



Application of Restorative Mechanisms in Medical Crimes

Mohammad Asadi^{1*}, Mahmood Saber¹

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

ABSTRACT

Background and Aim: The present article is an attempt to explain the mechanisms of restorative justice and its application in medical crimes. In this study, the gaps in the formal system have been evaluated and criticized by the sample research method, and the expectations of actors in this field, including the doctor and the patient and his family, as well as the criminal justice system, have been expressed to distance the current situation from what is ideal to become clear.

Method: The type of research is descriptive analysis and to collect information, qualitative methods such as studying criminal cases (sample research) and in-depth interviews with various actors in this field, including physicians, patients, lawyers and judges are used. Has been.

Ethical Considerations: In the stages of conducting the present research, including collecting field data, coding, translating and using other researches in theoretical literature; Honesty and fidelity have been observed.

Results: According to the research findings, in the formal process, the goals of punishment in medical crimes are not achieved. The remedial process provides an opportunity for the physician to raise his or her pre-criminal process as the parties to the dispute confront, and for the patient to express his or her pain, thereby reinforcing the physician's sense of responsibility. Finally, by compensating the maximum damages to the patient by the physician, satisfaction is created in the victim. This not only satisfies the parties to the dispute, but also prevents the recurrence of medical crimes, reduces the volume of cases and speeds up the proceedings in the formal system.

Conclusion: If we consider the administration of justice as the main goal of the judiciary. This is important in the field of medical crimes from various perspectives. In dealing with medical crimes from the victim's perspective, we face many problems such as delaying the investigation process, ignoring the victim's wishes, not considering all types of his damages and lack of proper response. The perpetrator often does not feel satisfied in this area and considers him a victim of the criminal justice system. What is more, some physicians make frequent complaints of patients against them and threaten to close the profession and doctors' hesitation in professional interventions. Therefore, the criminal justice system in this area needs serious reviews in the areas of criminology, accountability and treatment. The restorative justice discourse seems to have a relatively comprehensive capacity for all of these shortcomings in these areas.

Keywords: Restorative Justice; Medical Crimes; Victim; Responsive Regulation; Prevention

Corresponding Author: Mohammad Asadi; **Email:** Mohamad.asadi91@yahoo.com

Received: May 25, 2017; **Accepted:** August 16, 2019; **Published Online:** September 17, 2022

Please cite this article as:

Asadi M, Saber M. Application of Restorative Mechanisms in Medical Crimes. *Medical Law Journal*. 2022; 16(57): e38.



مجله حقوق پزشکی

دوره شانزدهم، شماره پنجاه و هفتم، ۱۴۰۱

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



کاربرد سازوکارهای ترمیمی در جرائم پزشکی

محمد اسدی^{*1}، محمود صابر¹

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

چکیده

زمینه و هدف: مقاله حاضر، تلاشی جهت تبیین سازوکارهای عدالت ترمیمی و کاربرد آن در جرائم پزشکی می‌باشد. در این پژوهش با روش نمونه پژوهی، خلأهای موجود در سیستم رسمی مورد ارزیابی و نقد قرار گرفته و انتظارات کنشگران این حوزه اعم از پزشک، بیمار و خانواده او و همچنین دستگاه عدالت کیفری بیان شده تا فاصله وضعیت موجود با آنچه ایده‌آل است، مشخص گردد.

روش: نوع تحقیق، توصیفی - تحلیلی بوده و برای جمع‌آوری اطلاعات از روش‌های کیفی مانند مطالعه پرونده‌های کیفری (نمونه پژوهی) و مصاحبه‌های عمیق با کنشگران مختلف این حوزه، از جمله پزشکان، بیماران، و کلا و قضات استفاده شده است.

ملاحظات اخلاقی: در مراحل انجام پژوهش حاضر اعم از جمع‌آوری داده‌های میدانی، کدگذاری، ترجمه و بهره‌گیری از سایر پژوهش‌ها در ادبیات نظری، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: مطابق با یافته‌های پژوهش، در فرآیند رسمی، اهداف کیفر در جرائم پزشکی محقق نمی‌گردد. فرآیند ترمیمی این فرصت را فراهم می‌آورد تا با رودررو شدن طرفین اختلاف، پزشک فرآیند پیش‌جنایی خود را مطرح نماید و بیمار نیز به بیان آلام خود پرداخته و بدین‌وسیله حس مسئولیت پذیری را در پزشک تقویت نماید. نهایتاً با جبران حداکثری خسارات وارده به بیمار توسط پزشک، رضایت‌مندی در بزه‌دیده ایجاد گردد. این امر نه تنها رضایت طرفین اختلاف را به همراه دارد، پیشگیری از تکرار جرائم پزشکی، کاهش حجم پرونده‌ها و سرعت در رسیدگی را نیز در سیستم رسمی منتج می‌گردد.

نتیجه‌گیری: در صورتی که اجرای عدالت را هدف اصلی دستگاه قضا بدانیم، این مهم در حوزه جرائم پزشکی از منظرهای گوناگون محل تردید قرار دارد. در رسیدگی به جرائم پزشکی از منظر بزه‌دیده با اشکالات متعدد مثل اطلاع فرآیند رسیدگی، بی‌توجهی به خواست بزه‌دیده، در نظرنگرفتن تمام انواع خسارات وی و فقدان پاسخ مناسب، مواجه هستیم. مرتکب نیز اغلب در این حوزه احساس رضایت نداشته و خود را قربانی نظام عدالت کیفری تصور می‌کند، چه اینکه برخی پزشکان شکایات مکرر بیماران از ایشان را موجب و تهدیدی برای تعطیل این حرفه و تردید پزشکان در مداخلات حرفه‌ای مطرح می‌کنند، لذا نظام عدالت کیفری در این حوزه نیازمند بازنگری‌های جدی در عرصه‌های جرم‌انگاری، پاسخدهی و نحوه رسیدگی می‌باشد. به نظر می‌رسد گفتمان عدالت ترمیمی ظرفیت نسبتاً جامعی برای تمام این کاستی‌ها در عرصه‌های مذکور داشته باشد.

واژگان کلیدی: عدالت ترمیمی؛ جرائم پزشکی؛ بزه‌دیده؛ تنظیم‌گری پاسخگو؛ پیشگیری

نویسنده مسئول: محمد اسدی؛ پست الکترونیک: Mohamad.asadi91@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۰۴؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۲۵؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۶/۲۶

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

Asadi M, Saber M. Application of Restorative Mechanisms in Medical Crimes. Medical Law Journal. 2022; 16(57): e38.

مقدمه

در جوامع مختلف سامانه عدالت کیفری سنتی، با وجود تلاش برای استمرار و استقرار، به جهت وجود محدودیت‌های عمده، حرکت به سمت ترمیمی‌شدن را پیش گرفته است. برخی جرائم به جهت ماهیت جرم و طرفین درگیر در آن، ظرفیت بیشتری برای اعمال سازوکارهای ترمیمی دارند. این ظرفیت‌ها، گاه جلوه در بزه‌دیده جرم دارد و گاه در بزه‌کار. گاهی نیز به جهت ضعف عمومی موجود در فرآیند رسمی عدالت ترمیمی مجال ظهور می‌یابد.

نگرش به جرم و اختلاف ناشی از آن به مثابه دارایی طرفین، موجب حرکت حقوق کیفری به سمت خصوصی‌شدن گردیده است. این امر موجب انجام پژوهش‌های بسیاری در گرایش حقوق تجارت در خصوص برخی جرائم، به ویژه جرائم سبک از نظر سوءنیت و حالت خطرناک مجرم آن، شده است (۱).

گفتمان عدالت ترمیمی معتقد است که عدالت کیفری سنتی که درک و فهم و اجرای مفاهیم آن، همه در دست دولت است، با چالش‌های عمده‌ای مواجه می‌باشد. صرف نظر از مشروعیت سرپرستی هر حاکمیت بر مردمانش، نفس محجوریت جامعه جهت حل و فصل اختلافات، مخصوصاً با پذیرش عدم کارایی نظام عدالت کیفری سنتی، قابل بررسی می‌باشد.

جرائم پزشکی به عنوان یکی از جرائمی که وجه غالب آن همراه با سبق تصمیم و سوءنیت نبوده، می‌تواند دارای ظرفیت‌های قابل توجه‌ای در حرکت جامعه به سمت ترمیمی کردن نظام کیفری سنتی باشد.

مرتکب در اینجا پزشکی است که به زعم خویش تمام آنچه لازم و ممکن بوده، برای بهبود شرایط بیمار خود انجام داده است و مستحق مجازات نمی‌باشد. در مقابل بزه‌دیده بیماری است که برای بهبود وضعیت خود به پزشک مراجعه نموده، اما با درد و آسیب مضاعف مواجه گردیده است. این امر در حالی است که هیچ یک از طرفین توان و تمایل مشارکت در یک فرآیند طولانی را برای رسیدن به پاسخ تعیین‌گردیده توسط

مقامات رسمی، بدون در نظر گرفتن شرایط ارتکاب و آسیب‌های وارده ندارند.

روش

نوع تحقیق حاضر، توصیفی تحلیلی بوده و برای جمع‌آوری اطلاعات از روش‌های کیفی مانند مطالعه پرونده‌های کیفری (نمونه‌پژوهی) استفاده شده است. پرونده‌های مذکور، ده نمونه از جرائم قصور پزشکی که منتج به آسیب جسمی و یا فوت‌شده را شامل می‌شوند که از مجتمع کیفری قدوسی و همچنین شعبه دادرسی اجرای احکام دادسرای ناحیه ۱۹ ویژه جرائم پزشکی و دارویی، انتخاب شده‌اند. در بررسی پرونده‌ها سعی بر آن بوده که مطالبات اصلی بزه‌دیده (با استفاده از لوائح و شکواییه‌های موجود در پرونده)، دفاعیات بزه‌کار، روند رسیدگی به اتهام، زمان سپری‌شده از شروع فرآیند تا صدور حکم قطعی، حکم صادره و متغیرهای مؤثر در آن مورد بررسی قرار گیرد. قابل ذکر است که به منظور تکمیل اطلاعات به دست‌آمده، با تعدادی از متهمان، بزه‌دیدگان، وکلا و قضات پرونده‌های مربوط به جرائم پزشکان، مصاحبه عمیق به صورت گرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که فرآیند رسمی رسیدگی به جرائم پزشکی، با خلأهای جدی از منظرهای جرم‌انگاری، پاسخ‌دهی و نحوه رسیدگی مواجه می‌باشد. داده‌های میدانی نشان از عدم رضایت اغلب کنشگران این حوزه در خصوص فرآیند رسیدگی رسمی داشته و می‌توان ادعا نمود، گفتمان عدالت ترمیمی به عنوان جایگزین و با رویکرد حداقلی به عنوان سازوکاری موازی با عدالت رسمی، جهت افزایش بهره‌وری در این حوزه مناسب می‌باشد.

