

Introduction to Some of the Obstacles to Realization of Medical Criminal Justice

Mahdi Alirezaei¹, Hassan Poorbafrani²

Abstract

The sick person whose disease has been aggravated as a result of medical fault instead of getting cured by doctor and his/her pain has increased needs to be completely supported. Including these supports are civil and penal protections. These supports have been almost clearly determined in substantive penal code territory in Iran's legal system but what the sick person gains practically is disappointment in many cases and makes the sick despair of penal justice system (Judiciary), too. The cases that result in uncertainty of penal justice in medical penal code territory are various and numerous. Some of them are related to defective legislation and the others are concerned to interaction of legal authorities with medical authorities involving forensic medicine organization and medical council. In this article by using descriptive analytical method and judicial laws and precedents and existing experts, different judicial authorities, various procedures, the spirit of legal authorities, dependency and impartiality of authorities and probability of forgery and alteration of the sick's dossier by beneficiaries before or after the sick's complaint or his/her avengers of blood and... that involve these impedimenta have been examined for a better achievement of medical penal justice.

Keywords

Medical Penal Justice, Medical Fault, Forensic Medicine, Medical Council, Medical Disciplinary Board

Please cite this article as: Alirezaei M, Poorbafrani H. Introduction to Some of the Obstacles to Realization of Medical Criminal Justice. *Iran J Med Law* 2019; 13(50): 7-27.

1. Department of Law, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran.

2. Associate Professor in Criminal Law, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
(Corresponding author) Email: hpoorbafrani@ase.ui.ac.ir

درآمدی بر برخی از موانع تحقق عدالت کیفری پزشکی

مهدی علیرضائی^۱

حسن پوربافرانی^۲

چکیده

بیماری که به جای درمان شدن توسط پزشک، در اثر تقصیر پزشکی به بیماری اش افزوده شده و درد و رنج‌هایش فزون‌تر گشته، نیازمند حمایتی همه‌جانبه است. از جمله این حمایت‌ها، حمایت‌های مدنی و کیفری است. در نظام حقوقی ایران این حمایت‌ها در قلمرو حقوق کیفری ماهوی تقریباً به خوبی تبیین شده است، اما در مقام عمل آنچه نهایتاً عاید بیمار می‌شود، در موارد زیادی ناامیدکننده است و باعث سلب اعتماد مریض به دستگاه عدالت کیفری (قوه قضاییه) نیز می‌شود. مواردی که باعث عدم تحقق عدالت کیفری در قلمرو حقوق کیفری پزشکی می‌شود، متنوع و متعدد است. برخی مربوط به قانونگذاری ناقص و برخی نیز مربوط به نحوه تعامل مراجع قضایی با مراجع کارشناسی پزشکی اعم از کمیسیون‌های مستقر در سازمان پزشکی قانونی و هیأت‌های بدوی، تجدید نظر و عالی سازمان نظام پزشکی است. در این مقاله با روش توصیفی - تحلیلی و با استفاده از قوانین و رویه قضایی و کارشناسی موجود، مراجع رسیدگی متعدد، مراحل رسیدگی متعدد، روحیه کارشناس محوری مراجع قضایی، عدم استقلال و بی‌طرفی مراجع کارشناسی و احتمال جعل و دستکاری در پرونده بیمار توسط ذی‌نفعان پیش یا پس از طرح شکایت بیمار یا اولیای دم او و... که از زمره این موانع است، مورد بررسی قرار گرفته است.

واژگان کلیدی

عدالت کیفری پزشکی، تقصیر پزشکی، پزشکی قانونی، سازمان نظام پزشکی، هیأت انتظامی پزشکی

۱. دانشجوی دکتری حقوق کیفری و جرم‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قشم، قشم، ایران.

۲. دانشیار حقوق جزا، گروه حقوق دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: hpoorbafrani@ase.ui.ac.ir

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۹/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۳/۱۲

مقدمه

حرفه پزشکی از مشاغل ضروری جامعه است. بیماران برای درمان خود پس از توکل بر خدا، چشم امید به پزشکانی بسته‌اند که با پایبندی به انسانیت و اخلاق پزشکی به مداوای آن‌ها بپردازند. با این حال امروزه طبق آمارهای مراجع رسمی شاهد رشد روزافزون پرونده‌های مربوط به تقصیر پزشکی هستیم. طبق گفته رییس سازمان پزشکی قانونی کشور تعداد پرونده‌های تقصیر پزشکی ارجاعی به مراکز پزشکی قانونی در سال (۱۳۹۶ ش.) ۶ هزار و ۶۵۱ پرونده می‌باشد که در ۲ هزار و ۷۴۶ پرونده، قصور پزشکی محرز شده است (۱). بدیهی است در این موارد که مریض به جای درمان، مریض‌تر شده و احیاناً این امر هم در اثر بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی پزشک صورت گرفته، وی نیازمند حمایت‌های مادی و معنوی جامعه است. یکی از این حمایت‌ها، حمایت حقوقی و کیفری است. این حمایت‌ها در برخی جوامع از جمله فرانسه دچار تحول و پیشرفت شده است، به نحوی که همه خسارات بدنی وارده به بیمار قابل جبران است. اگر خسارت در اثر تقصیر پزشک واقع شده باشد، با توجه به بیمه‌شدن این حوادث توسط پزشکان، بیمه مبادرت به پرداخت آن می‌کند، اگر در اثر وسایل پزشکی باشد، کارخانه‌های سازنده آن وسایل، مسؤول جبران خسارات وارده به بیمار هستند و اگر در اثر این دو امر هم نباشد، صندوق‌های تأمین خسارات پزشکی که جهت این کار تدارک دیده‌شده به جبران آن می‌پردازند.

در حقوق کیفری ایران نیز حمایت از قربانیان تقصیر پزشکی، هرچند در قانون ماهوی (قانون مجازات اسلامی) تا حدود زیادی لحاظ شده، اما موانع عمدتاً شکلی باعث شده است که قربانیان تقصیر پزشکی در اغلب موارد به حقوق خویش نائل نشوند. این در حالی است که امروزه با توسعه سطح آگاهی مردم نسبت به بیماری‌ها و همچنین نسبت به حقوق خویش، میزان شکایت از پزشکان نیز در مواقع قصور یا تقصیر پزشکی بیشتر شده (۲) و مانند گذشته، بیماران یا اولیای دم آن‌ها کم‌تر حوادث واقع شده در اثر اعمال پزشکی را منتسب به قضا و قدر الهی می‌کنند. بر این اساس نتیجه‌بخش نبودن روند دادرسی طولانی پزشکی، مشکل دیگری که ایجاد می‌کند، حس بی‌اعتمادی مردم نسبت به دستگاه عدالت کیفری است که حتی همین یک مورد کافی است تا ضرورت تحقیق در این خصوص را نشان دهد.

