایجاد ناامنی در فضای کسب و کار شود. فصل نهم این قانون هم با رویکردی بدبینانه نسبت به بخش خصوصی نگارش یافته و به جای تمسک به اصل برائت، فرض را بر مجرمیت گذاشته است (۲۸).

### مراجع مذکور در قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، سازمانی است مستقل و دارای شخصیت حقوقی. وفق ماده ۲ قانون سازمان نظام پزشکی (مصوب ۱۳۸۳ ش)، این سازمان با هدف تلاش در جهت تحقق‌بخشیدن به ارزش‌های عالیه اسلامی در کلیه امور پزشکی، تلاش در جهت پیشبرد و اصلاح امور پزشکی، مشارکت در جهت ارتقای سطح دانش پزشکی، حفظ و حمایت از حقوق بیماران، حفظ و حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرف پزشکی و تنظیم روابط شاغلین حرف پزشکی با دستگاه‌های ذی‌ربط در جهت حسن اجرای موازین و مقررات و قوانین مربوط به امور پزشکی ایجاد شده است. همچنین با استناد به ماده ۳ قانون مذکور، رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی که عنوان جرائم عمومی را نداشته باشد و همکاری با مراجع صالح قانونی در جهت رسیدگی به تخلفات غیر صنفی و جرائم شاغلین به حرف پزشکی و وابسته به پزشکی و اظهار نظرهای کارشناسی در این رابطه از وظایف و اختیارات این سازمان است.

این‌که حفظ و حمایت از حقوق بیماران و همچنین حفظ و حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرف پزشکی، هر دو از اهداف ایجاد سازمان نظام پزشکی قید شده است، به نظر سیاستی غلط و قانونی پارادوکسیکال و تضاد درون است. اگر سازمان و نهادی توأمان مسؤول حفظ منافع فروشنده و یا ارائه‌کننده و مصرف‌کننده باشد و تمامی اعضای هیأت‌مدیره آن از فروشندگان یا

ارائه کنندگان خدمت تشکیل شده باشد، موجب تضییق حقوق مشتری و مصرف کننده و در اینجا بیمار خواهد شد.

کانسیل یا انجمن نظام پزشکی در کشورهایی نظیر انگلستان، ایرلند، کانادا، چین و هند، اصلی ترین مأموریت خود را دفاع و حمایت از حقوق بیماران و مصرف کنندگان قرار داده اند و در کنار آن بر استانداردهای آموزشی کادر پزشکی نظارت می کنند. در این کشورها شاغلین حرفه پزشکی، حداقل کرسی های هیأت مرکزی نظام پزشکی را اشغال می کنند و بیش از نصف کرسی ها توسط افراد غیر پزشک و غیر کادر پزشکی اشغال می شود، در حالی که سازمان نظام پزشکی در ایران خود را سازمان صنفی پزشکان و ملزم به دفاع از منافع حرفه پزشکی می داند و تمامی کرسی های آن توسط پزشکان اشغال می شود (۴۱).

سازمان نظام پزشکی نباید سازمان صنفی پزشکان باشد، بلکه می بایست به عنوان سازمان انضباط دهنده پزشکان و حمایت کننده از حقوق مصرف کننده، یعنی بیماران و مردم در مقابل پزشکان و کادر پزشکی انجام وظیفه نماید.

هدف مسؤولیت انتظامی ارائه دهندگان خدمات نظام سلامت نیز، دفاع از منافع جامعه پزشکی و حقوق معنوی صاحبان حرف پزشکی و وابسته (بند «ه» ماده ۱ قانون سازمان نظام پزشکی) و تعیین ضمانت اجرایی برای نقض این حقوق است. بنابراین باید در نظر داشت هدف مسؤولیت انتظامی، جبران خسارت وارده به بیمار نیست، هرچند ممکن است تعقیب انتظامی با شکایت او به جریان افتد و او از رسیدگی انتظامی و محکومیت پزشک منتفع شود، هم چنانکه هدف مسؤولیت انتظامی صیانت از منافع عمومی جامعه و برقراری نظم نیز نیست، هرچند پزشک در این مقام مرتکب جرمی هم شده باشد. در واقع ارکان انتظامی سازمان نظام پزشکی، وکیل شاکی نیستند تا به منافع بیمار و جبران خسارات وارده به او بیندیشند (۴۲)، بلکه آنچه در این مرجع، مرکز توجه است، تعقیب و مجازات پزشکی است که با تخلف خود به حیثیت و حرمت جامعه پزشکی لطمه وارد کرده است.