بحث

۱. **گستره مفهومی:** معرفی برخی از مفاهیم به علت پیچیدگی و چندبعدی بودن آن‌ها در یک جمله امری مشکل و گاهی ناممکن به نظر می‌رسد. عدالت ترمیمی، از آن دسته از مفاهیم

اصطلاح، خود را به عنوان صاحب امتیاز و صاحب سهام عدالت کیفری قلمداد کرده است. بنابراین در عدالت ترمیمی، مفهوم سهامداران جرم (Stockholders of Crime) مطرح می‌گردد. عمده توجه این گفتمان بر رابطه ازهم‌گسیخته میان بزه‌دیده و بزه‌کار، ازهم‌گسیختگی اجتماعی ناشی از ارتکاب جرم و بازگرداندن سلامت شخصیت بزه‌کار می‌باشد، لذا عدالت ترمیمی به دنبال بازگرداندن امور به وضعیت سابق، از رهگذر بازگرداندن امر کیفری به صاحبان اصلی آن، یعنی بزه‌کار و بزه‌دیده و جامعه محلی می‌باشد (۶).

۱-۲. جرائم پزشکی: جرائم پزشکی، نسبت به خطاهای پزشکی عنوانی عام محسوب می‌گردد. چنانکه جرائم پزشکی، مشمول رفتارهای عمدی و غیر عمدی پزشکان در قالب فعل و ترک فعل‌هایی که در قانون برای آن مجازات تعیین شده است، می‌باشد (۷)، در حالی که خطای پزشکی، مربوط به رفتارهای غیر عمدی بوده و خود با در نظر گرفتن توجه مقنن به آن، به دو دسته خطاهای جزایی پزشکی و خطاهای انتظامی پزشکی، تقسیم می‌شود. خطاهای پزشکی به معنای عام آن، موضوع بحث پژوهشگران حوزه سلامت است. در حالی که خطای جزایی پزشکی، به آن دسته از خطاها اطلاق می‌گردد که جهت متصف‌بودن به اوصاف مندرج در ق.م.ا. دارای ضمانت اجرای قانونی و جزایی هستند (۷).

در ایران، جرائم پزشکی جرائمی همچون صدور گواهی خلاف واقع، سقط جنین، افشای اسرار بیمار، اشتغال به طبابت بدون مجوز قانونی، خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی، ایراد صدمات ناشی از درمان غلط و مانند آن را شامل می‌گردد. آنچه که در این پژوهش به علت تعدد پرونده‌ها و مبتلا به بودن، مورد توجه قرار گرفته، پرونده‌های قصور پزشکی که با تشخیص و یا درمان اشتباه منجر به ایراد صدمه بدنی یا فوت بیمار شده‌اند، می‌باشد.

با توجه به آنچه گذشت، در خصوص جرائم پزشکی، در یک تعریف عملیاتی می‌توان عدالت ترمیمی را بدین نحو تبیین نمود. «راهکاری جهت رفع تعارض و اختلاف میان پزشک و بیمار با هدف جبران و ترمیم آسیب‌های بیمار ناشی از درمان

است که به دلیل وجود ابعاد مختلف و نگرش‌های متفاوت به آن، تعریفی جامع و مانع به خود نمی‌گیرد. از این رو به منظور درک این مفهوم، در این نوشتار و البته تحدید حوزه بحث، نگاهی مفهوم‌شناسانه به عدالت ترمیمی و مفاهیمی که در تبیین هرچه بیشتر موضوع یاری می‌نمایند، امری ضروری و بایسته است.

۱-۱. عدالت ترمیمی: در یک تعریف کلی، عدالت ترمیمی را می‌توان به عنوان یک ایده سنتی به منظور ایجاد شرایطی برای بازگرداندن امور به حالت قبل، معرفی نمود (۲). این واژه، در شکل عبارتی هزار معنا، برای استناد به هر فعالیتی که در جریان رسمی دستگاه عدالت انجام نمی‌شود و شکل ظاهری فرآیندهای عدالت کیفری را ندارد، مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳)، اما محور اصلی آن، مجموعه‌ای از ایده‌هایی است که در سراسر جهان برای حل اختلاف و تعارض‌ها به صورت غیر رسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۴).

گفتمان عدالت ترمیمی، به عنوان یک ایده برای اولین بار در مقابل عدالت سزادهنده (کیفری) خود را به نمایش گذاشت و با تغییر در تعریف جرم، راهبرد مقابله، رسیدگی و پاسخ‌دهی به آن را نیز تغییر داد. این تغییرات، به میزانی است که برخی مجریان عدالت ترمیمی و حامیان آن، از عدالت ترمیمی به عنوان الگوی جدیدی از تفکر یاد می‌کنند (۵)، هرچند برخی همچون Conrad Beranek، فیلسوف حقوق، استدلال می‌کند که در سطوح نظری و فلسفی عدالت مبتنی بر سزادهی و عدالت ترمیمی، آن گونه که اغلب تصور می‌شود، دو ستون مقابل هم نیستند. در واقع نقاط مشابه فراوانی دارند (۹). برخلاف عدالت کیفری که جرم را رفتار خلاف مقررات حاکمیتی و در واقع تعدی و تجاوز به دولت می‌داند، جرم در عدالت ترمیمی به مثابه تخلف و تعدی به حقوق مردم و در واقع اختلاف بزه‌کار و بزه‌دیده می‌باشد. بنابراین پاسخ به آن و فرآیند دستیابی به این پاسخ نیز باید توسط مردم و جامعه محلی تعیین گردد. چنین است که برخی از نویسندگان تأکید می‌کنند در یک فعل و انفعال نه‌چندان طولانی تاریخی، دولت عدالت کیفری را از دست صاحبان اصلی آن ربوده (۶) و به

تا ۸ مقرر گردیده، منتفی می‌باشد (مطابق ماده ۸۲ قانون آیین دادرسی کیفری: در جرائم تعزیری درجه شش، هفت و هشت که مجازات آنها قابل تعلیق است، مقام قضایی می‌تواند به درخواست متهم و موافقت بزه‌دیده یا مدعی خصوصی و با اخذ تأمین متناسب، حداکثر دو ماه مهلت به متهم بدهد تا برای تحصیل گذشت شاکی یا جبران خسارت ناشی از جرم اقدام کند. همچنین مقام قضایی می‌تواند برای حصول سازش بین طرفین، موضوع را با توافق آنان به شورای حل اختلاف یا شخص یا مؤسسه‌ای برای میانجیگری ارجاع دهد. مدت میانجیگری بیش از سه ماه نیست. مهلت‌های مذکور در این ماده در صورت اقتضا فقط برای یک بار و به میزان مذکور قابل تمدید است. اگر شاکی گذشت کند و موضوع از جرائم قابل گذشت باشد، تعقیب موقوف می‌شود. در سایر موارد اگر شاکی گذشت کند یا خسارت او جبران شود و یا راجع به پرداخت آن توافق حاصل شود و متهم فاقد سابقه محکومیت مؤثر کیفری باشد، مقام قضایی می‌تواند پس از اخذ موافقت متهم، تعقیب وی را از شش ماه تا دو سال معلق کند).

۲-۲. طرح دادپزشک: مرکز تحقیقات سازمان پزشکی قانونی با مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طرحی جهت کاهش حجم پرونده‌ها در مراجع قضایی، اجرا نموده است. از اقدامات این طرح، آموزش پزشکان جهت معاینه صحیح و تشخیص دقیق علت فوت و به تبع آن جلوگیری از ارجاع بی‌مورد پرونده به مراجع قضایی است. با لزوم تشکیل پرونده در دستگاه قضایی به عنوان پیش‌نیاز ارجاع به پزشکی قانونی، از ورود بی‌مورد پرونده به سازمان پزشکی قانونی و سیستم قضایی، جلوگیری به عمل می‌آید، هرچند که طرح مذکور مربوط به قبل از ایجاد اختلاف و طرح دعوی در مراجع قضایی و اصولاً برای جلوگیری از طرح آن است، اما بدین جهت که پزشکی غیر از پزشک معالج قبل از ارجاع امر به مراجع قضایی جسد را معاینه می‌کند، از طرح بی‌مورد دعوا در مرجع قضایی جلوگیری می‌شود. گسترش این طرح به مواردی که امکان ایجاد اختلاف و حق طرح دعوی برای اولیای دم را ایجاد می‌کند، می‌تواند ماهیتی ترمیمی

اشتباه و همچنین پیشگیری از تکرار این دست جرائم با آگاهی پزشک بر عواقب قصور در انجام وظایف حرفه‌ای وی.»

۲. ظرفیت‌های قانونی و اجرایی موجود برای استفاده از سازوکارهای ترمیمی در جرائم پزشکی: عدالت ترمیمی، به مثابه هر گفتمان دیگر برای به اجرا درآمدن، نیاز به وجود بسترها و ابزارهای مختلفی دارد که گاهی این بسترها و ابزارها توسط جامعه، گاهی به وسیله فرهنگ و گاه توسط ابزار قانون فراهم می‌گردد. در این قسمت به بررسی بسترهای موجود برای اجرای عدالت ترمیمی در جرائم پزشکی در قوانین کیفری ایران و همچنین ضوابط اجرایی مربوطه پرداخته شده است.