به هر حال اقتضای مقررات شکلی از جمله قانون آیین دادرسی کیفری و نهادهای تعبیه شده برای رسیدگی به شکایات از قبیل دادگاهها و مراجع کارشناسی باید اتخاذ رویکرد «رفتار عادلانه» نسبت به قربانیان تقصیر پزشکی و اجرای عدالت تام برای جبران خسارتها و تأمین حقوق آنها باشد تا ضمن آنکه از میزان دردمندی آنها کاسته می‌گردد، از بزه‌دیدگی مضاعف آنها نیز جلوگیری کند (۳)، اما آنچه عملاً از ملاحظه قوانین و رویه عملی اتخاذی توسط مراجع قضایی و کارشناسی مشاهده می‌شود، بیانگر آن است که برخی از اصول مهم دادرسی عادلانه که به عنوان یکی از حقوق اساسی بشر در سطح بین‌المللی (۴) و داخلی (۵) به رسمیت شناخته شده است، در رفتار با بزه‌دیده تقصیر پزشکی مورد توجه قرار نمی‌گیرد و در نتیجه تعادلی بین سلاح‌های بیمار و پزشک (اصل برابری سلاحها) وجود ندارد. این در حالی است که در ماده ۶ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲ بر اعمال این حقوق نسبت به بزه‌دیده به موازات متهم تصریح شده است. طبق این ماده: «متهم، بزه‌دیده، شاهد و سایر افراد ذی‌ربط باید از حقوق خود در فرایند دادرسی آگاه شوند و ساز و کارهای رعایت و تضمین این حقوق فراهم شود.»

بدین ترتیب سؤالی که ذهن پژوهشگران حقوق و قربانیان این‌گونه جرائم را به خود مشغول کرده، این است که آیا با وجود این قوانین و فراهم کردن زیرساخت‌های اجرایی آنها، نهادهای متولی عدالت کیفری اعم از قانونگذار، قوه قضاییه و مراجع کارشناسی توانسته‌اند به اهداف نظام عدالت کیفری که تحقق عدالت کیفری پزشکی در کشور است، دست یابند یا خیر؟ فرضیه مقاله آن است که سیاستگذاران جنایی ایران نتوانسته‌اند با وجود وضع مقررات ماهوی و شکلی در قلمرو حقوق کیفری پزشکی به تحقق عدالت کیفری و احقاق حق قربانیان جرائم پزشکی بپردازند. دلیل این امر وجود موانعی عمدتاً شکلی است که در این راه وجود دارد و به برخی از مهم‌ترین آنها اشاره می‌شود. در این مقاله تلاش شده است تا با تفکری انتقادی، با استفاده از قوانین و رویه قضایی و کارشناسی موجود، موانع و کاستی‌هایی که باعث عدم تحقق عدالت کیفری نسبت به قربانیان این‌گونه جرائم است، استخراج شده و پیشنهادهایی برای از میان برداشتن آنها ارائه گردد. بر همین اساس موانع تحقق عدالت کیفری در رسیدگی به جرائم پزشکی در هشت بند مورد بررسی قرار گرفته و در پایان نیز پیشنهادهایی برای رفع این موانع، ارائه شده است.

توجه خاص به حرفه پزشکی

یکی از موانع مهم تحقق عدالت کیفری نسبت به قربانیان تقصیر پزشکی، مقدس‌انگاری حریم پزشکان و به عبارت دیگر توجه خاص قانونگذار و نهادهای متولی رسیدگی به جرائم پزشکی به حرفه پزشکی است. این امر دو نتیجه سوء به دنبال دارد. اول این که مقنن با این توجه خاص و ویژه در سیاستگذاری‌های جنایی سعی در آسان‌گیری نسبت به پزشکان و اعتماد به نظرات آن‌ها دارد؛ دوم این که به جهت این توجه خاص، پزشکان نیز در ضمیر ناخودآگاه خویش، از بروز صدمات احتمالی ترسی ندارند. نتیجه این امر، افزایش جرائم پزشکی به موازات عدم تحقق عدالت کیفری در رفتار با قربانیان تقصیر پزشکی است. نمونه این توجهات بخشنامه شماره ۱۰۰/۸۶۷۵/۹۰۰۰ مورخ ۱۳۹۳/۰۲/۱۶ رییس قوه قضاییه خطاب به مراجع قضایی سراسر کشور مبنی بر حبس‌زدایی از جرائم پزشکان و اعمال مجازات‌های جایگزین حبس نسبت به آن‌هاست. طبق این بخشنامه: «از آنجا که قانونگذار در فصل نهم قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱، مجازات‌های جایگزین حبس را تصویب و ابلاغ نموده، ضرورت دارد قضات دادگاه‌ها در رسیدگی به جرائم پزشکی، نظر به حساسیت مشاغل پزشکی و با ملاحظه جایگاه متهم، دفعات یا کیفیت ارتکاب، قصد و نیت احسان به بیمار و سایر جهات مخففه، در صورتی که قتل غیر عمد به واسطه بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی با به سبب عدم رعایت نظامات واقع شود، در تعیین کیفر با رعایت فصل نهم قانون مذکور به ویژه مواد ۶۴، ۶۸، ۷۰، ۸۳، ۸۵ و ۸۶ حسب مورد از مجازات جایگزین حبس از نوع جزای نقدی و یا دوره مراقبت استفاده نمایند. بدیهی است با تصویب آیین‌نامه موضوع ماده ۷۹ قانون مذکور، امکان استفاده از خدمات عمومی رایگان نیز فراهم خواهد گردید.» همین‌طور می‌توان به آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته به سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۹۰ شورای عالی سازمان نظام پزشکی هم اشاره کرد که در مقدمه این آیین‌نامه عبارت «حفظ شؤن جامعه پزشکی و حمایت از حقوق صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی» از لحاظ رتبه‌ای پیش از عبارت «حمایت از حقوق بیماران» ذکر شده که نشانه نوعی اولویت‌بخشی اولی بر دومی است (۶)، البته این که حفظ شؤن جامعه پزشکی و حمایت از حقوق پزشکان با حمایت از حقوق بیماران که در پرونده‌های تقصیر پزشکی مقابل هم قرار می‌گیرند، چگونه ممکن است، خود قابل تأمل است و کمی خردورزی در خصوص

همین نکته کافی است تا ضرورت درانداختن طرحی نو در خصوص مقررات شکلی برای رسیدگی به شکایات قربانیان تقصیر پزشکی را آشکار سازد.

مراجع رسیدگی متعدد

از مهم‌ترین موانع تحقق عدالت کیفری پزشکی در رفتار با قربانیان تقصیر پزشکی، وجود مراجع رسیدگی متعدد است. به رغم این‌که طبق اصل ۱۵۹ قانون اساسی «مرجع رسمی تظلمات و شکایات دادگستری است»، اما در نظام قضایی مراجع متعددی برای رسیدگی به جرائم صاحبان حرف پزشکی پیش‌بینی شده است که این تکرر، سبب سرگردانی بیماران جهت احقاق حقوق خود می‌شود (۷). دادسرای عمومی و انقلاب، دادسرای ویژه رسیدگی به جرائم پزشکی، شورای حل اختلاف ویژه امور پزشکی و سازمان نظام پزشکی از زمره این مراجع هستند که باعث سردرگمی قربانیان تقصیر پزشکی شده و قربانی نمی‌داند که از کدام مسیر اقدام کند تا زودتر به نتیجه برسد، زیرا هر کدام از این نهادها صلاحیت‌های متفاوتی دارند.