سازمان نظام پزشکی در ایران دارای سه رکن بدین شرح است: ۱- شورای عالی نظام پزشکی؛ ۲- هیأت های انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته پزشکی؛ ۳- نظام پزشکی شهرستان ها. هیأت های انتظامی پزشکی نیز دارای ارکانی بدین شرح

است: ۱- دادسرای انتظامی شهرستان‌ها؛ ۲- هیأت بدوی انتظامی (شهرستان)؛ ۳- هیأت تجدید نظر استان؛ ۴- هیأت عالی انتظامی (پایتخت) که متعاقباً مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

### ۱- دادسرای انتظامی شهرستان‌ها

مطابق مواد ۲ تا ۲۸ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرف پزشکی و وابسته، تکالیفی بر عهده پزشکان قرار داده شده است که چنانچه پزشکی مرتکب اعمالی از قبیل سهل‌انگاری در انجام وظیفه و جذب مشتری از طریق رقابت ناسالم، یا اقدامات غیر علمی و غیر استاندارد و تبلیغات غیر واقعی و گمراه‌کننده و عدم رعایت اصول نسخه‌نویسی و موارد دیگری شود که از لحاظ قانون تخلف تلقی شود، هیأت‌های بدوی رسیدگی به تخلفات پزشکی در شهرستان‌ها، نسبت به رسیدگی به تخلفات اقدام می‌نمایند (۴۳). این هیأت‌ها حسب ماده ۲۸ به بعد قانون سازمان نظام پزشکی و ماده ۱ به بعد آیین رسیدگی دادسراها و هیأت‌ها مصوب ۱۳۸۴ در هر شهرستان تشکیل و در معیت هر هیأت بدوی، دادسرا استقرار می‌یابد. شکایت شاکی انتظامی بدو در دادسرا مطرح می‌شود. دادسرای انتظامی پزشکی صرفاً صلاحیت رسیدگی به تخلفات حوزه نظام پزشکی خود را داشته و چنانچه تخلف در حوزه نظام پزشکی دیگری انجام شده باشد، پرونده با صدور قرار عدم صلاحیت به آن مرجع ارسال می‌شود (ماده ۳۶ آیین رسیدگی دادسراها و هیأت‌های انتظامی پزشکی). دادسرا بعد از وصول شکایت با اقدامات مقتضی اعم از تحقیق از شاکی، ملاحظه مدارک و سوابق مربوط و استعلام از مطلعین و انجام معاینات و آزمایشات مورد لزوم و جلب نظر کارشناس، موضوع را مورد رسیدگی قرار خواهد داد. شاکی انتظامی کسی است که شخصاً ذی‌نفع بوده و قانوناً حق مطالبه دیه و ضرر و زیان را در محاکم دادگستری دارد. چنانچه دادسرا عقیده بر تعقیب داشته باشد، بعد از جلب موافقت دادستان یا معاون اول، کیفرخواست تنظیم و پرونده را جهت رسیدگی به هیأت بدوی انتظامی ارسال می‌نماید (ماده ۳۱ آیین رسیدگی دادسراها و هیأت‌های انتظامی پزشکی). به موجب مادتين ۳۰ و ۳۲ آیین رسیدگی دادسراها و هیأت‌های انتظامی پزشکی، چنانچه دادسرا به علت عدم وقوع تخلف یا فقدان دلیل، نظر بر منع تعقیب داشته باشد و دادستان با آن موافق باشد، قرار منع تعقیب صادر می‌نماید که این قرار از سوی ذی‌نفع ظرف مدت ۲۰ روز از تاریخ ابلاغ، قابل شکایت در هیأت بدوی انتظامی است که در چنین صورتی و ارجاع به هیأت بدوی، چنانچه نظر دادسرا نقض شود، خود به موضوع رسیدگی می‌کند.