۱-۲. قانون آیین دادرسی کیفری: قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲، تأسیسات جدیدی در راستای تحقق ترمیمی نمودن فرآیند دادرسی ایجاد نموده است. در ماده یک این قانون، میانجیگری به عنوان سازوکاری جهت حل اختلاف، به رسمیت شناخته شده و مواد ۸۲ به بعد قانون مذکور، به بیان مقررات مربوط به این حوزه اختصاص یافته است. از سویی تصویب آیین‌نامه میانجیگری توسط قوه قضاییه در سال ۱۳۹۴، گامی دیگر در جهت به رسمیت شناختن سازوکارهای غیر رسمی حل اختلاف می‌باشد. سازوکارهایی همچون قرار ترک تعقیب، هرچند لزوماً ارتباط مستقیمی با ترمیم رابطه طرفین دعوی ندارد، اما می‌توان با خوانشی ترمیمی از آن توسط کنشگران درگیر در اختلاف در جهت تحقق اهداف این گفتمان، از آن بهره جست (۸).

در خصوص جرائم پزشکی، متأسفانه به جهت فقدان ضمانت اجرای کیفری در غیر از قصور منتج به فوت، امکان استفاده از سازوکارهای در نظر گرفته‌شده در این قانون عملاً منتفی گردیده است، چراکه پزشک خاطی نفعی در ورود به فرآیند ترمیمی برای خود نمی‌بیند. از این رو ترجیح می‌دهد از فرآیند رسمی جریان ادامه یابد. گفتنی است، در خصوص قصور منتج به فوت، با توجه به اینکه در ماده ۶۱۶ قانون تعزیرات، حبس تعزیری درجه ۵ برای آن در نظر گرفته شده است، امکان استفاده از سازوکار میانجیگری که برای جرائم تعزیری درجه ۶

و در جهت حفظ شؤون جامعه پزشکی، شوراهای حل اختلاف ویژه امور پزشکی به عنوان یکی از شوراهای حل اختلاف تخصصی تشکیل گردید (۷).

بر اساس ماده ۵ دستورالعمل تشکیل شوراهای ویژه امور پزشکی (دستورالعمل تشکیل شوراهای حل اختلاف ویژه امور پزشکی در ۱۱ ماده و ۶ تبصره در مورخ ۱۳۸۶/۶/۳۱ به تصویب رییس قوه قضاییه رسید)، اعضای شوراهای ویژه امور پزشکی از میان کارشناسان و متخصصان صاحب صلاحیت در رشته‌های مرتبط پزشکی با تأیید و معرفی سازمان نظام پزشکی برای مدت ۳ سال انتخاب می‌گردند و علاوه بر شرایط عمومی باید فاقد محکومیت کیفری و انتظامی قطعی باشند. رؤسای کل دادگستری استان‌ها یک نفر قاضی را به عنوان قاضی شورا انتخاب می‌کنند که البته نهایتاً تصمیمات شورا با امضا او معتبر خواهد بود. تأمین محل استقرار و تجهیزات مورد نظر شوراهای ویژه امور پزشکی بر عهده سازمان نظام پزشکی می‌باشد. این امر از لحاظ ساختاری با توجه به نیاز بر بی‌طرفی میانجیگر مورد انتقاد است. در عمل نیز نه تنها طرفین از فرآیند رسیدگی به اختلافشان در این شورا رضایت ندارند، بلکه قضات نیز معتقدند که این نهاد، تنها باری بر دوش دستگاه قضا می‌باشد و مرحله‌ای به مراحل رسیدگی اضافه نموده است. در این خصوص مشارکت‌کننده A که بابت عفونت دندان خود با پزشک‌اش اختلاف پیدا کرده بود مطرح کرد: «در شورا فقط از من یک پولی گرفتند و هیچ کاری برایم انجام ندادند» که به نظر می‌رسد هزینه کارشناسی مد نظر بوده است. قاضی مشارکت‌کننده شماره ۱ این امر را جدی‌تر مطرح نموده و بیان داشت: «شوراها نه تنها بار رسیدگی را کم نمی‌کنند، بلکه برای ما یک معضل هم شده‌اند.» این قاضی که ۳ سال سابقه کار در دادسرای ویژه جرائم پزشکی داشت بیان نمود: «در یک پرونده که در شورا مطرح شد و پزشک و بیمار هر دو بر مبلغی بیشتر از دیه توافق داشتند، اما در میزان این مبلغ مازاد توافق نداشتند، شورا نتوانسته بود توافق آن‌ها را بر مبلغی مشخص به دست بیاورد و نهایتاً امر ارجاع به دادسرا شد.» از طرفی دندان پزشکی (پزشک مشارکت‌کننده شماره

بیابد، بدین نحو که در صورتی که پزشک متخصص تشخیص به قصور پزشک معالج داد، از طرفین دعوت نموده و سعی در سازش قبل از ارجاع امر به دادگستری نماید.

۲-۳. شورای حل اختلاف: شوراهای حل اختلاف، در برنامه سوم توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷ به منظور و با هدف کاهش مراجعات مردم به محاکم قضایی و در راستای توسعه مشارکت‌های مردمی، رفع اختلافات محلی و نیز حل و فصل اموری که ماهیت قضایی ندارند یا ماهیت قضایی آن‌ها از پیچیدگی کمتری برخوردار است، تشکیل گردید، اما متأسفانه به مرور از هدف اصلی خود دور گشته و ماهیتی قضایی یافته است. شورای مذکور بیش از آنکه در حل و فصل غیر رسمی اختلاف کوشش نماید، تبدیل به مرجعی در موازات مراجع قضایی شده که به صورت رسمی رسیدگی و مبادرت به صدور رأی می‌کند. قانون شورای حل اختلاف مصوب ۱۳۹۴ نیز هرچند دارای مقرراتی جهت رسیدگی در راستای سازش می‌باشد و در ماده ۱ آن فلسفه تشکیل شورا را ایجاد سازش میان افراد بیان کرده است، لکن همچنان سیاق رسیدگی رسمی در این قانون، صورتی غالبی دارد. نکته مهم آن است که مطابق ماده ۴ این قانون علاوه بر اعضا، در شورا قاضی نیز وجود دارد و حتی در صورت رسیدگی در جهت سازش در این مرجع این امر توسط مقام رسمی قضایی صورت می‌گیرد. مطابق ماده ۲۴ این قانون گزارش اصلاحی به تأیید مقام قضایی صلاحیت‌دار می‌رسد. مقام قضایی مستقر در شورا، هرچند طبق ماده ۱۹ نیازی به رعایت تشریفات رسیدگی ندارد، لکن بایستی اصول و قواعد رسیدگی در آ.د.م. و آ.د.ک. را رعایت کند. نهایتاً توافقات حاصله در شورا در قالب گزارش اصلاحی ظهور می‌یابد که قطعی و غیر قابل اعتراض است.

مطابق تبصره ماده ۲ قانون شورای حل اختلاف، تشکیل شورای تخصصی در صلاحیت رییس قوه قضاییه بوده که در حال حاضر در راستای تحقق رسیدگی سریع و تخصصی و در اجرای ماده ۱۸۹ قانون برنامه سوم توسعه و به منظور تحقق بندهای «ز»، «ح» و «ط» ماده ۳ قانون سازمان نظام پزشکی

فردی است و آنچه که نیاز به ترمیم دارد، نیز همان است. یکی از اصول عدالت ترمیمی، توجه به نیاز تمام کنشگران متأثر از جرم، از بزه‌دیده مستقیم و غیر مستقیم، تا بزه‌کار می‌باشد (۱۱). در این میان برخی روابط و حفظ و بهبود آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده که از آن جمله می‌توان به روابط پزشک و بیمار اشاره نمود. این روابط، ارتباط مستقیم با اعتماد به نظام سلامت و درمان جامعه دارد. از طرف دیگر خود این ارتباط صمیمی و نزدیک میان بیمار و پزشک می‌تواند در امکان بهره‌جویی از عدالت ترمیمی کارآمد باشد. بر اساس نظریه فاصله ارتباطی دنلد Donald Black هرچه ارتباط بزه‌کار و بزه‌دیده صمیمی‌تر و نزدیک‌تر باشد، پاسخ اصلی به جرم ترمیمی‌تر است، اما هرچه رابطه طرفین دورتر و صمیمیت آن‌ها کمتر باشد، پاسخ به آن سرکوبگرانه‌تر است (۱۱)، چنانچه بزه‌کار و بزه‌دیده دارای روابط قبلی باشند، شیوه عدالت ترمیمی در ترمیم آلام بزه‌دیده و روابط میان آنان، نقش مهمی ایفا می‌کند. در مقابل بر اساس نتایج مطالعات صورت‌گرفته ارتباط میان بزه‌کار و بزه‌دیده، در طول فرآیند رسیدگی کیفری و پس از آن وخیم‌تر می‌گردد (۱۲) (روزنامه همشهری در خصوص علت آموزش تکواندو به پزشکان هندی مطرح نمود: دلیل اصلی که پزشکان دهلی به آموزش تکواندو مجبور شده‌اند دفاع شخصی در صورت مواجهه شدن با تعرض و آسیب از سوی خانواده‌های داغداری است که بیمار خود را در بیمارستان از دست داده‌اند. این کلاس‌های آموزش رزمی برای پزشکان چندی پیش آغاز شد و مربیان این دوره از کلاس‌ها را ورزشکاران حرفه‌ای و کمربند مشکی‌ها بر عهده دارند. این دوره به مدت ۶ ماه به طول می‌انجامد.

۳-۱. کاربرد سازوکارهای ترمیمی از منظر بیمار (بزه‌دیده):

وظیفه اخلاقی هر پزشک این است که علاوه بر تأمین احتیاجات جسمانی و درمان بیمار خود، به خواست‌های روانی، طرز تفکر، شخصیت و به طور کلی برای تمام حقوق وی از نظر یک انسان اهمیت قائل شده و حتی قسمت اخیر را باید مقدم بر درمان بشمارد (۱۳). این امر تا جایی پیش می‌رود که Porter اشاره می‌کند که پزشکی قرن بیستم قربانی موفقیت

(۱) که برای اختلاف خود با بیمار در دادسرا حضور یافته بود و در جلسه اول تحقیقات بیان داشت: «حاضر مبلغی به بیمار پرداخت نمایم تا از شکایت خود صرف نظر نماید.» وی در خصوص تجربه از حضور در شورا بیان داشت: «حتی من خواستم با بیمار توافق صورت بگیرد، اما آن‌ها فقط از بیمار سؤال کردند می‌خواهی توافق کنی و بیمار گفت نه و آن‌ها هیچ تلاشی نکردند...».