برای مثال اگر کسی قربانی تقصیر پزشکی شود و برای طرح شکایت به سازمان نظام پزشکی مراجعه کند، کاری طاقت‌فرسا و طولانی را در پیش خواهد داشت، زیرا بند «و» ماده ۳ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳ یکی از «وظایف و اختیارات» سازمان نظام پزشکی را «رسیدگی انتظامی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی که عنوان جرائم عمومی را نداشته باشند» می‌داند. بنابراین سازمان نظام پزشکی صرفاً راجع به تخلفات صنفی و حرفه‌ای پزشکان و پیراپزشکان رسیدگی کرده و به عبارت دیگر پس از احراز تقصیر فقط می‌تواند در مورد تخلفات صنفی و انتظامی حکم صادر کند. بدین ترتیب اگر بزه‌دیده متقاضی مجازات و جبران ضرر و زیان باشد، سازمان نظام پزشکی باید بزه‌دیده را به مراجع قضایی برای احقاق حق خود هدایت کند. نتیجه آنکه شاکی علاوه بر مدت زمانی که در سازمان نظام پزشکی برای احراز تقصیر پزشک صرف کرده، مدتی را هم باید در محاکم دادگستری صرف کند که این خود منافی رعایت مهلت معقول در رسیدگی به عنوان یکی از اصول دادرسی عادلانه می‌باشد (۸)، در نتیجه باعث خستگی بزه‌دیده و بدبینی نسبت به دستگاه عدالت قضایی و عدم تحقق عدالت کیفری پزشکی می‌شود و یا اگر قربانی برای طرح شکایت به شورای حل اختلاف ویژه امور پزشکی مراجعه کند، در صورتی که مبلغ خواسته یا

محکوم به بیش از بیست میلیون تومان باشد، قرار عدم صلاحیت صادر و پرونده به دادسرا ارجاع می‌شود. بدین ترتیب به نظر می‌رسد ضرورت دارد مقنن برای ایجاد شفافیت و وصول بهتر بیماران به حقوق خویش دست به کار شده و بازنگری لازم را با محوریت صلاحیت دادگاه‌های دادگستری در قوانین موجود انجام دهد. بدیهی است مریضی که خواهان دیه و جبران خسارات خود است از ابتدا نباید به مسیر رسیدگی در سازمان نظام پزشکی وارد شده و در این مسیر پر پیچ و خم سرگردان شود. قانون باید طوری تنظیم شود که اساساً در مواقع مواجهه با چنین شکایتی اساساً سازمان نظام پزشکی حق ورود نداشته باشد.

مراجع کارشناسی متعدد

یکی دیگر از موانع تحقق عدالت کیفری در رسیدگی به جرائم پزشکی وجود مراجع کارشناسی متعدد می‌باشد، یعنی فعالیت همزمان و موازی پزشکی قانونی و سازمان نظام پزشکی. پس از طرح شکایت توسط قربانی جرائم پزشکی نزد مراجع صالح، مرجع رسیدگی کننده در صورت نیاز می‌تواند برای احراز تقصیر پزشک و دریافت نظریه مشورتی، موضوع را به پزشکی قانونی یا سازمان نظام پزشکی یا هر دو با هم ارجاع دهد. در حال حاضر رویه در دادسراهای همه استان‌ها جز تهران این است که به محض وصول شکایت، معمولاً نظر مشورتی هیأت بدوی انتظامی سازمان نظام پزشکی را هم‌زمان با نظر پزشکی قانونی استعلام می‌کنند. وجود دو مرجع کارشناسی در کنار هم و با دو ساختار تشکیلاتی متفاوت چندان خوشایند به نظر نمی‌رسد، زیرا احتمال این که در یک پرونده با دو نظر کارشناسی متعارض رو به رو شویم، زیاد است و باعث سستی و عدم استحکام نظر کارشناسی و در نتیجه ضعف حکم می‌شود. مضافاً که حسب رویه معمول در تهران کمیسیون در سازمان پزشکی قانونی پاسخ استعلامات مراجع قضایی را می‌دهد، ولی در مراکز استان‌ها هیأت‌های بدوی و تجدید نظر متصدی این امرند و نفس همین دوگانگی نوعی تعارض و ناهماهنگی و تبعیض را نشان داده و احتمال راحت‌گیری یکی و سخت‌گیری دیگری هم فراوان است، زیرا سازمان پزشکی قانونی زیر نظر قوه قضاییه و سازمان نظام پزشکی زیر نظر قوه مجریه است و بر این اساس همانطور که در جای خود خواهیم گفت، استقلال پزشکی قانونی به مراتب بیشتر از سازمان نظام پزشکی است و این دو مجموعه از ساختار و از جمله نحوه انتخاب متفاوتی هم برخوردارند. علاوه بر این که

استعلام از هیأت بدوی انتظامی سازمان نظام پزشکی نسبت به پزشکی قانونی تشریفات و هزینه‌های بیشتری دارد و زمان بیشتری می‌برد و مخیرگذاشتن مراجع قضایی در ارجاع کارشناسی به هر کدام از مراجع مذکور نوعی کج سلیقگی و دور از انصاف و عدالت است، زیرا برای بیمار و یا اولیای او مدت زمان کارشناسی و هزینه و همچنین کارشناسی در یک مرجع مستقل و بی‌طرف از اهمیت بالایی برخوردار است و بهتر بود که قانونگذار تصریح می‌کرد که برای گرفتن نظریه کارشناسی از ظرفیت‌های سازمان پزشکی قانونی استفاده شود و یا یک مرجع مستقل دیگری زیر نظر کانون کارشناسان رسمی دادگستری را صالح به کارشناسی قرار می‌داد. صرف نظر از این مطلب، در صورت استعلام نظر مشورتی هیأت بدوی انتظامی توسط مرجع قضایی، با اعتراض هر کدام از قربانی تقصیر پزشکی یا پزشک، رویه قضایی در مراکز استان‌ها چنین است که مرجع قضایی، این اعتراض را به هیأت تجدید نظر انتظامی برای رسیدگی کارشناسی مجدد ارجاع می‌دهد و در صورت اعتراض هر یک از شاکی و متهم باز هم رسیدگی را به هیأت عالی انتظامی ارجاع می‌دهد که همگی در درون سازمان نظام پزشکی قرار دارد و همان‌گونه که خواهیم گفت استقلال و بی‌طرفی آن به شدت محل خدشه است.