## ۲- هیأت بدوی انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکان (شهرستان)

با صدور کیفرخواست یا در صورت اعتراض معترض به قرار منع تعقیب دادسرا، پرونده جهت رسیدگی به هیأت بدوی انتظامی ارسال می‌شود که این هیأت در شهرستان‌ها استقرار دارد. هیأت‌های بدوی متشکل از سیزده نفر با عضویت یک نفر قاضی به انتخاب و معرفی رییس قوه قضاییه، مسؤول پزشکی قانونی، پنج نفر از پزشکان شهرستان، یک نفر دندان‌پزشک، یک نفر دکتر داروساز، یک نفر متخصص علوم آزمایشگاهی، یک نفر کارشناس پروانه‌دار گروه علوم پزشکی و یک نفر پرستار و لیسانس مامایی تشکیل می‌شود. هیأت علاوه بر رسیدگی به تخلفات پزشکان و حرف وابسته، حسب کیفرخواست صادره از دادسرا و اعتراض به قرار منع تعقیب صادره از دادسرا، در خصوص استعلامات محاکم دادگستری درباره تخلفات پزشکان و صاحبان حرف پزشکی نیز اظهار نظر می‌نماید که در دو مورد اول در صورت احراز تخلف، حسب تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، اقدام به تعیین یکی از مجازات‌های هفت‌گانه قانونی (۱- تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیأت مدیره نظام پزشکی محل؛ ۲- اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل؛ ۳- توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رأی در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل؛ ۴- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در محل ارتکاب تخلف؛ ۵- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در تمام کشور؛ ۶- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی از بیش از یک سال تا پنج سال در تمام کشور) می‌نماید، اما در عمل، در اکثر موارد در برخورد با پزشکان متخلف، تصمیم قاطعی از سوی هیأت‌های بدوی گرفته نمی‌شود و بر فرض محکومیت نیز صرفاً به مجازات‌های انتظامی سبک مانند تذکر یا توبیخ شفاهی، توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی یا الصاق رأی در تابلو اعلانات محل، بسنده می‌شود، در صورتی که سازمان نظام پزشکی باید به لحاظ حفظ حقوق بیماران به عنوان یکی از مهم‌ترین اهدافش و پیشگیری از تخلفات مشابه از یکسو و حفظ شأن جامعه پزشکی و تقدیر از پزشکان خدوم، مجازات‌های شدیدتری در قبال برخی تخلفات سنگین مانند محرومیت موقت از حرفه پزشکی تعیین و اعمال نماید (۴۴).

### ۳- هیأت تجدید نظر انتظامی استان

به منظور رسیدگی مجدد به پرونده‌هایی که بعد از صدور رأی هیأت‌های بدوی انتظامی مورد اعتراض هر یک از طرفین قرار گیرد، هیأتی به نام هیأت تجدید نظر انتظامی استان در شهرستان مرکز استان تشکیل می‌شود و نسبت به بررسی و تجدید نظر در آرای صادره هیأت بدوی اقدام می‌کند. طبق ماده ۶۵ آیین رسیدگی، آرای قابل تجدید نظر هیأت‌های بدوی انتظامی عبارتند از: ۱- احکام برائت یا محکومیت؛ ۲- قرارهای منع یا موقوفی تعقیب. به استناد ماده ۸۷ آیین رسیدگی دادرها و هیأت‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی، آرای هیأت تجدید نظر استان، جز در مورد احکام محرومیت از اشتغال، قطعی است (۴۴).

### ۴- هیأت عالی انتظامی

آرای صادره از هیأت‌های تجدید نظر انتظامی پزشکی استان نیز تا حد مجازات‌های بندهای «الف»، «ب»، «ج» تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی، یعنی مجازات‌های توبیخ، قطعی است و سایر موارد حسب ماده ۹۵ آیین رسیدگی، قابل تجدید نظر در هیأت عالی انتظامی که در تهران تشکیل می‌شود، خواهد بود. به علاوه، حسب ماده ۳۸ قانون فوق‌الذکر، هیأت عالی به کار هیأت‌های بدوی و تجدید نظر نظارت دارد و بدین‌منظور با اعضای مشخص در سازمان مرکزی نظام پزشکی تشکیل می‌شود و می‌تواند به پرونده‌های قابل اعتراض هیأت بدوی و تجدید نظر رسیدگی نماید. رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور نیز به موجب ماده ۴۰ قانون سازمان نظام پزشکی می‌تواند اگر آراء قطعی هیأت‌های بدوی و تجدید نظر انتظامی استان را خلاف قانون تشخیص داد، از هیأت عالی درخواست رسیدگی مجدد نماید که این رأی قطعی است، لذا در چنین صورتی معترض می‌تواند با توسل به رئیس سازمان نظام پزشکی کشور درخواست رسیدگی مجدد به رأی قطعی صادره را بنماید. به موجب ماده ۱۲۲ آیین رسیدگی دادرها و هیأت‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی، هیأت عالی بعد از رسیدگی‌های لازم، چنانچه رأی صادره را مخالف قوانین و مقررات تشخیص دهد، آن را نقض و رأی مقتضی صادر می‌کند (۴۴).

