



آشنایی با قوانین و مقررات

حرفه اورژانس پیش بیمارستانی (115)

تدوین و گردآوری:

مهدی علمی: کارشناس ارشد حقوق - مسئول امور حقوقی و رسیدگی به شکایات مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی تبریز

با همکاری:

احمد موقری: معاون اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم دادگستری کل استان آذربایجان شرقی

دکتر فرزاد رحمانی: عضو هیات علمی و متخصص طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

عذرا بهروزی فرد مقدم: کارشناس ارشد - دانشجوی مقطع دکتری تخصصی علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

عبداله محرم زاده: کارشناس پرستاری و کارشناس ارشد مدیریت دولتی علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

یعقوب علمی: کاردان فوریت‌های پزشکی و کارشناس حقوق علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

سرشناسنامه: علمی، مهدی، 1360

عنوان قراردادی: ایران، اورژانس 115، قوانین و مقررات

عنوان و نام پدید آورنده: آشنایی با قوانین و مقررات حرفه اورژانس پیش بیمارستانی (115) / مولفین: دکتر فرزاد

رحمانی - مهدی علمی

فهرست مطالب

صفحه	عناوین
8	پیشگفتار اول
9	مقدمه
	فصل اول
11	اصول کلی در حرفه فوریت‌های پزشکی
12	تعریف فوریت‌های پزشکی
12	اصول اساسی در حرفه فوریت‌های پزشکی
12	مبانی اشتغال در حرفه فوریت‌های پزشکی
13	اصول سلامت جسمانی پرسنل عملیاتی در صحنه های
14	مواد قانونی مرتبط با شاغلین حرفه پزشکی
16	رضایت در درمان
17	اذن در ورود قانونی به منزل اشخاص مطابق اعلام اپراتوری و درخواست مددجو
17	تمرکز نسبت به مأمور دولت
18	هتک حرمت اشخاص
18	مخاطرات ناشی از جرایم مربوط به تخلفات و حوادث رانندگی
20	موارد استثناء در آیین نامه راهنمایی و رانندگی نسبت به خودروهای امدادی
21	احضار و تحقیق از پرسنل به عنوان شاهد و مطلع
21	مواد قانونی مربوط به شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای پزشکی مرتبط با فوریت‌های پزشکی
23	مواد قانونی مرتبط با جرایم مالی فوریت‌های پزشکی
	فصل دوم
24	مباحث مربوط به کوتاهی و اخذ رضایت در حرفه فوریت‌های پزشکی
25	بی‌مبالاتی یا اهمال در حرفه فوریت‌های پزشکی بصورت تمثیلی
26	بی‌احتیاطی در حرفه فوریت‌های پزشکی
26	مسئولیت کیفری ناشی از تقصیر
26	ماده 3 آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی
27	موازن علمی - شرعی - قانونی
28	رضایت و برائت

28	تعریف رضایت
29	انواع رضایت
29	رضایت آگاهانه
29	رضایت صریح
29	رضایت تلویحی یا فرضی
29	رضایت برای درمان صغیر و یا عقب مانده ذهنی و افراد مسن فاقد قوه تمیز
30	اصول کلی در رضایت
30	تعریف برائت
30	شرایط برائت دهنده
	فصل سوم
31	بررسی مسئولیت های ناشی از تقصیر پرسنل فوریت های پزشکی 31
32	تعریف تقصیر 32
32	تقصیر عمدی 32
33	تقصیر شبه عمدی 33
33	مفهوم تقصیر در قانون مجازات اسلامی 33
34	شرایط تحقق و احراز تقصیر در حرفه فوریت های پزشکی 34
34	مصادیق تقصیر و تخلف در شغل فوریت های پزشکی 34
36	مصادیق تقصیر و تخلف در واحد مرکز پیام فوریت های پزشکی 36
	فصل چهارم
39	سوابق مربوط به قانون فوریت های پزشکی
40	قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب 1345
40	آیین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی
42	قانون ممنوعیت بازداشت کسانی که مصدومین را به مراکز درمانی منتقل می نمایند
43	آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی کشور
48	اساسنامه سازمان فوریت های پیش بیمارستانی اورژانس کشور
51	آیین نامه مدیریت ایمنی حمل و نقل و سوانح رانندگی
52	ارتقای ایمنی و بهسازی راه ها
55	هماهنگی ها و اقدامات مدیریتی
	فصل پنجم
57	قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
71	آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
	فصل ششم