کارشناس محور بودن افراطی مراجع قضایی

از موانع موجود دیگر بر سر راه تحقق عدالت کیفری پزشکی می‌توان به کارشناس محور بودن افراطی مراجع قضایی اشاره کرد. سازمان پزشکی قانونی با بیش از ۳۲۰ مرکز در سطح کشور، سالانه حدود دو میلیون مورد کارشناسی برای مراجع قضایی انجام می‌دهد. از این میزان حدود ۸۱٪ مربوط به حوزه معاینات بالینی و کمیسیون‌های تخصصی، ۱۵٪ مربوط به حوزه آزمایشگاهی و حدود ۴٪ در رابطه با معاینه و بررسی مرگ‌های غیر طبیعی و مشکوک است. بر اساس آمارها و بررسی‌های انجام‌شده، بیش از ۹۸٪ از نظرات پزشکی قانونی عیناً مورد پذیرش و بهره‌برداری مراجع قضایی قرار می‌گیرد (۹). به این آمارها باید آمارهای کارشناسی هیأت‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی را نیز اضافه کرد. دادگاه‌ها طبق قانون موظف شده‌اند که در مواردی که بحث تخصصی و فنی مطروحه، خارج از حیطه تخصصشان است نظر کارشناسی را جویا شوند. ماده ۱۵۵ قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ بیان می‌کند که «هرگاه بازپرس رأساً یا به تقاضای یکی از طرفین انجام کارشناسی را ضروری بداند، قرار ارجاع امر به کارشناسی را

صادر می‌کند. بازپرس باید موضوعی را که جلب نظر کارشناس نسبت به آن لازم است به طور دقیق تعیین کند.» در قلمرو شکایات قربانیان تقصیر پزشکی از کادر پزشکی، رویه عملی مراجع قضایی آن است که بدون استثنای نظر کارشناسی مراجع کارشناسی را استعلام می‌کنند و مهم‌تر آنکه همانطور که در آمارها بیان شد، عمدتاً این نظریات را مبنای صدور حکم قرار می‌دهند، در حالی که هر دو مورد محل مناقشه است: اولاً ارجاع به کارشناس فقط در مواردی باید صورت گیرد که تشخیص تقصیر پزشک از عهده خود پزشک خارج بوده و طبق تصریح ماده ۱۵۵ قانون آیین دادرسی کیفری ارجاع به کارشناس، ضروری باشد. در برخی پرونده‌ها تقصیر آنچنان واضح است که هیچ ضرورتی به ارجاع امر به کارشناس نیست، مثلاً وقتی دندانپزشک به جای دندان خراب، دندان سالم کنار آن را کشیده است یا وقتی پزشک جراح، قیچی را داخل شکم مریض جا گذاشته است یا وقتی که پزشک به جای قطع پای عفونت کرده در اثر دیابت، پای غیر عفونتی مریض را قطع کرده است یا وقتی به جای عضوی، عضو دیگر را جراحی کرده است؛ ثانیاً در صورت ارجاع به کارشناس هم طبق اصول کلی حقوقی حاکم بر نظریات کارشناسی و نص صریح ماده ۴۱ قانون نظام پزشکی، ضرورتی به متابعت از آن نیست، ولی همانطور که اشاره شد، دادگاه‌ها عمدتاً نظرات این مراجع کارشناسی را مبنای صدور حکم قرار داده و کم‌تر در مورد درستی و منطبق با واقع بودن آن به تحقیق می‌پردازند. ماده ۴۱ قانون نظام پزشکی نظر این هیأت‌ها را صرفاً مشورتی می‌داند. طبق این ماده: «هیأت‌های بدوی انتظامی نظام پزشکی هر یک از شهرستان‌ها موظفند نظر مشورتی کارشناسی و تخصصی خود را نسبت به هر یک از پرونده‌های مربوط به رسیدگی به اتهام بزه ناشی از حرفه صاحبان مشاغل پزشکی در اختیار دادگاه‌ها و دادسراهای شهرستان مربوطه قرار دهند.» در تبصره ماده ۲۱۱ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ هم آمده است که «مواردی از قبیل نظریه کارشناس، معاینه محل، تحقیقات محلی، اظهار مطلع، گزارش ضابطان و سایر قرائن و امارات که نوعاً علم‌آور باشند، می‌تواند مستند علم قاضی قرار گیرد...». از این تبصره نتیجه می‌گیریم در صورتی که نظریه کارشناس علم آور برای قاضی نباشد، نباید به آن استناد کرده و نظریه کارشناسی را مستند علم خود در حکم صادره قرار دهد. ماده ۲۶۵ قانون آیین دادرسی مدنی به صراحت اعلام کرده است که «در صورتی که نظر کارشناس با اوضاع و احوال محقق و معلوم مورد کارشناسی مطابقت نداشته باشد، دادگاه به آن ترتیب اثر نخواهد داد»، زیرا در واقع

کارشناسی نوعی مشاوره تخصصی است که قاضی برای آگاهی علمی و فنی مسأله‌ای که نزد اوست، از آن بهره می‌گیرد، نوعی معاینه فنی در زمینه‌هایی که قاضی خود در آن تخصص ندارد (۱۰). این موضوع از قانون آیین دادرسی کیفری هم قابل استنباط است، زیرا چنانچه دادسرا یا دادگاه نظر کارشناسی هیأت بدوی انتظامی را خلاف محتویات پرونده و مبانی عرفی و حقوقی دانست، می‌تواند آن را نپذیرد. طبق ماده ۱۶۶ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲: «در صورتی که نظر کارشناس با اوضاع و احوال محقق و معلوم مورد کارشناسی مطابقت نداشته باشد، بازپرس نظر کارشناس را به نحو مستدل رد می‌کند و موضوع را به کارشناس دیگر ارجاع می‌دهد.» به نظر می‌رسد با توجه به خاص بودن ماده ۴۱ قانون نظام پزشکی و عدم قابلیت نسخ آن توسط قانون عام، حتی ارجاع به کارشناس دیگر هم ضرورتی ندارد و دادگاه‌ها می‌توانند به نظرات خارج از چارچوب عرف و دکتترین حقوقی هیأت بدوی انتظامی توجهی نکرده و رأی مستدل خود را صادر نمایند، زیرا قانون خاص که حاکم بر قضیه است، نظر این هیأت‌ها را صرفاً «مشورتی» می‌داند (۶). برخلاف شاهد که موضوع دعوا را حس می‌کند، کارشناس فقط حدس می‌زند و نظریه صادر می‌کند، لذا نظریه کارشناس نمی‌تواند مستقیماً مستند حکم دادگاه قرار گیرد، مگر این‌که برای بازپرس یا دادرس علم ایجاد کند که در این صورت باید به عنوان یکی از قرائن علم آور در قرار نهایی یا رأی ذکر شود (۱۱).

به هر جهت در بسیاری از موارد احراز این تقصیر توسط عرف (۱۲) و به صورت خاص توسط دادسراها و دادگاه‌ها امکان‌پذیر است (۱۳) و تشخیص وجود یا فقدان اصل تقصیر پزشک یا کادر پزشکی، هیچ نیازی به اظهار نظر متخصص ندارد. آری ممکن است برای بررسی استناد تقصیر به یکی از چند کادر پزشکی یا میزان تقصیر هر یک از کادر پزشکی نیاز به اظهار نظر کارشناسی باشد، ولی اصل تقصیر در این موارد محرز است. در این موارد اخیر، دادگاه باید در استعلام خود اصل وجود تقصیر را به مرجع کارشناسی گوشزد کرده و فقط در مورد معرفی مقصر یا میزان تقصیر هر کدام از کادر پزشکی نظر مرجع کارشناسی را جویا شود.

عدم استقلال و بی‌طرفی مراجع کارشناسی

یکی دیگر از موانع تحقق عدالت کیفری پزشکی، عدم استقلال و بی‌طرفی مراجع کارشناسی به خصوص هیأت‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی است. مدعای مقاله آن است که

هرچند در ماده ۱ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳ به مستقل بودن این سازمان تصریح شده، اما این که هیأت‌های انتظامی مربوطه هم عملاً واجد وصف استقلال و بی‌طرفی مدنظر معیارهای دادرسی عادلانه باشند، محل تأمل جدی است. آری سازمان از حیث مسایل اداری و بودجه مستقل است و در این شکی نیست، اما آنچه مد نظر این مقاله است، به صورت دقیق استقلال و بی‌طرفی هیأت‌های انتظامی در مواقع صدور نظر کارشناسی در مورد شکایات قربانیان تقصیر پزشکی است.