### ۵- دادگاه تجدید نظر استان

لازم به ذکر است که چنانچه ذی‌نفع بخواهد می‌تواند نسبت به آرای قطعی هیأت‌های بدوی، تجدید نظر و حتی هیأت عالی انتظامی نظام پزشکی، ظرف مدت یک ماه از تاریخ ابلاغ، در

دادگاه تجدید نظر استان محل صدور آرای هیأت‌های بدوی یا تجدید نظر، تجدید نظرخواهی نماید. در این صورت، حسب قانون الحاق یک تبصره به ماده ۴۰ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب (۱۳۸۴/۷/۱۳)، دادگاه تجدید نظر به موضوع رسیدگی و رأی لازم را صادر خواهد کرد. این رأی قطعی است. آرای صادره از دادگاه تجدید نظر استان، قابلیت طرح مجدد در هیچ مرجع دیگری را ندارد، مگر این‌که شرایط فوق‌العاده حاکم بر رسیدگی‌های دادگاه تجدید نظر فراهم باشد که تفصیل آن از حوصله این مقال بیرون است.

### نتیجه‌گیری

نظارت بر اعمال اعضای گروه مراقبت و درمان همواره از دغدغه‌های مهم قانون‌گذاران بوده است، زیرا دریافت‌کنندگان خدمات نظام سلامت، مصرف‌کنندگانی هستند که از یک طرف در مقابل ارائه‌دهندگان متخصص و قوی قرار دارند و از سوی دیگر، به جهت داشتن بیماری، آسیب‌پذیر و البته ناگزیر از دریافت خدمات پزشکی و درمانی هستند. همین امر می‌تواند آن‌ها را به آسانی در معرض تخلفات و نقاط ضعف نظام سلامت قرار دهد، لذا نظام‌های حقوقی به طرق مختلف اقدام به شناسایی حقوق بیماران به عنوان یکی از حقوق مسلم شهروندی و ترجمان یکی از حقوق بنیادین بشری کرده‌اند. این حمایت‌ها در طیف‌ها و قلمروهای متنوعی قابل ملاحظه است. یکی از اقسام حمایت از بیماران مصرف‌کننده، «حمایت شکلی» و در نظر گرفتن حق حمایت کیفری از آن‌هاست که لازمه آن وجود مراجع اختصاصی و البته غیر قضایی در کنار محاکم دادگستری است که فارغ از روند پریپیچ و خم و طولانی رسیدگی در محاکم دادگستری، به شکایات این مصرف‌کنندگان و تخلفات صورت‌گرفته در نظام سلامت رسیدگی نمایند، البته پرهیز از جرم‌انگاری و جلوگیری از تشکیل سوابق سوءپیشینه کیفری که منجر به محدودیت برخی از حقوق و فعالیت‌های اجتماعی برای متصدیان نظام سلامت می‌شود نیز وجود چنین مراجعی را ایجاب می‌نماید. در عمل دیده می‌شود که در خصوص جرائم پزشکی و درمانی، مقررات فراوان و پراکنده با مراجع تصویب‌کننده متفاوت (قوه مقننه و مجمع تشخیص مصلحت نظام) وجود دارد. همچنین نهادهای موازی و فراوانی نظیر شورای حل اختلاف، دادگاه عمومی، دادگاه انقلاب و سازمان تعزیرات حکومتی صالح به رسیدگی هستند که این امر می‌تواند باعث تشویش بیماران در احقاق حق‌شان شود و ایشان را در تشخیص