122	دستورالعمل جامع اعزام وانتقال بیماران بین مراکز درمانی mcmc
132	منابع

پیشگفتار (چاپ دوم)

ضمن تشکر از بذل عنایت اساتید دانشگاه و حمایت بی دریغ همکاران و خانواده عزیزم در گردآوری این مجموعه علمی مورد استفاده برای مراجع ذیصلاح، اعم از اداری و آموزشی دانشگاه های سطح کشور، بدین جهت سر تعظیم بر درگاه احدیت داشته وشکر گذار این لطف الهی هستم. لذا با ملحوظ داشتن، مباحث کاربردی و عملیاتی در مفاد مجموعه حاضر و استقبال گسترده دانشجویان رشته فوریت های پزشکی و همکاران عملیاتی و علی الخصوص مصوبه شورای آموزش عالی وزارت بهداشت و درمان کشور در جهت تعیین سر فصل آموزشی و تدریس کتاب حاضر در دانشگاه ها و دانشکده های سطح کشور در مقاطع رشته فوریت های پزشکی، بدین سبب در چاپ دوم با انضمام قانون نظام پزشکی و آیین نامه رسیدگی در نظام پزشکی کشور و با اندک تغییراتی بهینه در محتوای برخی مطالب با امید بر بهرمندی علمی برای تمام استفاده کنندگان، شاغل در عرصه علم و سلامت کتاب حاضر را به رسم ادب و حفظ کرامت اخلاق به خانواده گرامی خویش و شهدای سلامت و امنیت تقدیم می دارم

مهدی علمی مهرماه 1403

پیشگفتار (چاپ اول)

موارد مربوط به تخلف، خطا، قصور پزشکی، اعم از عمدی و غیر عمدی، خطای محض، بی احتیاطی، بی مبالاتی و سهل انگاری در حرفه اورژانس پیش بیمارستانی در تمامی بخش های ذیمدخل در امر امداد رسانی به بیماران آسیب دیده ناشی از حوادث و سوانح همواره از اهمیت فراوانی در کیفیت ارائه خدمات بالینی در مراکز فوریت های پزشکی برخوردار بوده است. لذا با شناسایی ریشه و انگیزه ناشی از ایجاد چنین آسیب هایی، می توان در بهبود عملکرد و کیفیت خدمات مبنی بر کاهش میزان قصور و تخلفات در این حوزه منجر به ارتقاء خدمات عالی به گیرندگان خدمات فوریت های پزشکی رافراهم آورد. بدین سبب مباحث قانونی مرتبط با حرفه فوریت های پزشکی به جهت افزایش میزان تقاضا و گستردگی مراکز فوریت های پزشکی در سطح کشور با لحاظ بروز آوری فرایندهای عملیاتی اورژانس و همچنین تغییرات فاحش در نحوه اقدامات فوریت های پزشکی از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. لهذا با گردآوری و تدوین مباحث قانونی مرتبط با حرفه فوریت های پزشکی در کتاب حاضر به انضمام قوانین ومقررات مرتبط با حرفه پزشکی ضمن تشریح و تنویر مسائل قانونی این حرفه، سعی بر آن شده است تا پرسنل شاغل در حرفه فوریت های پزشکی با مراجعه به این کتاب، ضمن آشنایی با ضوابط و مقررات حاکم بر این حرفه از هرگونه پیامدهای حقوقی ناشی از اقدامات خویش، در مواجهه با اقدامات درمانی نسبت به بیماران و نیازمندان به خدمات فوریت های پزشکی پیشگیری و مراقبت های قانونی و اخلاقی را بعمل آورند.