۱- عدم استقلال و بی‌طرفی شخصی اعضای سازمان نظام پزشکی

در مورد عدم استقلال باید اشاره کرد که اعضای هیأت‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی (هیأت‌های بدوی، تجدید نظر و عالی) با حکم رییس کل سازمان نظام پزشکی برای مدت چهار سال منصوب گردیده و عزل آن‌ها قبل از انقضای چهار سال بنا به نظر رییس کل سازمان است. ملاحظه می‌شود که اعضا، قابل عزل توسط رییس سازمان اند و این به نوعی خدشه در استقلال آن‌هاست. به عبارت دیگر اگر رییس سازمان از دیدگاه‌های برخی اعضا خوشش نیاید، می‌تواند او را عزل کند. از طرف دیگر هر یک از اعضای هیأت‌ها شاغل در یکی از سازمان‌های دولتی یا خصوصی می‌باشند و ممکن است از طرف سازمان متبوع خود در معرض فشار قرار گیرند و همین امر آن‌ها را از حالت استقلال خارج می‌کند. به عنوان مثال با بررسی ترکیب هیأت‌های بدوی، تجدید نظر و عالی در شهر تهران، بیشتر اعضای این هیأت‌ها افراد شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و یا در سایر مشاغل مهم دولتی حضور دارند. بنابراین طبیعی است که بی‌واسطه یا باواسطه از اداره متبوع خود تحت تأثیر قرار گیرند که این امر موجب کم‌رنگ‌شدن اصل استقلال مرجع کارشناسی به عنوان یکی از اصول دادرسی عادلانه در دادرسی‌های انتظامی و اظهار نظرهای کارشناسی می‌شود (۱۴).

اما در مورد بی‌طرفی شخصی اعضای هیأت‌ها هم اشاره به این نکته ضروری است که طبق تبصره ۲ ماده ۲۹ قانون نظام پزشکی: «مدت مأموریت اعضای دادسرا تا پایان دوره هیأت مدیره»، یعنی چهار سال است. این اعضا عمدتاً همزمان با عضویت در این هیأت‌ها به شغل پزشکی خود نیز مشغول‌اند و اگر هم استثنائاً چنین نباشد، بعد از مدت چهار سال به حرفه پزشکی خود وارد می‌شوند. سؤال این است این افراد که خود پزشکانند چگونه می‌توانند اصل بی‌طرفی را در داوری‌های خود رعایت کرده و قانونگذار را در رسیدن به هدف تحقق عدالت

کیفری پزشکی یاری رسانند؟ این اعضا خود نیز از جنس همین قشر هستند و با نگاه یک پزشک به مسأله می‌نگرند نه کارشناس یا قاضی. از سوی دیگر این اعضا هم احتمال دارد که در گذشته خود مرتکب همین رفتار مورد شکایت شده باشند که به نوعی با داوری خود به دفاع از خویشان نیز می‌پردازند و بر این اساس اصل بی‌طرفی آن‌ها به شدت مخدوش است. همینطور ممکن است با این تصور که در آینده ممکن است چنین شکایتی از خودشان نیز به عمل آید، به اظهار نظر کارشناسی در مورد وجود یا عدم وجود تقصیر پزشکی در مورد شکایت مطروحه بپردازند. بدیهی است در این حالت که احتمال آن زیاد است نمی‌توان انتظار داشت عضو کارشناس با ذهنی آرام و بی‌طرف به کارشناسی بپردازد و سکان عدالت کیفری پزشکی را در دست گیرد.

۲- عدم استقلال سازمانی سازمان نظام پزشکی

در ارتباط با استقلال سازمانی سازمان نظام پزشکی نیز باید گفت که این سازمان استقلال کامل ندارد، چراکه برخلاف پزشکی قانونی که زیر نظر قوه قضاییه است این سازمان در زیر مجموعه قوه مجریه کشور تأسیس شده و تحت نظارت آن عمل می‌کند و بر همین اساس شبیه خروج از استقلال و بی‌طرفی در تصمیم‌گیری‌های سازمان نظام پزشکی وجود دارد و مورد بعد که منافی استقلال این سازمان است، این‌که ماده ۱۴ قانون سازمان نظام پزشکی بیان می‌کند: «بودجه سازمان نظام پزشکی از محل حق عضویت و کمک‌ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی تأمین و به تصویب شورای عالی خواهد رسید»، همان‌گونه که از متن ماده مشخص است بیشترین مقدار بودجه برای اداره سازمان نظام پزشکی از حق عضویت‌هایی است که پزشکان در سازمان نظام پزشکی پرداخت می‌کنند، حال چگونه نهادی که بودجه سالیانه خود را از پزشکان تأمین می‌کند، می‌تواند مطابق اصل بی‌طرفی به جرائم و تخلفات همان پزشکان رسیدگی کند و یا اظهار نظر کارشناسی به ضرر پزشکان داشته باشد و وام‌دار رعایت اصول استقلال و بی‌طرفی باشد. نکته بعد در این ماده ذکر عبارت «کمک‌ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی» می‌باشد، در اینجا این شبهه به وجود می‌آید که همین پزشکان می‌توانند در طول سال کمک و هدایایی نقدی و غیر نقدی به سازمان نظام پزشکی بدهند تا اگر روزی مرتکب تقصیر پزشکی شدند کفه ترازو به سمت پزشک سنگین‌تر شود، چون همین پزشکان هستند که حامی مالی و منبع وصول اعتبارات بودجه سازمان نظام پزشکی می‌باشند، پس

مشاهده می‌کنیم که سازمان نظام پزشکی فاقد استقلال سازمانی نیز بوده و تک‌تک نکته‌های گفته‌شده مانعی بر سر راه تحقق عدالت کیفری پزشکی به شمار می‌رود.

در پایان این مبحث ذکر این نکته هم لازم است که سازمان پزشکی قانونی بر عکس سازمان نظام پزشکی به جهت این‌که زیر نظر قوه قضاییه است و بودجه آن هم از محل اعتبارات قوه قضاییه تأمین می‌شود از حیث صفت «استقلال» به مراجع قضایی شباهت داشته و استقلالی به مراتب بیشتر از سازمان نظام پزشکی دارد، هرچند ممکن است به جهت دخالت پزشکان شاغل در کمیسیون‌های پزشکی اظهار نظر آن‌ها هم واجد صفت بی‌طرفی نباشد.