مرجع صالح دچار سردرگمی نماید، اگرچه رسیدگی در شعب تعزیرات حکومتی، سرعت در رسیدگی و اجرای آراء، عدم پرداخت هزینه دادرسی، قابل تجدید نظر بودن آرای صادره، عدم نیاز به درخواست زیان دیده برای اجرای آراء، وجود ضمانت های لازم اجرای احکام و امکان استفاده از کارشناسان مختلف را دربر دارد، اما انتقادات مهمی را می توان به سازمان تعزیرات حکومتی در خصوص رسیدگی به تخلفات صورت گرفته در نظام سلامت وارد نمود: نخست این که امور مربوط به حوزه سلامت از موضوعات بسیار مهم بوده و نمی توان آن را با تخلفاتی نظیر گران فروشی و کم فروشی مقایسه کرد، زیرا تخلف در ارائه خدمات در حوزه سلامت مستقیماً با سلامتی افراد در ارتباط بوده و سلامت عمومی را به مخاطره می اندازد، لذا به نظر می رسد که رسیدگی به تخلفات در حوزه سلامت باید به طریق جدی تری پی ریزی شود، به گونه ای که علاوه بر داشتن خاصیت پیشگیرانه و تنبیه گرایانه سوداگران متخلف و مخل نظم جامعه، جبران خسارت مصرف کنندگان را به نحو مطلوب تری تأمین نماید.

علاوه بر این، سازمان تعزیرات حکومتی به عنوان مرجع اختصاصی و ساخته مجمع تشخیص مصلحت نظام می تواند به جرائم پزشکی که در صلاحیت دادگاه انقلاب نیز هست، رسیدگی نماید و این یعنی جرائمی با ماهیت و ویژگی های مشترک در صلاحیت چند مرجع مختلف که پیامد آن، پدید آمدن موارد زیاد اختلاف در صلاحیت است که فرصت زیادی را از مراجع رسیدگی کننده و ارباب رجوع تلف می کند. بنابراین ضروری است صلاحیت مراجع رسیدگی کننده به نحوی تعیین شود که موجب تداخل وظایف و اختیارات قوای مجریه و قضاییه نشود و نقض اصول ۳۶، ۱۵۶ و ۱۵۹ قانون اساسی را به دنبال نداشته باشد. به نظر می رسد این امر با اختصاص رسیدگی به تخلفات کم اهمیت تر به قوه مجریه و صلاحیت انحصاری محاکم دادگستری برای رسیدگی به جرائم پزشکی مهم و دارای ماهیت کاملاً جزایی و نیز تدوین قانونی واحد، دقیق و جامع با ضمانت اجرای قاطع، جهت برخورد با مرتکبین این جرائم میسر باشد.

شورای رقابت نیز به عنوان مرجعی شبه قضایی و البته فراقوه ای با ظرفیتهایی که در اختیار دارد، می تواند در راستای حمایت از حقوق مصرف کنندگان، نقش مؤثری در ارائه خدمات پزشکی و درمانی با کیفیت و با قیمت مناسب ایفا نماید. برخورد با رویه های ضد رقابتی در حوزه نظام سلامت، به شکل غیر مستقیم، به نفع مصرف کنندگان خواهد بود، اگرچه گستردگی

وظایف و اختیارات شورای رقابت که در عمل یک نهاد دولتی است، می‌تواند موجب تشدید سلطه بوروکراسی دولتی بر فعالان اقتصادی و ایجاد نا امنی در فضای کسب و کار شود.

التهیه این‌که در مورد سازمان نظام پزشکی، به عنوان یکی از مراجع غیر قضایی رسیدگی‌کننده به تخلفات علیه مصرف‌کنندگان خدمات نظام سلامت باید گفت اگرچه هدف مسئولیت انتظامی برای ارائه‌دهندگان خدمات نظام سلامت، دفاع از منافع جامعه پزشکی است. با این حال، به نظر می‌رسد در نظر گرفتن مسئولیت انتظامی حتی با این هدف، می‌تواند نقشی هرچند کم‌رنگ در حمایت از حقوق بیماران به عنوان مصرف‌کنندگان این خدمات داشته باشد، با این توضیح که ارائه‌دهندگان خدمات نظام سلامت، به دلیل حفظ اعتبار خود در جلب اعتماد بیماران و همچنین مصون‌ماندن از تعقیب انتظامی، خود را ملزم به رعایت اخلاق حرفه‌ای و البته در نظر گرفتن حقوق بیماران می‌نمایند، البته شایسته است مجلس شورای اسلامی با تصویب قانونی جدید یا اصلاح قانون موجود، مسئولیت نظارت بر آموزش پزشکان و نظارت بر حسن انجام وظیفه قانونی و اخلاقی توسط آنان را با تأکید بر حفظ و حراست حقوق مصرف‌کنندگان خدمات نظام سلامت و حذف حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرف پزشکی بر عهده سازمان نظام پزشکی ایران قرار دهد و ترتیبی اتخاذ شود که شاغلین حرف پزشکی در هیأت مدیره سازمان تنها دارای حداقل اعضا و رأی در کنار حداکثر اعضای غیر پزشک که دارای تضاد منافع در حوزه پزشکی و سلامت نیستند، قرار گیرند.