با توجه به اینکه از طرف شورای حل اختلاف مجوز برای بررسی فرآیند از نزدیک به علت محدودیت‌های سازمانی و بخش‌نامه‌های داخلی آن سازمان فراهم نگشت، اطلاعاتی مازاد بر گفته‌های طرفین و همچنین مقامات خارج از این سازمان به دست نیامد. با این حال به نظر می‌رسد شوراهای حل اختلاف؛ به ویژه با وجود آیین‌نامه میانجیگری مصوب ۱۳۹۵/۷/۲۸ ظرفیت قابل توجهی برای ایجاد سازش در این حوزه داشته باشند. امری که فلسفه ایجاد شوراهای حل اختلاف را نیز محقق خواهد نمود.

۳. بررسی سازوکارهای ترمیمی: اختلاف و تعارض در هر جامعه در نتیجه روابط بین فردی به وجود می‌آید، چنانکه چارلی چاپلین با لحنی کنایه‌آمیز می‌گوید: «من با خدا صلح می‌کنم و درگیری من با نوع بشر است» (۹). انتساب تعلق رفتار مجرمانه به خدا و در واقع آسمانی کردن جرائم، از جمله شیوه‌های غصب تعارض از صاحب سهامان اصلی آن، یعنی بزه‌دیده و بزه‌کار و تسلیم آن به سامانه عدالت جنایی رسمی می‌باشد. این در حالی است که افراد و گروه‌هایی که در میان خود از هنجارها و قواعد اخلاقی تبعیت می‌کنند، به ندرت نزاع‌ها و اختلاف‌های خود را در چارچوب نظام حقوقی رسمی حل و فصل می‌کنند (۱۰).

با رشد حقوق کیفری و توسعه آن در میان جوامع و با وجود پیش‌بینی سازوکارهای مختلف در قالب اصول دادرسی منصفانه، هنوز هم در بیشتر مواقع نه‌تنها رضایت طرفین اختلاف فراهم نمی‌شود، بلکه سایر اهدافی که از فراهم‌نمودن سامانه عریض و طویل عدالت کیفری مد نظر بوده نیز محقق نمی‌گردد. واقع امر آن است که آنچه آسیب‌دیده، روابط بین

کند (۱۷). اهمیت امر زمانی بیشتر احساس می‌گردد که در اغلب اوقات با یک نابرابری طبقه اجتماعی مواجه هستیم، چراکه برخی براین باورند که بیماری ناشی از فقر است (۱۸)، لذا بزه‌دیده از نظر طبقه اجتماعی، مستعد ظرفیت آسیب‌پذیری مضاعفی خواهد بود. بنابراین فرآیند ترمیمی و همچنین سازوکارهای آن در پاسخ‌دهی به رفتار نابهنجار پزشکی، از جهات مختلف می‌تواند برای بیمار سودمندتر از فرآیند رسمی باشد. با این وجود این، نابرابری اجتماعی و طبقاتی را نمی‌توان به عنوان چالشی بر سر گفتمان برابر میان پزشک و بیمار نادیده انگاشت.

۲-۳. ترمیم آسیب‌های جسمی و روانی: در رویکرد کیفری به حل اختلاف میان افراد، از سخت‌گیری و سرکوبگری علیه مجرم حمایت می‌گردد. در این نگرش، جرم نه رفتاری علیه فرد، بلکه علیه کشور (دولت) تلقی می‌شود. از این رو بزه‌دیده در میان بحبوحه اثبات جرم گم می‌شود، چراکه هدف اصلی تحمیل کیفر بر بزه‌کار است (۱۵). مشارکت‌کننده کد B که خانمی ۴۵ ساله بوده و برای قصور منتهی به فوت همسرش طرح دعوی نموده، در خصوص علت شکایتش می‌گوید: «چون پزشک کم‌محل می‌کرد، شکایت کردم و واسه همین کم‌محل‌اش صددرصد پزشک را مقصر می‌دانم.» از طرفی راجع به وضعیت روحی‌اش بعد از طرح دعوی اینچنین ابراز داشت: «اصلاً ما دیده نمی‌شویم، اولین چیزی که می‌گن پیشنهاد پوله یا پیشنهاد گستاخانه به آدم می‌دن...» در فرآیند رسمی، بسیاری از هزینه‌های وارده بر بزه‌دیده، نظیر هزینه کاهش بهره‌وری وی در نظر گرفته نمی‌شود. نمونه کد A که جهت قصور در درمان دندانش که منجر به عفونت گردیده، از پزشک معالج خود شکایت کرده و نهایتاً پزشک را به میزان ۴ درصد دیه کامل محکوم کرده بود، بیان داشت: «حتی اگر این پول رو بده فقط هزینه‌های خود دادگاهمه... کلی از کارم افتادم تو این چند وقت... می‌دونید چقدر هزینه آمپول‌هایی بود که می‌زدمه... من باید این دندون رو روکش کنم، تازه ۲ سال باید صبر کنم چون گفتن هنوز توش چرکه...»

خود شده است، طوری که انتظارات به وجودآمده در بیماران باعث شده که پزشکان ملزم به پرداختن به مسائل انسانی موضوعات مرتبط با پزشکی شوند (۱۴). این امر نه تنها در زمان اختلاف میان پزشک و بیمار از بین نمی‌رود، بلکه از اهمیت بیشتری نیز برخوردار می‌گردد، چراکه بیماری که به امید درمان و با سطحی از انتظارات که بیان گشت به پزشک خود مراجعه نموده، حال نه تنها درمان نگشته، بلکه با آسیبی مضاعف مواجه می‌باشد و انتظار ترمیم آسیب‌های مادی و معنوی خود را از پزشک مربوطه دارد.

بیمار آزرد، چیزی بیش از اینکه در فرآیند قضاوت در مورد ادعایشان حضور داشته باشد، نمی‌خواهد. در واقع بیشتر شکایت‌ها، حتی به دنبال جبران خسارات شخصی یا منفعت هم نیستند، بلکه فقط می‌خواهند ادعایشان شناخته شود، شاید هم یک عذرخواهی از طرف پزشک و اندکی اطمینان خاطر که دیگر در آینده آسیبی که آن‌ها متحمل شده‌اند، برای فرد دیگری پیش نخواهد آمد. از میان مصاحبه‌های صورت گرفته با بیماران بزه‌دیده که دعوی خود را به مراجع رسمی برده‌اند، حتی یک نفر هم از فرآیند رسیدگی به خواسته و شکایتش اعلام رضایت نکرد. در مقابل مشارکت‌کننده کد C که مذاکره با پزشک را قبل از طرح شکایت در مراجع رسمی انتخاب، و نهایتاً به توافق با پزشک خاطی به عمل مجدد رسید، بیان داشت: «مجموعاً از اینکه شکایت نکردم راضی هستم... چون برایم توضیح داد حاضر بودم توافق کنم... قبل از آن فکر می‌کردم اصلاً مرا به حساب نمی‌آورد و نسبت به من بی‌توجه است.»

تحمیل مجازات نمی‌تواند ضررهای قربانی را حفظ کند، به سؤالات آن‌ها جواب دهد، از ترس‌هایشان، آن‌ها را آسوده‌خاطر کند و به آن‌ها در خارج‌شدن از وضعیت حادثه یا التیام زخم‌هایشان کمک نماید (۱۵). چنانکه گفته شده «عدالت ترمیمی، یعنی بازسازی بزه‌دیدگان، یعنی نظام عدالت جنایی بزه‌دیده‌مدار» (۱۶). در واقع پرسش محوری در هر فرآیند ترمیمی این است که بزه‌دیده به چه چیز نیازمند است تا بهبود یابد، خود را باز یافته و احساس آرامش و امنیت مجدد

نهایتاً هم این دندان واسه من ۴ یا ۵ سال کار کنه این دندان که دیگه دندان نمی‌شه واسه من...»

در فرآیند ترمیمی، به بزهدیده کمک می‌شود که خواسته‌هایش را همراه با روشی که نیازهایش برآورده می‌شود، با پزشک درمانگر خود، در میان بگذارد. بیمار به عنوان بزهدیده جرائم پزشکی، آسیب‌های متعدد جسمی و بیش از آن روحی را از جرم پزشکی متحمل می‌گردد که بسیاری از آن‌ها در فرآیند رسمی برآورد نشده باقی می‌ماند. فرض کلی و زیربنایی رفتار مجرمانه، این است که با عملی زینبار آغاز شده و پایان می‌گیرد. این در حالی است که بزهدیدگان دچار یک تهدید ضمنی برخاسته از بازرخداد جرم می‌باشند (۱۹). تمام مشارکت‌کنندگان در این تحقیق، پیرامون ترس و دلهره مراجعه مجدد به پزشک برای دریافت خدمات درمانی اتفاق نظر داشتند، چنانکه مشارکت‌کننده کد B مطرح نمود: «می‌ترسیم اما چاره چیه؟... همیشه فکر می‌کردیم دکترا مثل خداست دستش رو می‌بوسیدیم اگر می‌گذاشت، اما الان دیگه از ناچاری و با ترس می‌ریم دکترا...» بزهدیده حق دارد تا از کمک‌های مادی، پزشکی، روان‌شناسانه و اجتماعی بهره‌مند باشد. متأسفانه آنچه که در فرآیند رسمی برای ایشان در نظر گرفته شده، تنها اندکی از خسارات آنها را پوشش می‌دهد. در این خصوص اظهارات قاضی مشارکت‌کننده کد ۱ مورد توجه است: «برای جبران تمام خسارات راهکار قانونی وجود ندارد. ما هیچ‌گاه نمی‌توانیم بگوییم تمام خسارات شاکی جبران شد به هیچ‌وجه... در پرونده‌های پزشکی شکات بسیار وضعیت اسفباری دارند، چراکه به پزشک مراجعه کرده که دردشان درمان شود، نه تنها درمان نشده‌اند، بلکه درد مضاعفی هم دارند.» عدالت ترمیمی و سازوکارهای موجود در آن به جای آنکه به دنبال پاسخ‌های ازپیش‌تعیین شده رسمی باشند، بهبود شرایط را در جهت بازگشت به حالت قبل، دنبال می‌کند. این امر نه تنها منافع بیمار را به عنوان بزهدیده تأمین می‌کند، بلکه پزشک را، به عنوان خاطی و فردی که جایگاه معمول خود را خدشه‌دار می‌یابد نیز در نظر دارد.