جعل و دستکاری در پرونده بیمار

در طی تمامی مسیرهای رسیدگی نکته اساسی و مهمی که وجود دارد و عاملی بنیادی در عدم کشف واقعیت می‌باشد، احتمال بسیار زیاد جعل اعم از مفادی یا مادی در پرونده بالینی بیمار است. به این صورت که بعد از این‌که پزشک مرتکب تقصیر شد یا بعد از اعلام شکایت بیمار به مراجع ذیصلاح، خود پزشک یا دیگر همکاران او پرونده را با دستکاری در گزارش‌ها، تشخیص‌ها و روند درمان، متناسب با وضعیت پزشک مقصر تنظیم می‌کنند. این موضوع در مصاحبه‌های مدیران استانی و کشوری نیز به گوش می‌رسد به گونه‌ای که مدیر کل پزشکی قانونی لرستان بیان می‌کند که: نمی‌توانیم به پرونده‌های بیمارستانی اعتماد کنیم، زیرا اکثر پرونده‌هایی که به پزشکی قانونی ارسال می‌شوند، دستکاری شده‌اند (۱۵). به همین دلیل است که در بسیاری از موارد قربانیان تقصیر پزشکی بعد از طرح شکایت و دستور قضایی برای گرفتن رونوشت از پرونده بالینی بیمار با تعجب وصف‌ناپذیری مواجه می‌شوند و بیان می‌کنند که این پرونده بیشتر یا کم‌تر از مقدار ارائه‌شده توسط مرکز درمانی، در زمان درمان برگه داشته است (۱۶) که این موضوع اصل تساوی سلاح‌ها را خدشه‌دار می‌کند و بیمار را در وضعیتی نابرابر قرار می‌دهد، زیرا تمامی اسناد و مدارک و گزارش‌های درمان و روند طی‌شده درمانی، حتی پس از بایگانی در دسترس پزشکان قرار دارد و این موضوع با اصل تساوی سلاح‌ها و رعایت اصول دادرسی عادلانه در تعارضی آشکار است که باعث عدم تحقق عدالت کیفری می‌شود، زیرا در صورت بروز هرگونه خطا از جانب پزشک، خود پزشک یا همکاران او اقدام به دستکاری در پرونده بیمار می‌کنند، به نحوی که تمام مراحل درمان در چارچوب مقررات و نظامات سازمان

نظام پزشکی باشد و اگر پرونده برای دادگاه یا مرجع کارشناسی ارسال شد، تقصیری متوجه پزشک معالج نباشد. در همین راستا و به منظور ساماندهی و نظام‌مند کردن ثبت پرونده‌های پزشکی، وزارت درمان بهداشت و آموزش پزشکی «دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی» را در شهریورماه ۱۳۹۶ با کد دستورالعمل کشوری: م پ ۲-۹۶/۶ با هدف ارتقای کیفیت مستندات پرونده پزشکی و به تبع آن ارتقای کیفیت خدمات در حوزه سلامت در راستای تضمین ایفای حقوق گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت تنظیم و به سازمان‌های متبوع خود ابلاغ کرده است. دستورالعمل فوق یکی از اهداف اختصاصی خود را «ایجاد مستندات قانونی در مورد ضرورت و کیفیت خدمات ارائه‌شده به بیمار، صیانت از حقوق بیمار و پشتیبانی از تصمیمات حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمت» بیان می‌کند و کلیه خدمات ارائه‌شده به بیمار را مشمول ثبت در پرونده می‌داند. تبصره ۲ ماده ۶ از بخش اصول کلی این دستورالعمل بیان می‌کند که «هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. همچنین لازم است مستندسازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آن‌ها صورت گیرد»، از طرفی دیگر بخش چهارم این دستورالعمل چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی را با وجود دلایل موجه تا حدود ۲۴ ساعت بعد از اقدام پزشکی مجاز دانسته است. همانطور که مشاهده می‌شود، وزارت بهداشت با تصویب و ابلاغ چنین دستورالعملی برای ثبت اقدامات پزشکی و درمانی در پرونده، نه تنها به اهداف خود که در فوق ذکر شد نخواهد رسید، بلکه مجال و فرصت سوءاستفاده‌های احتمالی را برای کادر درمان فراهم کرده است، مثلاً پزشکی تجویزی و یا درمانی انجام می‌دهد به اشتباه و این تجویز یا درمان و دستور پزشک در پرونده بیمار ثبت نمی‌شود، سپس بعد از گذشت چند ساعت آسیبهایی به بیمار وارد می‌شود و دلیل آن هم تجویز یا درمان اشتباه پزشک می‌باشد، حال بیمار با چه مدرک و سندی می‌تواند ادعای خود را اثبات کند؟ زیرا پزشک تا ۲۴ ساعت پس از تجویز و درمان زمان برای ثبت در پرونده دارد و همین مورد باعث می‌شود که پزشک به گونه‌ای مساعدتر برای خود، شرح اقدام و تجویز انجام‌شده را در پرونده ثبت کند و یا بخش چهارم دستورالعمل برای گزارش‌های عمل جراحی ۲۴ ساعت فرصت گذاشته است در چنین موردی اگر بر اثر اشتباه و یا تقصیر پزشک بیمار حین عمل جراحی و یا بعد از عمل جراحی فوت کرد و پزشک بعد از گذشت چند ساعت گزارش خود را ثبت کرد دیگر چگونه می‌شود مطمئن بود

که پزشک تمام موانع را بدون کم و کاستی در گزارش خود ثبت می‌کند و همین امر باعث به وجود آمدن شبهه عدم ذکر واقعیت در ذهن بیمار می‌شود. در بخش چهارم دستورالعمل گفته که وجود دلایل موجه، اما ذکر مصداق نکرده، پس می‌توانیم بگوییم در اینجا برداشت از دلایل موجه شخصی می‌باشد و هر پزشکی می‌تواند بسته به تفکر و نظر خود دلایل موجه را تفسیر کند. در این دستورالعمل برای تبصره ۲ ماده ۶ هیچ‌گونه ضمانت اجرایی در نظر گرفته نشده و همین امر باعث به تأخیر انداختن ثبت در پرونده و اما و اگرهای موجود می‌شود. بر این اساس می‌توانیم بگوییم که دستورالعمل فوق به هدف خود، مبنی بر تضمین حقوق گیرندگان خدمت (بیمار) نرسیده است، اما به هدف دیگر خود، یعنی تضمین حقوق ارائه‌دهندگان خدمت به خوبی دست یافته است. با وجود چنین مانعی که بر سر راه بیان واقعیت و حقیقت درمان وجود دارد، حتی با فرض عدم وجود موانع دیگر دستگاه عدالت قضایی به هیچ طریقی نمی‌تواند به تحقق عدالت کیفری پزشکی کمک کند.

عدم تخصص کافی کارشناسان در یافتن رابطه سببیت

مانع دیگری که بر سر راه تحقق عدالت کیفری وجود دارد این‌که اعضای کمیسیون‌های پزشکی خودشان پزشک هستند و تفسیر اتخاذی خود را از مقررات کیفری را دارند. به عنوان مثال هرچند تبصره ماده ۱۴۲ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ تقصیر را تعریف کرده و گفته است: «تقصیر اعم از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آن حسب مورد از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی محسوب می‌شود»، اما تفسیر این هیأت‌ها معلوم نیست که تا چه حد منطبق با تفاسیر عرفی و حقوقی از این مصادیق باشد، حتی وقتی قرار باشد مثلاً جراحان عمومی نسبت به عمل جراحی یک جراح عمومی همکار خود اظهار نظر نمایند، شائبه خروج از موضع بی‌طرفی هم تا حدود زیادی در مورد آن‌ها مطرح خواهد شد که به صلاح خود آن‌ها هم نیست. اعضای این هیأت‌ها هیچ‌گونه تخصصی در مورد رابطه سببیت و یا اتلاف قانونی ندارند، پس چطور می‌توانند رابطه سببیت بین جرم و مجرم، علت و معلول را پیدا کنند و متناسب با آن اظهار نظر کنند؟ آن هم اظهار نظری که به راحتی مریض یا اولیای او را از حقوق اولیه یک انسان که همان اصول دادرسی عادلانه است دور می‌کند، برای مثال از موارد شایع تقصیر پزشکی، تقصیر پزشک در حین