## References

1. Hakimi S, Mohammadalizadeh S. Rights of Reproduction in Iranian Health System: Outcomes and Challenges. Medical Law Journal 2009; 3(11): 131-143.
2. Nasiri M, Sabeti B. Patient's Rights as Consumers of Medical Equipment (A Comparative Study of Iranian Law and the Europe union Documents). Medical Law Journal 2013; 7(26): 139-169.
3. Hoseini M. The Legal Protection of Pharmaceuticals and Cosmetics Consumers. 1st ed. Tehran: Asreghalam; 2017. p.224.
4. Emami M, Mosavi N. Theoretical Foundations of the Quasi-Judicial Authorities and Their Position in Legal System of Iran. Journal of Social & Human Sciences of Shiraz University 2001; 21(2): 93-110.
5. Madovi Mohhamadi I. The Nature of Legal Quasi-Judicial Authorities and Their Relation to Judicial Authorities. MA Dissertation. Tehran: Emam Sadeqh University; 2016. p.175.
6. Mahmoudi J. Diversion & Decriminalization in perspective of Constitution and Administrative Law. Specialized Journal of Theology and Law 2006; 6(19): 105-122.
7. Mahra N. An Introduction to Decriminalization, Depenalisation and Diversion. Legal Research Quarterly 1998; 1(123): 301-312.
8. Zeynali A, Ahmadi A. Tazirat Hokomati from Diversion to Decriminalization and Observing of Defendants and Victims' Rights. The Judiciary Law Journal 2003; 65(48-49): 227-250.
9. Fathi MJ. Developments of the Organization of Fighting Economic Offenses. Journal of Higher Education of Qom 2000; 2(6): 165-200.
10. Masoudinia M, Asadpour R. Territory and Jurisdiction Quasi-judicial Authorities in Iranian Law. The Scientific Research Journal in Jurisprudence and Bases of Islamic Law 2017; 4(1): 23-48.
11. Behzadpor M. The role of Tazirat Hokomati in protecting of consumers. Journal of Trade Reviews 2000; 12(131): 38-45.
12. Savad Kohifar S. Economic Security and the Necessity of Reforming the Judicial System in Commercial Litigation. Journal of Dadresi 2001; 5(29): 12-18.

13. Saffari A, Ejtehadi SAM. Differential penal policy for health-oriented goods. Quarterly of Danesh-e Entezami 2017; 19(75): 1-25.
14. Karim HR. Study of Legislation Process and the Failures of the Laws and Regulations in Preventing of Trafficking of Goods and Currency at Supply Level. Journal of Legal Reviews 2012; 2(4): 111-135.
15. Tolit A. The General Jurisdiction of the Courts and the Jurisdiction of the Branches of Tazirat Hokomati. Journal of Judicial Law Views 2010; 5(17&18): 27-56.
16. Rahimi S. Study of Considering in Tazirat Hokomati and Comparing It to Criminal Courts. MA Dissertation. Tehran: Islamic Azad University; 2011. p.140.
17. Ghanavati J. Competence of competent judicial and quasi-judicial authorities in dealing with health and medical crimes. Social Security Quarterly 2013; 11(38): 59-66.
18. Abbasi M. Medical Crimes and Jurisdiction of the Courts. Legal Medicine Review 1995; 2(6): 64-74.
19. Habibzadeh MJ, Najafi Abrandabadi AH, Kalantary K. Overcriminalisation, Causes and Consequences. IQBQ 2001; 5(4): 59-78.
20. Ghasemi AK. The principles of due process in suspended state and its impact on business, Dissertation for obtaining a doctorate Course: Privacy. Tehran: University of Kharazmi; 2014. p.46.
21. Azadi MR. Practical Consumer Law. 1st ed. Tehran: Majd; 2013. p.186.
22. Tabibia M, Farahbakhsh A. The Economics of Iran: Proceedings. 1st ed. Tehran: Higher Institute for Research in Planning and Development; 1999. p.305.
23. Asghari A. Professional Affiliates of the Judicial System and Related Regulations of Tazirat Hokomati. Journal of Kanon 1997; 2(3): 53-64.
24. Ramezani M, Yaghoti E. The Sanction of Consumer Rights in the Judicial Proceedings. Journal of Jurisprudence and the History of Civilization 2015; 45(4): 83-96.
25. Bakhtiarvand M, Jamali Nezhad S. Role of Competition Law in Improving Public Health. Medical Law Journal 2017; 11(42): 165-190.