مهدی علمی بهار 1400

مقدمه

تاریخ تطور اقدامات اورژانسی به آسیب دیدگان از حیث سلامت جسمانی، دارای تغییرات اساسی در دوره های مختلف حیات بشریت بوده است و در این بین با تغییرات مباحث جدید علمی و استفاده از فناوری مربوط به تکنولوژی های بروز تجهیزات پزشکی، در نحوه ارائه خدمات و اقدامات فوریت های پزشکی در جهت حفظ سلامت و رفع بیماری افراد موثر واقع شده است. علیهذا سازمان های متعددی در جهت بهینه کردن فرایند خدمات سلامت محور به جامعه بشری بر اساس مسئولیت های مقرر شده حسب وظایف ذاتی خویش عمل می نمایند. با عنایت به اهمیت حفظ حیات بشری و دستورات الهی، با تامل در آیه مبارکه قرآن کریم که می فرمایند: **وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا** رسالت و بنیان اورژانس پیش بیمارستانی بیشتر جلوه گر می نماید. اصول و قواعد حاکم در نجات جان انسان ها در کمترین زمان ممکنه بصورت شبانه روزی و بدون وقفه می باشد و در این بین عملیات امداد در محل های مختلف حادثه با مواجهه با اشخاصی از منظر فرهنگ های گوناگون شرایط کار را برای پرسنل امدادی سخت و غیر قابل پیش بینی قرار داده است. بنابراین فعالیت در چنین محیط های ناشناخته از حیث ایمنی صحنه حادثه و ایمنی پرسنل در جهت حفظ حیات افراد آسیب دیده از اهمیت به سزایی برخوردار و مستلزم مهارت و استفاده از تجارب ارزنده در این خصوص می باشد. لذا اقدامات صحیح و بهینه در اورژانس پیش بیمارستانی مراکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث در سطح کشور در بحرانی ترین وضعیت حاکم بر فرد آسیب دیده و اطرافیان فرد ملموس تر می باشد. گسترش خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در سال های بعد از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی در سطح کشور و سیطره آن مبنی بر ارائه خدمات اورژانسی در تمامی جاده های مواصلاتی و مراکز مهم شهری امروزه جلوه گر می باشد. در حال حاضر درخواست شهروندان نسبت به خدمات اورژانس، از طریق سیستم EMS (Emergency medical service) و تماس با شماره 115 از تمامی نقاط کشور و ارائه خدمات با استفاده از نیروهای تحصیل کرده تخصصی حاذق در امر فوریت های پزشکی در حفظ حیات جسمانی عده ای کثیری از هم وطنان عزیز کشورمان موثر بوده است. نتایج حاصل از پیشرفت کشورمان در ارائه خدمات اورژانس پیش بیمارستانی، همواره موجبات جلوگیری در بروز بسیاری از ناتوانی ها و آسیب های جسمانی و روحی افراد آسیب دیده شده است. بنابراین اشتغال در شغل فوریت های پزشکی در تمامی بخش های ذیمدخل در امر امداد رسانی امری مهم و بسیار سخت، در مواجهه با خطرات احتمالی غیر قابل پیش بینی در این حرفه مقدس می باشد. در حال حاضر به جهت نبود منابع و مجموعه قوانین فوریت های پزشکی بصورت جامع و سر در گمی پرسنل شاغل در این حرفه مهم از حیث عدم آشنایی به مقررات و قوانین حاکم بر حقوق آسیب دیدگان و پرسنل عملیاتی انگیزه لازم برای گردآوری مطالب حقوقی در این زمینه را با استنباط از ماده واحده قانون فوریت های پزشکی و آیین نامه های مقرر و هکذا دستورالعمل ها و فرایندهای فوریت های پزشکی موجب شد تا انگیزه ای برای تدوین و گردآوری مطالب در حوزه فوریت های پزشکی به عمل آید. لهذا به جهت عدم آگاهی و اطلاعات مکفی شاغلین این حرفه با علل و مسئولیت های ناشی از برخورد و مواجهه