جرم علاوه بر آنکه ممکن است آثار مادی و خارجی از خود به جای بگذارد، آثار جانبی و روانی، عاطفی نیز دارا می‌باشد که

گاه نمود آن بیشتر از آثار مادی و خارجی است. این آثار، غالباً به شکل ترس، خشم، کینه و مانند آن‌ها نمایان می‌گردد (۲۰). مشارکت‌کننده کد B که همسرش را به جهت قصور پزشکی از دست داده بود، در این خصوص بیان داشت: «بعد از چهار سال به من زنگ زدند تازه عذرخواهی کنند... گفتم شما کجا بودید که حتی یه تسلیت به من و بچه‌هام نگفتین؟...» هرچند که پذیرش اشتباه توسط بزهدیده موجب التیام اندکی بر آلام ایشان بوده، اما معتقد بود که: «وقتی فهمیدند دیگه کاری نمی‌تونند بکنند به ما تسلیت گفتند... حتی یک بار رییس بیمارستان را ندیدیم. فقط پیغام می‌گذاشت... من و بچه‌هام نمی‌تونیم از نزدیک اون بیمارستان رد بشیم همیشه مسیرمون رو کج می‌کنیم... حتی خونمون رو از اون منطقه بردیم...»

آنچه که از اهمیت والایی برخوردار است، حق بزهدیده به جبران خسارت می‌باشد. اصل کلی آن است که بزهدیده در برابر بزهدیدگی خود، حق دارد از بزهدیده جبران خسارت بخواهد، اما گاهی این حق و اعمال آن کافی نیست، چراکه در برخی موارد به علل مختلف از جمله ناتوانی بزهدیده، امکان‌پذیر نمی‌باشد. در این صورت دولت باید به بزهدیده غرامت پرداخت کند (۲۰).

جبران خسارت دولتی، در نظام‌های حقوقی مختلف به اشکال گوناگون و در خصوص جرائم متفاوت پذیرفته شده است که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: بزهدیدگان جنایات جنگی، برده‌داری، قاقچاق زنان و کودکان و جرائم تروریستی و علیه امنیت. همانطور که مشاهده می‌گردد، در جرائم پزشکی ردپایی از جبران خسارت دولتی مشاهده نمی‌گردد. این در حالی است که در بسیاری اوقات علت وقوع جرم یا خطای پزشکی، نقص در وسایل درمان به علل مختلف، از جمله تحریم وسایل درمانی است. این بدان معناست که دولت نتوانسته به وظیفه خود برای فراهم‌آوری وسایل درمان شهروندان عمل نماید، لذا به عنوان مسئول باید مورد سؤال قرار گیرد و جبران خسارت نماید. از طرفی با توجه به اینکه در برخی موارد خسارت بیمار تا حدی است که توان جبران از عهده فرد خارج است. برای مثال در خصوص بیماری که به علت تشخیص و درمان اشتباه در یکی از روستاهای بوشهر، نه تنها یک سال خانه‌نشین شده

خسارت‌های معین‌شده از سوی دادگاه می‌باشد. این خلأ در رویه‌های عملی دستگاه قضا ناشی از رویکرد مقنن در خصوص جبران خسارت و مصادیق آن است. در واقع قانونگذار در ایران در پاسخ به اینکه چه چیز صدمه محسوب می‌شود، پاسخ روشنی نداده است، اما در خصوص اینکه چه صدمه‌ای قابل جبران است با وجود مناقشات فراوان در این خصوص با توجه به ایراد شورای نگهبان قانون اساسی، مطابق تبصره ۲ از ماده ۱۴ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲، خسارت معنوی و منافع ممکن‌الحصول در جرائم مستوجب دیه که جرائم پزشکی نیز از مصادیق آن است نمی‌گردد، لذا با صراحت این ماده این دست از خسارات بیمار در فرآیند رسمی بی‌پاسخ باقی خواهد ماند.

۳-۳. کاربرد سازوکارهای ترمیمی از منظر متخلف: هرچند پزشکی به عنوان یک حرفه، به دانشی گفته می‌شود که به درمان و پیشگیری از بیماری می‌پردازد (Oxford Dictionary)، اما نگاه به پزشک به علت جایگاه و موقعیت حیات بخش وی از نظر اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، به گونه‌ای که مراجعه به پزشک و معاینه‌ها و درمان‌ها به تجربه بیمار در مورد بیماری نظم می‌بخشد و محتوی روشنی به او می‌دهد (۱۳). از این جهت، در خصوص کاربردهای سازوکار ترمیمی از منظر پزشک، گاهی مرز این کاربردها از جهت بیمار و پزشک خلط می‌گردد و کاربردی که از منظر بیمار مفید به نظر می‌رسد، در خصوص پزشک نیز قابل بررسی می‌باشد.

۳-۳-۱. فرصت بیان شرایط پیش‌جنایی و کمبود وسایل درمان: بسیاری اوقات، تشدید اختلاف و تمدید فاصله میان بزه‌کار و بزه‌دیده، ناشی از عمدپنداری و تصور وجود سوءنیت در بزه‌کار توسط بزه‌دیده می‌باشد. این امر در جرائم پزشکی ظهور و بروز مشهودی دارد، چراکه پزشک از طرفی مواجه با بیماری است که گاهی درخواست‌های غیر منطقی داشته و از پذیرش واقعیت زیست‌شناختی و درک امکانات علم پزشکی خودداری می‌نماید (۲۰). از طرفی در عین حال که پزشک سعی در تسکین آلام بیماران داشته و تلاش می‌کند آن‌ها را

و ناچار به روزی ۴ مرتبه دیالیز گردیده، بلکه مشخص نیست عوارض این خطا تا چه زمانی همراه وی باشد. هزینه‌هایی که ممکن است مادام‌العمر دست از دامان وی نکشند. حال آنکه نه‌تنها امکان قانونی مطالبه این قسم هزینه‌ها فراهم نگردیده (مطابق مقررات جاری در نظام حقوقی ایران جرائم پزشکان تحت عنوان قصور ناشی از درمان و یا قصور در رفتار حرفه‌ای منتج به آسیب جسمانی و یا فوت بررسی می‌گردند. قانونگذار این جرائم را در صورت اثبات رابطه علیت میان رفتار پزشک با بیمار مستوجب دیه دانسته و تشخیص میزان قصور بسته به نظر مرجع کارشناسی (عموماً پزشکی قانونی و یا سازمان نظام پزشکی) می‌باشد، بلکه گاهی امکان عملی آن نیز از عهده پزشک به عنوان مسئول، خارج است. از این رو جبران خسارت دولتی و ایجاد صندوقی برای حمایت از آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد. در این خصوص مورد کد D، مردی ۳۰ ساله که فرزند سه ساله‌اش به علت قصور پزشک در پذیرش به موقع و نرسیدن اکسیژن به مغز، دچار فلج دائم تمام اعضا گردیده و حتی توان کنترل مدفوع خود را از دست داده و پرونده صرفاً به ۴۹۸ میلیون تومان دیه ختم شده بود، بیان داشت: «این پول را به کدام زخم بزنم؟ اصلاً می‌دونید چقدر هزینه نگهداری یه بچه سالم تو این دوره زمونه هست؟ این بچه شده یه تیکه گوشت... مادرش افسرده شده و دارو افسردگی مصرف می‌کنه... هزینه‌های داروی مادرش می‌دونید چقدره؟...»

از جهتی در خصوص آن میزان از خسارات که در قانون پیش‌بینی گردیده، نیز توافقی بر نحوه اعمال وجود ندارد و گاهی نه‌تنها رضایت بزه‌دیده را شاهد نیستیم، بلکه با پشیمانی وی از طرح دعوی نیز مواجه می‌باشیم، چنانکه مشارکت‌کننده کد A بیان داشت: «اگر برگردم عقب و بدونم اینه حکمش اصلاً شاید شکایت هم نکنم.» عدالت ترمیمی این قدرت را دارد که به قربانی و متخلف امکان دهد، جبران خسارات غیر سنتی گردد و در این صورت طرفین محدود به تعاریف مضیق و باریک قانونی از جبران خسارت نیستند. از آنجا که این توافقات میان طرفین مذاکره می‌شود و توسط دادگاه تحمیل نمی‌گردد، میزان مطابقت و سازگاری بسیار بالاتر از جبران

وجود دارد مطرح است. در خصوص گذشت و بخشش نیز همین‌گونه است (۴). بزه‌کار شاید با پذیرش تقصیر، رویارویی با بزه‌دیده و گفتگو با وی، بتواند رضایت او را به طریق مقتضی، مانند عذرخواهی، جلب نماید. عدالت ترمیمی شرایط و فضایی، برای امکان بیان این امور از طرف پزشک در قبال بیمار را فراهم می‌کند. وقتی مرتکب خود را در موقعیت پایین‌تری قرار می‌دهد و ضمن ابراز ندامت و پشیمانی در برابر بزه‌دیده، رفتار خود را شایسته سرزنش می‌داند، بزه‌دیده نیز تمایل کمتری به تصمیم‌گیری و واکنش سریع به جرم دارد، به ویژه زمانی که کدورت قبلی میان طرفین وجود نداشته باشد (۱۰). در جرائم پزشکی و روابط پزشک و بیمار نیز این‌گونه است. چنانکه در نمونه کد C که بزه‌دیده از طریق غیر رسمی به توافق با پزشک رسیده بود، بیان داشت: «چون برایم توضیح داد حاضر بودم توافق کنم. قبل از آن احساس می‌کردم مرا به حساب نمی‌آورد و نسبت به آسیب‌هایی بی‌توجه است...». مشارکت‌کننده کد A که از طریق دادگاه خواسته‌اش را پیگیری کرده بود، بیانی مشابه داشت: «حتی اگر یک جمله به من می‌گفت برام کافی بود، مثلاً می‌گفت من شرمندهام و بعد حتی درست هم نمی‌کرد... ولی اینکه برو شکایت کن... به آدم خیلی فشار می‌آورد...».