26. Samavati H. An Introduction to Commercial Competition Law and Its Role in Market Policy and Regulation. 3rd ed. Tehran: Ferdousi; 2012. p.242.
27. Sadeghi Moghadam MH, Sadeghi M. Study of the Monitoring Legal Entities of Competitive Market (in Iran, EU and US). Journal of Andishehaye Hoghoghi 2014; 1(4): 27-54.
28. Barzegar A. The position and Duties of The Competition Council in The Legal System of Iran. Journal of Administrative Law 2013-2014; 1(3): 148-178.
29. Mirjalili F. About The Bill of Regulations on Facilitating Competition Rules and Regulations on The Control and Prevention of Monopolies. Islamic Parliament Research Center 2005; 2(7): 1-55.
30. Ghaffari-Farsani B. Competition Law and Its Sanctions. Tehran: Mizan Publication; 2013. p.640.
31. Shams A. Civil Procedure. 3rd ed. Tehran: Derak; 2005. Vol.3 p.640.
32. Oloumi Yazdi HR, Farazmand Z. A Comparative Study of the Supervisory Bodies of Enforcing of the Competition Rules in Iran and the United States. Andishehaye Hoghoghe Khosousi 2013; 1(1): 131-159.
33. Sadeghi-Moghadam MH, Ghafari-Farsani B. The Soul of Competition Law (A Comparative Study on Objectives of Competition Law). The Judiciary Law Journal 2011; 75(73): 113-146.
34. Poorseyed B, Sadeghi M, Mohammadi SH. Iran's Competitiveness Council: From the Legal Status to Car Pricing Authority. Majlis & Rahbord 2017; 24(91): 343-370.
35. Khaleghi A, Rashnavadi H. Study of the Competitive Criminal Law from the Perspective of Enforcement of Article 44 of the Constitution Law. Journal of Legal Research 2011; 3(3): 23-60.
36. Cheratian I. Analyzing Challenges of Competition Council. Majlis & Rahbord 2013; 20(73): 67-102.
37. Sheikholeslami A, Ebrahimi O. Legal assessment of Organizational Structure and Functions of Competition Council. Public Law Studies Quarterly 2019; 3(49): 695-715.

38. Fathi Y, Saraei M. Analysis of Economic Law of Competition's Rules in regard to Europe unions' Competition Rule. Public Law Journal 2013; 5(10-11): 209-238.
39. Asgharnia M. Procedure of the Competition Council in Recognition of Anti-Competitive Procedure; Case Study of Decision to Deliver of Iranian Telecommunication Company. Private Law Precedent Journal 2016; 1(1): 65-71.
40. Safar zad-Davaji M. competent court of considering competition law's cases. Tehran: Allame Tabatabaie University; 2016. p.189.
41. Bohloli H. Trade union instead of Medical system. East Newspaper; 2018. No.3334 p.1.
42. Sadat Akhavi M. Basis and Goal of Physicians' Disciplinary Liability and the Moral End of Medical Law. Medical Law Journal 2015; 9(32): 11-52.
43. Salehi HR, Sadeqi-Moqaddam MH, Abbasi M, Taqizadeh E. Nurses' Disciplinary Liability and Its Sanctions. Medical Law Journal 2018; 12(45): 7-27.
44. Abbasi M. Medical Disciplinary Law. Tehran: Legal Publication; 2015. p.304, 132.