زایمان است که از مهم‌ترین آن‌ها ضایعات مغزی و فلج مغزی می‌باشد، در بعضی از افراد مبتلا به فلج مغزی، کاهش سطح اکسیژن (Hypoxia) موجب بروز اختلال در بخش‌هایی از مغز می‌شود، نرسیدن اکسیژن به مغز کودک در حین زایمان و یا ضربه به سر جنین از موارد مهمی هستند که می‌توانند باعث آسیب سلول‌های مغزی و به دنبال آن، فلج مغزی شوند (۱۷). امروزه پرونده‌های زیادی با این موضوع در دادسراها مطرح می‌باشد، اما اکثر آن‌ها موفق به اخذ نتیجه و اثبات تقصیر پزشک نمی‌شوند، زیرا پزشکان (کارشناسان) به دلیل عدم تخصص در تشخیص رابطه سببیت با دور کردن ذهن شکات از تقصیر پزشک، به راحتی این امر را به مراقبت‌های دوران بارداری یا اختلالات ژنتیکی منتسب می‌کنند، زیرا زمانی که کارشناسان تخصص حقوقی نیز نداشته باشند، نمی‌توانند رابطه سببیت را تشخیص دهند و تفسیر اتخاذی خودشان را ارائه می‌دهند که این عامل مانعی بر سر راه تحقق عدالت کیفری ایجاد کرده و از رسیدن بزه‌دیده به حقوق خود جلوگیری می‌کند. نمونه دیگر این‌که در مواردی، برخی از این مراجع کارشناسی، تقصیر محرز پزشک را جزء عوارض عمل جراحی قلمداد کرده که با هیچ منطقی قابل دفاع نیست. به عنوان مثال از عوارض عمل هیدروسل (Hydrocele)، تحمل درد و عدم راه رفتن به مانند حالت عادی در چند روز محدود پس از عمل است، ولی اگر پزشک جراح رگ‌های اسپرم‌ساز بیضه را هم در حین عمل قطع کرد، آیا این هم از عوارض عمل است؟

عدم تخصص قضات و وکلای در امور پزشکی

امروزه همه امور به سمت تخصصی شدن پیش می‌رود و مسائل حقوقی نیز از این مقوله جدا نیست. در اغلب کشورهای توسعه‌یافته وکلای در دعاوی، همانند سایر رشته‌ها از جمله پزشکی، به صورت تخصصی عمل می‌کنند، مثلاً در دعاوی تجاری، وکلای تجاری، در زمینه مالیاتی، وکلای مالیاتی و در دعاوی حقوقی، وکلای حقوقی فعالیت دارند. در ارتباط با تخلفات و جرائم پزشکی نیز لازم است وکلایی تحت عنوان وکلای پزشکی در محاکم جزایی و هیأت‌های انتظامی پزشکی برای دفاع از حقوق شاکی و متهم حضور داشته باشد. متأسفانه در کشور ما هنوز دفاع از دعاوی به صورت تخصصی همانند سایر کشورهای توسعه‌یافته صورت نپذیرفته و نبود وکلای تخصصی در امور پزشکی یک نقص به حساب می‌آید (۱۳). این موضوع مانع تحقق عدالت کیفری می‌شود، زیرا زمانی که موضوع تخصصی مطرح است و بزه‌دیده خود تخصصی در

آن موضوع ندارد، بهتر است که وکیلی متخصص در امور پزشکی برای حمایت از بزه‌دیده وجود داشته باشد که بتواند در جلسات رسیدگی و کارشناسی پزشکی شرکت کند تا بزه‌دیده نیز بتواند از اصل تساوی سلاح‌ها بهره‌مند شود، همانطور که قانونگذار در مواد ۲۰۰ و ۲۰۱ قانون آیین دادرسی کیفری ۱۳۹۲ برای رعایت اصل تساوی سلاح‌ها و رعایت اصول دادرسی عادلانه گرفتن مترجم برای شاکی، مدعی خصوصی، متهم، شاهد و مطلعی که قادر به تکلم به زبان فارسی نیست یا ناشنوا است و قادر به صحبت کردن نیست را پیش‌بینی کرده است، بهتر بود در رسیدگی به جرائم پزشکی حضور وکیل پزشکی، یعنی وکیلی که به امور و زبان پزشکی تسلط داشته باشد را نیز پیش‌بینی می‌کرد.

عدم تخصص قضات رسیدگی‌کننده به پرونده‌های پزشکی و وکلای مدافع، در امور پزشکی باعث عدم تحقق عدالت کیفری می‌شوند، زیرا اطلاعات پزشکی ندارند و مقدمات و نتیجه کارشناسی را نمی‌توانند بررسی کنند، وکیل بزه‌دیده و بزه‌دیده هم حتی اگر امکانش را داشته باشند که بتوانند از نظر پزشکان دیگر بهره ببرند، باز هم نمی‌توانند در شرح جزئیات و شرح ماوقع با پزشکان برابری بکنند. به همین خاطر است که رسیدگی و دفاع وکلا اغلب به موارد شکلی محدود می‌شود، زیرا تمامی پرونده‌های امور حرفه‌ای و تخصصی که امر پزشکی بارزترین آن‌ها می‌باشد، به دلیل این‌که دارای زبان تخصصی و مسائلی است که خارج از تخصص و تجربه قضات و وکلا می‌باشد عملاً ورود قضات و وکلا را به ماهیت دعوی سخت می‌کند و به همین خاطر است که قضات بیشتر مبنای رأی خود را نظریه کارشناسی قرار می‌دهند و بیشترین مانور وکلا بر موارد شکلی پرونده می‌باشد نه ماهیت دعوی. در صورتی که در کشورهای پیشرفته از جمله کره جنوبی شاهد وجود وکیل پزشکی می‌باشیم، به این صورت که شخص ابتدا دوره عمومی پزشکی را طی می‌کند و سپس با انتخاب حرفه وکالت وارد این عرصه می‌شود، در صورتی که وکالت در امور پزشکی در ایران به صورت تخصصی دنبال نمی‌شود و اگر هم بشود به صورت اطلاعات تجربی وکلا می‌باشد نه آکادمیک، پس بهتر بود که قانونگذار در کشور ما هم وجود وکلای تخصصی از جمله وکیل پزشکی را پیش‌بینی می‌نمود و ساز و کارهای تربیت و رشد این وکلا را برنامه‌ریزی می‌کرد تا بزه‌دیده‌های جرائم پزشکی بتوانند از اصل تساوی سلاح‌ها که از اصول اساسی دادرسی عادلانه می‌باشد، به خوبی بهره‌مند شوند.