تمام مشارکت‌کنندگان در تحقیق حاضر، مایل به پذیرش عذرخواهی پزشک بوده و خود را آماده برای توافق با پزشک اعلام نمودند. این امر شرایط مناسبی برای پزشک خاطی، جهت حصول توافق با بیمار را حاصل می‌آورد. مشارکت‌کننده کد B برای آمادگی خود جهت توافق بیان داشت: «کاش حداقل این شهامت را داشتند یه عذرخواهی می‌کردند. فرق می‌کنه پزشکی رو که می‌بینی خودش از تو داغون‌تره... این پزشک به نظرم وجدان درد نداشت. من می‌خواستم درد رو به طرفش حرکت بدم.» از بررسی لوایح موجود در ۱۰ پرونده شکایت قصور در دادگاه، تنها یک مورد از همان ابتدا مطالبه دیه نموده بود. آنچه که در این پرونده‌ها بیشتر مطرح می‌گردد، «دردنامه بیماران» از آلام به وجودآمده برای ایشان بوده است تا صرفاً تقاضای مجازات.

در شرایط بهتری از لحاظ جسمی و روانی قرار دهد، عوامل و فشارهای اقتصادی و اجتماعی همواره با زندگی سالم هماهنگ نیستند (۲۰). مشارکت‌کننده کد E که پزشک متخصص جراحی دندان بود، بیان داشت: «خوب ما هم انسانیم... هر قدر هم که به مسائل علمی و عملی مسلط باشی، باز گاهی اوقات برخی امور باعث عدم تمرکزت می‌شه... هیچ وقت دل پزشک نمی‌خواد که کارش بد باشه، چون اعتبار کاری خودش هم زیر سؤال می‌ره...»، البته این امر نیز قابل توجه است که پزشکان غالباً تمایلی جهت حضور و توضیح و توجیه فرآیند نزد بیمار ندارند. پزشک کد F در این خصوص بیان داشت: «هرچه بیشتر برایشان توضیح می‌دهیم، بیشتر فکر می‌کنند ترسیدیم و مقصریم بنابراین مطالباتشان بیشتر می‌شود...». جراحی همواره با خطر همراه است، جراح به این مسأله آگاهی دارد که نتیجه خوب عمل جراحی، حتی با وجود ماهرترین دست‌ها قطعی نیست، ولی بیمار همیشه به این نکته وقوف ندارد (۲۱) و باید شرایط فراهم گردد تا پزشک فرصت بیان مراحل درمان را داشته باشد. حال آنکه، آنچه در فرآیند رسمی مورد بررسی قرار می‌گیرد، تنها صفحه‌ای از این کتاب قطور و آن نیز برگ وقوع جرم توسط پزشک می‌باشد. این وضعیت در حالی است که حتی گاهی سلب حیات که از شدیدترین جرائم علیه تمامیت جسمانی است، می‌تواند ماهیتی توافق‌پذیر و قابل گذشت به خود بگیرد و آن زمانی است که دلایل انسانی آمیخته به ترحم داشته باشد، که در اصطلاح آن را اوتانازی (Euthanasia) می‌نامند. از طرفی این سؤال مطرح می‌گردد که آیا دولت وظیفه خود را در قبال شهروندان به خوبی ایفا کرده تا در صورت وقوع انحراف حق تنبیه را داشته باشد. بدان معنا که آیا برای پزشک تمام وسایل درمان در شرایط استاندارد فراهم بوده که از وی درمانی حرفه‌ای و استاندارد مورد انتظار باشد. این واقعیت غیر قابل انکار است که بزه‌دیدگان در اغلب موارد، به دنبال جبران آسیب‌های وارد بر خود هستند، اما بر اساس مطالعات، جبران خسارات مالی در عدالت ترمیمی در مقایسه با دادگاه کمتر مطرح می‌شود (۲۲). به بیان دقیق‌تر، بیش از آنکه جبران خسارات مطرح باشد، عذرخواهی مرتکب که در فرآیند رسمی فرصت کمی برای آن

۳-۲-۳. **تنظیم‌گری پاسخگو:** تنظیم‌گری (Regulation) مجموعه اقداماتی است که جامعه، هنگامی که ارزش‌ها و هنجارهایش را نقض شده می‌بیند، در جهت اعاده وضع به وضعیت بهنجار انجام می‌دهد (۲۳). این اقدامات، بسته به عوامل مختلف، می‌تواند اشکال مختلفی به خود بگیرد. این گفتمان بر آن است که پاسخگویی به جرم باید با توجه به ویژگی‌هایی صورت گیرد که در رسیدگی رسمی قابل تأمین نیست، از جمله درک عوامل زیربنایی وقوع جرم، انعطاف‌پذیری قواعد تنظیم‌گرانه، تعامل میان طرفین جرم (تنظیم‌گر و مجازات به عنوان آخرین راه) (۲۴)، هرچند که ممکن است این انتقاد بر این گفتمان وارد آید که انعطاف‌پذیری قواعد آن، برخلاف قبح عقاب بلا بیان و اصل قانونی بودن مجازات‌ها است. در پاسخ می‌توان گفت که اصل قانونی بودن مجازات در دانستن وجود یک مجازات است، نه آگاهی از کیفیت آن، چراکه آگاهی از تمام جزئیات مجازات یک عمل مجرمانه، می‌تواند باعث حسابگری مرتکب شده و این امر در کنشگران منطقی، منجر به از بین رفتن کارایی مجازات‌ها شود (۲۵).

این امر در خصوص جرائم پزشکی، به علت نبود قوانین متناسب در این حوزه، ظهور بیشتری دارد، به گونه‌ای که قاضی مشارکت‌کننده شماره ۱ در این خصوص مطرح نمود: «به هیچ‌وجه پاسخ‌ها را مناسب نمی‌دانم، چراکه نمی‌توانیم محرومیت از حقوق اجتماعی را در خصوص پزشک خاطی اعمال کنیم و از طرفی بیش از دیه نمی‌توانیم آن‌ها را محکوم کنیم و حبس هم نمی‌توان داد و این امر گاهی موجب تجری پزشکان می‌شود...» از طرف دیگر در تنظیم‌گری این پرسش مطرح می‌شود که چرا پزشک مرتکب تخلفاتی شده و چگونه می‌توان از ارتکاب مجدد آن با نظارت از راه نزدیک و خود کنترلی پیشگیری کرد، در حالی که اصرار در فرآیند رسمی بر شناخت مبنایی علل وقوع جرم نمی‌باشد و صرفاً نتیجه‌نگر و غالباً سزاگرا می‌باشیم. این امر منجر به اصرار مرتکب بر بی‌گناهی خویش و عدم پذیرش مسئولیت می‌گردد، چنانکه پزشک از پذیرش مسئولیت اعمالش سر باز می‌زند و در جامعه نیز یک متخلف بد رفتار باقی خواهد ماند که احتمال دارد

همان نوع نقض قانون را در برابر قربانیان دیگر در آینده مرتکب شود. با ترغیب پذیرش‌های منصفانه از مسئولیت، متخلفین دیگر قادر نخواهند بود که در پشت جرائم خود پنهان شوند و بایستی مسئولیت اعمالشان را بر عهده گیرند (۱۵). در این شرایط اغلب کسانی که از بزه‌کار حمایت می‌کنند، خجالت زده می‌شوند. همچنین احساس شرم بزه‌کار، در این فرآیند تأثیر بیشتری در تغییر رفتارهای آینده وی دارد، زیرا عموماً بزه‌کار به دیدگاه وکلا یا قضات، در خصوص رفتارهای خود کمتر توجه می‌کند (۴). مشارکت‌کننده کد B بیان داشت: «وقتی در اجرای احکام، پزشک من و بچه‌هایم را که گریه می‌کردیم دید، گفت فقط حلالم کنید، خواهش می‌کنم نفرینم نکنید...» حال آنکه همان پزشک در مراحل مختلف، اصرار به عدم انجام تخلف توسط خود را داشته است. در برنامه‌های عدالت ترمیمی، برای متخلفین دشوار می‌شود که رفتار جنایی خود را معقول دانسته و از آن دفاع کنند و این امر منجر می‌شود به اینکه متخلفین نسبت به قربانیان و جامعه پاسخگو باشند.

۳-۳-۳. **بهبود کیفیت و عملکرد پزشک:** عدالت ترمیمی، راهکاری است برای ایجاد فضای محرمانه و امن برای پزشکان تا مهارت‌های خود را منعکس کنند و فرصتی است برای بحث‌های آزاد در مورد اینکه چگونه می‌توانند مهارت‌هایشان را بدون ترس از مجازات و کیفر، بهبود دهند. عدالت ترمیمی باعث می‌شود کانون تمرکز و توجه از این سؤال که «چه چیز نادرستی در گذشته نسبت به بیمار خاصی صورت یافته» به این بحث که «چطور پزشک می‌تواند در آینده بهتر و با مهارت‌تر عمل نماید»، تغییر یابد. به این صورت، بیماران آزرده خاطر نیز تا حدی آرام گرفته که اتفاقی که بر آن‌ها گذشته، برای دیگران اتفاق نخواهد افتاد و بدین‌سان تشفی خاطر می‌یابند. بنابراین عدالت ترمیمی هم به پزشک و هم به بیمار این فرصت را می‌دهد که هر دو فرآیند را با رضایت ترک نمایند، یعنی پزشک آن را برای اصلاح ترک می‌کند و بیمار با این احساس که آسیب واردشده به فراموشی سپرده نشده و

امیدوار به اینکه فرد دیگری وضعیت دشوار وی را تجربه نخواهد کرد.

۳-۴. کاربرد سازوکارهای ترمیمی از منظر هزینه‌های رسیدگی و همچنین صعوبت اثبات: اثبات جرائم پزشکی، به جهت رؤیت‌پذیری اندک، با دشواری بسیاری همراه است. هرچند وجود کمیسیون‌های تخصصی رسیدگی به پرونده‌های پزشکی و پیشرفت‌های علمی و عملی در تطبیق رفتار پزشک با رفتارهای استاندارد و متعارف آن حوزه، تا حدی از این صعوبت کاسته و آن را ممکن نموده است، اما بدیهی است که وجود داده‌های اطلاعاتی راجع به کمیت و کیفیت شکایات قانونی راجع به خطاهای پزشکی در پزشکی قانونی، به هیچ وجه نمی‌تواند جایگزینی مناسب برای نظام گزارش‌دهی خطا که در اغلب مواقع به صورت پذیرش مجرمیت می‌باشد، تلقی گردد، چراکه عموماً اطلاعات موجود در چنین پرونده‌هایی، صرفاً راجع به خطاهایی است که عواقب شدیدی از قبیل مرگ را در پی دارد و طبق مقررات با رویکردی فردمدارانه، در پی شناسایی فرد مقصر و جبران خسارات ناشی از ایراد عارضه هستند (۲۶).

بنابراین اثبات جرائم پزشکی، تا حد زیادی به پذیرش مجرمیت توسط پزشک بستگی دارد که این امر در فرآیند رسمی به ندرت اتفاق می‌افتد. قرارگرفتن مرتکبین جرائم پزشکی، در گروه مجرمین یقه‌سفید نیز مؤثر در امر می‌باشد. پزشک که در مقابل افرادی غیر متخصص در رشته خود قرار دارد، ممکن است با استفاده از دفاعیات و اصطلاحات تخصصی قصور خود را پنهان نماید و در اصطلاح نیم‌رخ جنایی خود را در سایه نگاه دارد. در این حالت، آنچه که می‌تواند کمک شایانی به پیشبرد فرآیند نماید، پذیرش تقصیر توسط پزشک است که اغلب در فرآیند رسمی اتفاق نمی‌افتد. نظر یک پزشک (مشارکت‌کننده F) در خصوص پذیرش تقصیر خود در مقابل بیمار قابل تأمل به نظر می‌رسد: «فکر می‌کنم اگر بپذیرم تقصیر را این امر برای بیمار مشتبه می‌شود که خبریه و می‌تونه هر چقدر که بخواهد از من مطالبه کند...» این امر در حالی است که همانطور که قبلاً اشاره شد، در فرآیند غیر

رسمی افراد کمتر به دنبال جبران خسارت مادی می‌باشند. قاضی مشارکت‌کننده در این پژوهش (قاضی شماره ۲) بر آن بوده که: «معمولاً پزشکان بر اشتباه خود اصرار دارند و قائل برآنند که روش آن‌ها یک متد درمانی می‌باشد نه یک اشتباه درمانی... البته خیلی‌ها هم می‌پذیرند...». از میان ۱۰ پرونده مورد مطالعه تنها دو پزشک نظریه کمیسیون در مورد قصور خود را در همان مراحل اولیه پذیرفته بودند که البته یکی از پزشکان علت پذیرش را تحت پوشش بیمه‌بودن اعلام داشته است، نه قبول واقعی مجرمیت. فرآیندهای رسیدگی انتظامی نیز که گاهی ماهیت ترمیمی به خود می‌گیرند؛ به علت فرار از اقرار به خطا نزد همکار خود، پذیرش مجرمیت توسط پزشک محقق نمی‌گردد. از این جهت فرآیند ترمیمی خارج از قالب رسمی با توجه به امکان استفاده از میانجیگر خارج از حرفه تخصصی پزشک، این امر را تا حدی بر طرف می‌کند. از دیگر موانع عمده ابراز خطای پزشکی، نحوه تدوین مقررات در این حوزه است. در حوزه تصمیم‌گیری در خدمات سلامت اختیار تام همراه با اعتماد به خیرخواهی به پزشک و تیم پزشکی سپرده شده است (۲۷). به رغم این نکته، بند ۵ از ماده هفتم مقررات عمومی بیمه مسئولیت مدنی پزشکان، در تعارض با این مهم نگاشته شده است. اهمیت پذیرش مجرمیت توسط پزشک زمانی بیشتر نمود پیدا می‌کند که با فقدان ادله اثباتی در این حوزه مواجه می‌شویم. واقعیت آن است که با توجه به ماهیت جرائم پزشکی در صورت عدم اقرار پزشک چیزی جز نظریه کارشناس وجود ندارد که نه‌تنها میزان تطبیق آن با واقعیت محل بحث است، بلکه از نظر قانونی نیز ارزشی برابر با اماره و نه دلیل اثباتی دارد. قاضی مشارکت‌کننده شماره ۳ در خصوص طریق اثبات جرائم پزشکی بیان داشت: «در پرونده‌های پزشکی اگر به دنبال ادله به معنای اخص باشیم، هیچ‌گاه علیه هیچ پزشکی نمی‌توان ادله آورد...». بنابراین پرونده پزشکی بیش از آنکه بر ادله قانونی بنا شده باشد، بر اظهارات شاکی و نظریه کارشناس به عنوان اماره قضایی بنا گردیده است.

از طرفی هزینه‌های ایجاد سازوکار رسمی، به طور خاص در جرم‌شناسی سازمانی مورد محاسبه و سؤال قرار می‌گیرد.

(مشارکت‌کننده شماره ۱) صورت گرفت وی اذعان داشت: «من مزایا و معایب فرآیند رسمی را تا مرحله اجرای حکم برایشان بیان می‌کنم... در واقع اختیارات قانونی و حقوقشان را برایشان می‌گویم تا در صورت تمایل بیرون از شعبه به توافق برسند...». در واقع معیار مقام قضایی مذکور برای ارشاد طرفین به سازش، تکرار جرم است. در این راستا وی بیان داشت: «برای پزشکانی که قصور متعدد دارند تمایلی جهت اعمال سازش ندارم، ولی معمولاً پزشکانی که قصور اولین بار دارند یا قصورشان قابل اغماض است، پیشنهاد سازش می‌دهم...»، هرچند که سازش مذکور، هیچ انطباقی با فرآیند میانجیگری بزه‌دیده بزه‌کار ندارد، ولی مقامات قضایی که در این تحقیق مورد مصاحبه قرار گرفتند، با بیان انواع فرآیند ترمیمی، این روش را به جهت وجود میانجیگر آگاه به شرایط طرفین و همچنین خارج از دادگاه و غیر رسمی بودن، مناسب ارزیابی نمودند.

در این گونه از سازوکارهای ترمیمی، با شروع فرآیند، میانجیگر بایستی از اهداف طرفین برای مشارکت در فرآیند اطلاع یابد. این امر می‌تواند به صورت مکتوب باشد و پس از آن مطلوب‌ترین نتیجه و بدترین نتیجه و توافق ممکن را از طرفین سؤال نماید. از طرفی، میانجیگر می‌تواند در جلسات انفرادی اطلاعاتی راجع به روحیات هر طرف قبل از جلسه اصلی به دست بیاورد که در تحصیل توافق مفید باشد. ورود به این فرآیند، یک انتخاب داوطلبانه بوده و الزامی به مشارکت و یا ادامه‌دادن آن در صورت مشارکت توسط طرفین وجود ندارد. این امر بدان سبب است که فرآیند میانجیگری، گفتگومحور است که به طرفین فرصت ملاقات رو در رو را می‌دهد و بنابراین اجباری بودن آن به هیچ وجه مناسب نمی‌باشد. فرآیند مذکور فرصت فراهم می‌آید که بر اثرات رفتار متخلف بر بزه‌دیده بحث شود و به متخلف نیز فرصت داده می‌شود تا با آگاهی از تأثیر اعمالش مسئولیت رفتار را بپذیرد.

Ashworth بر آن است که در افکار عمومی حق مجازات، یکی از جنبه‌های اقتدار دولت است، اما این تصور از سوی کسانی که مدعی نقش فعال بزه‌دیده و اجتماع در تعیین پاسخ‌های ترمیمی به جرم هستند، به چالش کشیده شده است (۱۰). نتایج پژوهشی در بریتانیا حاکی از آن است که روش‌های ترمیمی، ۸ برابر بیشتر از مداخله‌های کیفری مقرون به صرفه‌تر است (۴). در واقع به ازای هر پوند هزینه برای عدالت ترمیمی، هشت پوند در کاهش بزه‌کاری صرفه‌جویی می‌شود. این هزینه‌ها که قسمت عمده‌ای از آن، بر عهده نظام عدالت کیفری بوده است، به ناچار بزه‌دیده را نیز در امان نگذاشته است. چنانکه در نمونه پرونده شماره ۱ کادر درمان بیمارستان با عدم پذیرش به موقع کودک، موجب عقب‌ماندگی ذهنی دائمی در وی گردیده بودند. پدر این فرزند که علت عدم پذیرش را، وضعیت نامناسب مالی خود بیان داشته، پس از قریب به چهار سال به ناچار چندین میلیون تومان هزینه هیأت‌های کارشناسی پرداخت نموده بود. مشارکت‌کننده کد A نیز میزان هزینه‌ها را بالا می‌داند، چنانکه بیان می‌دارد: «حتی اگر تمام دیه را هم بگیرم، فقط هزینه رفت و آمدها و خرج‌هایی که تو دادگاه کردم نمی‌شه...» آنچه مسلم است، اقتضای رسیدگی رسمی به جهت درگیر نمودن دستگاه عریض و طویل عدالت کیفری هزینه بالا می‌باشد. این هزینه‌ها در فرآیند ترمیمی به حداقل ممکن می‌رسند.