نتیجه‌گیری

جرائم پزشکی روز به روز در حال افزایش است. یکی از علل این افزایش احتمالاً عدم مقابله مناسب سیاستگذاران جنایی و دستگاه عدالت کیفری با این جرائم چه در مرحله پیشگیری و چه در مرحله تعقیب و رسیدگی‌های حقوقی و انتظامی است. به بیان دقیق‌تر با بررسی موانع تحقق عدالت کیفری پزشکی به این نتیجه می‌رسیم که مقررات شکلی موجود برای رسیدگی به شکایات قربانیان تقصیر پزشکی نامطلوب است و با این اوصاف، راه رسیدن بیمار شاکی یا نمایندگان قانونی او به حقوق خویش دشوار است. راه رسیدن بیمار آسیب‌دیده در اثر تقصیر پزشکی از مسیر حقوق شکلی می‌گذرد و عبور از این قلمرو برای این افراد به دلیل وجود موانع متعدد، مشکل است. یکی از این موانع آن است که قانونگذار با نیم‌نگاهی به شأن و جایگاه پزشک و ترس از دست‌دادن دلگرمی پزشکان در امر درمان با آن‌ها به صورت ویژه برخورد کرده است، در حالی که نیازی به چنین امری نبوده و تعقیب پزشک مقصر نهایتاً در قالب یک جرم غیر عمدی صورت می‌گیرد و چنین تعقیبی بار سرزنشی چندانی به دنبال ندارد. برعکس خود پزشک و دیگران را متوجه ارزش سلامتی و جان آدمیان کرده و آن‌ها را از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در اعمال جراحی و تجویزی خویش باز می‌دارد. موانع دیگری نیز چون وجود مراجع متعدد و متنوع کارشناسی و قابل اعتراض بودن فراوان نظریات آن‌ها، امکان دستکاری کردن در پرونده‌های پزشکی، عدم تخصص حقوقی پزشکان کارشناس و از جمله جزء عوارض عمل جراحی به شمار آوردن تقصیرهای روشن، بدون توجه به مبانی حقوقی و در حقیقت خلط مفهوم عوارض عمل جراحی با تقصیر به نفع پزشک و نیز عدم تخصص و خودباوری قضات در تحقیق پیرامون نظریات کارشناسی هم از موانع دیگری است که در متن مقاله مورد اشاره قرار گرفت. این همه باعث شده است که کفه سلاح‌های در دست بزهدیده قربانی تقصیر پزشکی با سلاح‌های موجود در دست متهم تقصیر پزشکی در فرایند پیچیده رسیدگی برابر نباشد و نتیجه دادرسی با چنین اوصافی نه رضایت شاکی را جلب کرده و نه اعتماد مردم به مراجع قضایی و کارشناسی مداخله‌کننده در این فرایند را به دنبال دارد.

پیشنهادات

راه حل پیشنهادی برای برطرف کردن این عیوب و به طور کلی عیوب مورد اشاره در متن مقاله، اصلاح قانون با در نظر گرفتن بحث برابری سلاح‌ها است. محور این بازنگری و اصلاحات بایستی دور کردن پزشکان غیر بی‌طرف و غیر مستقل از جریان رسیدگی به پرونده‌های قربانیان تقصیر پزشکی و اظهار نظر کارشناسی نسبت به آن‌ها باشد. همچنین قانونگذار باید در نحوه رسیدگی و جلوگیری از اطاله دادرسی و کاهش هزینه‌های این فرآیند بازنگری انجام دهد. پیشگیری‌های وضعی از جراحی‌های مثل دستکاری کردن در پرونده بیماران نیز عامل مهمی برای تحقق بیشتر عدالت کیفری پزشکی است. از جمله مصادیق چنین پیشگیری‌هایی می‌تواند بایگانی کردن پرونده‌های درمانی بیماران به صورت الکترونیک، آنلاین و در یک واحد مستقل از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، باشد. در این صورت جلو سوءاستفاده‌های احتمالی مبنی بر جعل‌های مادی و مفادی در پرونده‌ها هم گرفته می‌شود و پرونده با همان وضعیت واقعی، در دسترس مقام قضایی قرار می‌گیرد. تخصصی شدن مراجع رسیدگی و برگزاری آموزش‌های ضمن خدمت توسط حقوقدانان متخصص در حقوق پزشکی و به خصوص حقوق کیفری پزشکی هم برای مقامات قضایی متصدی شعبی که در آن‌ها به پرونده‌های پزشکی رسیدگی می‌شود، بسیار مطلوب است و به آن‌ها آگاهی و اعتماد به نفس لازم را برای احراز تقصیر پزشکی و این‌که همه پرونده‌ها نیاز به اظهار نظر کارشناسی ندارند، خواهد داد.

References

1. Available at: <http://www.irna.ir/fa/News/82540882>. Last Visited October 29, 2018. [Persian]
2. Hagh Shenas M, Ahmadzade Amiri A, Vahid Shahi K, Rezaei M, Rahmani N, Poor Hosein M, et al. Frequency of complaints of medical malpractice cases referred to forensic medicine and medical system. *Mazandaran University of Medical Sciences* 1390; 21(86): 243-251. [Persian]
3. Najafi Abrandabadi AH, Gholami H, Mahmoodi F, Mohammadi GH. Justice Roundtable for Victims. *Legal Journal of Justice* 1384; 52(70): 8-72. [Persian]
4. Available at: <http://www.tabnak.ir/fa/news/784869>. Last Visited October 29, 2018. [Persian]
5. Bahadori Jahromi A, Hoseini SL. The principles of fair trial are based on the Islamic principles and the internal law. *Islamic Studies Human Rights Quarterly* 1393; 7(3): 7-31. [Persian]
6. Poorbafrani H. Medical Penal Law requires a change in the legal and legislative framework. *School of Law* 1396; 115(12): 17-24. [Persian]
7. Tohidi J, Askaripoor H. Patients' rights and judicial challenges. *Quarterly Journal of Medical Law* 1390; 5(18): 61-73. [Persian]
8. Saber M, Nazerian H. The due date of the trial in the International Criminal Court and the European Court of Human Rights. *Comparative Law Research* 1393; 18(4): 47-72. [Persian]
9. Biazar Shirazi A. Forensic Medicine in Islamic Law. *Quarterly Journal of Humanities* 1383; 37(8): 49-72. [Persian]
10. Zeraat A, Hajizadeh H. Evidence Proof: Law Enforcement Publications. Law Circuit Publishing; 1390. [Persian]
11. Tadayon A. Bachelor's position and biogenetic evidence in criminal proceedings. *Legal Journal of Justice* 1388; 68(73): 11-30. [Persian]
12. Available at: <http://www.dadnegar.com/documents/print/act:print/id:721>. Last Visited October 29, 2018. [Persian]
13. Mir Hoseini M. Expert Task: Bachelor or Judge? *Quarterly Votes* 1395; 2(2-3): 3-8. [Persian]

14. Tariverdi S, Abasi M. Principles of fair trial in administrative courts and medical police. *Medical Law Journal* 1388; 9(3): 113-148. [Persian]
15. Available at: <http://www.mehrnews.com/news/4050790>. Last Visited October 29, 2018. [Persian]
16. Available at: <http://www.dana.ir/1251098>. Last Visited October 29, 2018. [Persian]
17. Sajedi F, Soleimani F, Ahmadi M. A review of cerebral palsy in children. *Journal of Health and Care* 1392; 15(4): 88-97. [Persian]