۴. میانجیگری بزه‌دیده - بزه‌کار: فرآیند میانجیگری در درگیری میان یک بیمار آزوده‌خاطر و پزشک، با استفاده از مدل میانجیگری قربانی متخلف بایستی با تعیین اینکه درگیری برای میانجیگری مناسب است یا نه، شروع گردد. در این فرآیند، هیأت‌های پزشکی نقش مهمی ایفا می‌کنند. در خصوص اینکه یک پرونده مناسب است برای میانجیگری بایستی نه تنها احتمال ختم به توافق مفید شدن آن در نظر گرفته شود، بلکه مناسب بودن میانجیگری برای طرفین درگیر نیز سنجیده شود. در حال حاضر، هرچند ارجاع امر به میانجیگری در قالب تعریف‌شده‌ای در رویه عملی صورت نمی‌گیرد. در مصاحبه‌ای که با قاضی تحقیق جرائم پزشکی

نتیجه‌گیری

هدف اصلی و غایت دستگاه قضایی، تأمین امنیت و عدالت است. در قرون اخیر و با پیدایش تفکرات جدید، تحولات گسترده‌ای در حوزه مفهوم عدالت شکل گرفته است، به گونه‌ای که در بیشتر نظام‌های حقوقی، ترافع جزایی در حال اعاده به صاحبان اصلی آن، یعنی بزه‌دیده و بزه‌کار و همچنین اجتماع در معنای واقعی آن می‌باشد. معیار تعریف عدالت، طرفین اختلاف بوده و بزه‌کار و بزه‌دیده آسیب‌دیدگان واقعی و مستقیم جرم محسوب می‌شوند، لذا در چنین نظامی، پاسخ‌ها نیز باید با در نظر گرفتن نیاز آن‌ها تنظیم شوند. سیستم کیفری فعلی توجهی به اصلاح مرتکب، خواست قربانی و خواست جامعه نداشته و این امر منتسب به کاستی‌های تقنینی می‌باشد، از جمله مشکلات موجود پیرامون جرائم پزشکی در قوانین فعلی، عدم جرم‌انگاری صحیح در خصوص این جرائم است. در نظام حقوق ایران نه‌تنها در حوزه‌هایی از این جرائم، نقص قانونی مشهود است، بلکه در بسیاری از موارد مانند قصور منتج به نقص عضو، فقدان قانون جهت پاسخ‌دهی مناسب، وجود دارد. آثار و نتایج حاصله از قوانین ناکارآمد و در نتیجه عملکرد نامناسب مقامات رسمی، اجرای قانون در جهت پیشگیری و مهار جرائم پزشکی، الزام و یا انگیزه مشارکت متهمان در جبران خسارت وارده بر بزه‌دیده را در زمانی که موضوع عدالت ترمیمی در سایر نظام‌های حقوقی در این حوزه توسعه و گسترش فراوانی یافته، به پایین‌ترین حد خود رسانده است. گفتنی است، رسیدگی به این جرائم در دادگاه عمومی صورت می‌گیرد که غالباً در رأی این مراجع، نظر مرجع کارشناسی عیناً تکرار می‌گردد. افزون بر آن، مرجع قانونی برای کارشناسی این جرائم، نظام پزشکی سازمانی با ساختار صنفی بوده و بی‌طرفی آن بدین جهت مورد تحدیش است. از طرفی پزشکی قانونی نیز، هرچند تحت نظارت مستقیم دستگاه قضایی قرار دارد، اما با توجه به احتمال ورود مصلحت‌اندیشی‌های همکارانه و صنفی، دور از این اتهام نمی‌باشد. این امر، زمانی بیشتر بروز می‌نماید که در جرائم پزشکی، غالباً تنها دلیل اثباتی، گزارش کارشناس می‌باشد و در این حوزه سایر

ادله اثبات از قبیل شهادت شهود و یا دسترسی به اسناد قابل استناد و... معمولاً امکان‌پذیر نیست. از سویی با توجه به موقعیت شغلی و اجتماعی پزشکان و نبود ضمانت اجرای درجه‌بندی شده و متناسب با میزان قصور و تعدد و تکرار آن، انتظار دستیابی به مهار و کنترل این دسته از جرائم با توسل به نظام عدالت جنایی رسمی، با تردید مواجه است. عدم رضایت از نظام سلامت و افزایش تعداد شکایت از پزشکان، گواهی بر این ادعا است. جرأت و جسارت پزشکان متخلف با مشاهده وضعیت موجود و نحوه برخورد نظام رسمی با این‌گونه جرائم، بی‌رغبتی بسیاری از بزه‌دیدگان برای اعلام شکایت را افزایش داده و در نتیجه رقم سیاه این جرائم را افزایش داده است.

از دیگر سو، بزه‌دیدگان این جرائم به لحاظ ناامیدی از دستیابی به حقوق تضییع شده خود، یا دچار سرخوردگی و ترس دائم از مراجعه به پزشک و نظام سلامت گردیده و یا به دنبال انتقام شخصی از پزشک خواهند بود.

بنا بر آنچه گفته شد و با توجه به عدم کارایی و توان نظام عدالت جنایی رسمی در رسیدگی و پاسخ‌دهی به جرائم پزشکی، نیاز به یک سیستم عدالت جنایی جدید احساس می‌گردد. پاسخ مترقی به این نیاز، عدالت ترمیمی می‌باشد، چراکه عدالت ترمیمی بر روی نیازهای قربانی تمرکز می‌کند و دادگاهی را تشکیل می‌دهد که حضور قربانی برای رسیدن به عدالت، در آن ضروری می‌باشد. بیمار به عنوان قربانی جرم پزشکی به دنبال جبران در نقص درمان خود بوده و در عین حال درصدد تنبیه پزشک به دلایلی از جمله جلوگیری از تکرار ارتکاب اعمال مشابه می‌باشد.

برنامه‌های عدالت ترمیمی آنچه را که سیستم کیفری ارائه نمی‌دهد، فراهم می‌آورد، یعنی ایجاد منافعی برای قربانیان، متخلفین و خود جامعه. قربانیان فرصت برخورد با متخلفین را می‌یابند و نقشی فعال در رسیدن به راه حلی که نیازهای شخصی آن‌ها را برآورده می‌کند، ایفا می‌کنند. متخلفین این فرصت را پیدا می‌کنند که از تصمیم نادرست خود، درس عبرت بگیرند و به جبران رفتارشان بپردازند و جامعه نیز این فرصت را پیدا می‌کند تا تأثیری بر روی جرم داشته باشد. در

ملاحظات اخلاقی

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان اخذ گردید.

جرائم پزشکی، پزشک فرصت توضیح رفتار خود برای بیمار و توجیه عملکرد خود را برای وی می‌یابد. نظام عدالت کیفری باید به دنبال کاربست برنامه‌ها و سازوکارهای عدالت ترمیمی باشد تا به این وسیله زمینه جهت عدم توسل به ضمانت اجراهای کیفری و جهت‌گیری ضمانت اجرا به جای کیفر و مجازات به سوی ترمیم، احیا و جبران خسارات وارده سوق دهد.

لازم به ذکر است این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد محمد اسدی با راهنمایی محمود صابر در دانشگاه تربیت مدرس تهران می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

محمد اسدی: جمع‌آوری داده‌ها اعم از کتابخانه‌ای و میدانی، طراحی پلان، تجزیه و تحلیل داده‌ها و جانمایی آن در متن نهایی مقاله.

محمود صابر: طراحی پلان، تجزیه و تحلیل داده‌ها و جانمایی آن در متن نهایی مقاله.

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

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

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

تأمین مالی

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

References

1. Chamisa D. The potential of alternative dispute resolution mechanisms in tackling the increase of lawsuits due to medical negligence in public hospitals. Unpublished master s thesis. Cape Town: Wits University of Cape Town, Law Faculty; 2013.
2. McLaughlin E, Muncie J. The Sage dictionary of criminology. London: SAGE; 2006.
3. Liewellyn J, Howse R. Restorative justice a conceptual framework. Law Commission of Canada; 1999. Available at: <https://www.laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/L-6.7/index.html>.
4. Strang H. Restorative Justice Meetings, Findings of a Ten-Year Research Program. Tehran: Restorative Justice Encyclopedia; 2015.
5. Maxwell A. Restorative justice, a new model of thinking in criminal matters. Public Law Research. 2003; 5(9): 183-205.
6. Christie N. Conflicts as property. British Journal of Criminology. 1977; 17(1): 1-15.
7. Abbasi M. Medical Criminal Law. Tehran: Legal Publications; 2012. [Persian]
8. Ebrahimi SH. A remedial reading of the order to abandon prosecution. Adalat Remandani Encyclopedia. Tehran: Mizan Publishing House; 2015. [Persian]
9. Farjiha M, Amini M. The use of restorative mechanisms in intentional homicide, emphasizing the communication distance between the offender and the victim. Encyclopaedia of restorative justice. Tehran: Mizan Publication; 2015. [Persian]
10. Zohr H. Principles of restorative justice. Reformation and Training. 2012; 124: 34-37.
11. Fajeh J. Mediation of the victim of the criminal or criminal mediation, from judicial rationality to communication. Adalat Sanamani encyclopedia. Tehran: Mizan Publication; 2015. [Persian]
12. Yahek S, Tawakkol M. Examining the emotional commitment of doctors and the social factors affecting it: A study of doctors in Tehran. Journal of Bioethics. 2013; 2(5): 129-149. [Persian]
13. Evans M, Llorca G. Medical humanities. London: BMJ Books; 2001.
14. Farbiarz RE. Victim offender mediation: A new way of disciplining America s Doctors. Journal of Medicine and Law. 2008; 12: 359-384.
15. Braithwaite J. Restorative Justice. Journal of Legal Research. 2006; 43: 521-570.
16. Gholami H. Restorative justice, principles and methods. Law Enforcement Knowledge. 2003; 5(4): 36-55. [Persian]
17. Armstrong D. Medical Sociology. Tehran: Legal Publications; 2013.
18. Raijian Moal M. Criminology (Developments in Criminology and Criminal Sciences). Tehran: Shahr-e Danesh Publications; 2019.
19. Shayan A. Justice for the Victims. Tehran: Salisbil Publications; 2005. [Persian]
20. Haghi SZA, Zare GH-A, Ataran H. Factors affecting the conviction of the surgical team in medical malpractice lawsuits and the quality of handling these lawsuits in the Mashhad medical system. Journal of Forensic Medicine. 2005; 11(3): 141-145. [Persian]
21. Strang H. Repair or revenge: Victims and restorative justice. Oxford: Oxford University Press; 2002.
22. Braithwaite J. Restorative justice and responsive regulation. New York: Oxford University Press; 2002.
23. Shah Beigi I. Responsive Regulation Booklet. Tehran: Government Punishment Organization; 2015. [Persian]
24. Kramer R. Neoliberal states and flexible penalty: Punitive practices in district courts. New Zealand Sociology. 2015; 30(2): 44-58.
25. Sandars JE, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: Understanding the Diversity across Studies. Family Practice. 2003; 20(3): 231-236.
26. Asghari F. Necessity of declaring medical error and its conflict with professional civil liability insurance of doctors. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2019; 16(57): 52-57. [Persian]