با انواع بیماران در صحنه های حادثه پرخطر و حواشی توام با خشونت و همچنین نحوه اقدام قانونی در مواجهه با تنش ها و آسیب های ناشی از اطرافیان بیماران و هکذا مسئولیت های مربوط به دیگر واحدهای پذیرش دهنده بیمار و سایر موارد نیارمند، مراتب گردآوری مباحث حقوقی در این زمینه را فراهم آورده است. به لطف ایزد منان فرصتی حاصل شد تا با استفاد از تجربیات عملی خویش در حرفه فوریت های پزشکی و چندین سال فعالیت تخصصی در زمینه مسائل حقوقی حرفه فوریت های پزشکی در محاکم قضایی و اداری و با استفاده از تجارب ارزنده ریاست محترم مرکز اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث اورژانس استان آذربایجان شرقی، استاد محترم دانشگاه، جناب آقای دکتر فرزاد رحمانی متخصص طب اورژانس و دیگر همکاران یاری کننده شرایط لازم برای جمع آوری مطالب قانونی در حرفه فوریت های پزشکی را فراهم آوریم. در مطالب پیش روی سعی بر مختصر گویی و بیان مطالب بصورت کاربردی، حسب سوابق مربوط در پرونده های حقوقی و خطاهای بررسی شده در طول دوره خدمت شاغلین در این حرفه بوده است و در نگارش مطالب ضمن اشاره به منابع و قوانین مدون موجود، سعی شده است تا مبنای ایجاد انگیزه در جهت تدوین قانون مختص مرتبط با حرفه فوریت های پزشکی توسط مقنن بعمل آید. علیهذا بر این اساس مصادیق قصور و تخلف نسبت به پرسنل عملیاتی و همچنین قصور و تخلف در مرکز پیام در فصل سوم و مصادیق تخلف مورد اشاره قرار گرفته است. النهایه رجا واثق داریم ان شاءالله به یاری همکاران با ارائه پیشنهادات ارزنده و کاربردی در جهت تکمیل این مجموعه و رفع نواقص موجود، شرایط مقتضی برای مدون کردن قانون فوریت های پزشکی در سال های آتی توسط مجلس شورای اسلامی معمول گردد./

مهدی علمی

بهار 1400

فصل اول

اصول کلی در حرفه فوریت های پزشکی

مهمترین علت شکایت بیماران و همراهان بیمار ناشی از هرگونه عوامل رفتاری غیر متعارف فرد معالجه کننده یا تیم درمان می باشد. در صورتی که بیمار و یا همراه بیمار از رفتار کادر درمانی آزرده خاطر گردد. اقدام به طرح شکایت می کند.

تعریف فوریت های پزشکی:

به مجموعه خدمات و مهارت های فوریت پزشکی اورژانسی که در مواقع اضطراری مانند تصادف، بیماری حاد، پدیده های طبیعی، یا ساخته دست بشر در قالب نظام فوریت های پزشکی کشور قبل از رسیدن بیمار یا مصدوم حادثه دیده به بیمارستان ارایه می شود، اطلاق می گردد.

اصول اساسی در حرفه فوریت های پزشکی

تمامی پرسنل درمانی اعزامی اورژانس فوریت های پزشکی 115 مکلف هستند بدون توجه به ملیت، جنسیت، نژاد، مذهب، موقعیت اجتماعی بیماران، حداکثر توان و مهارت و هکذا تلاش ممکن برای اقدامات فوریت های پزشکی در جهت جلوگیری از تشدید عوارض و حوادث پیش آمده برای بیمار علی الخصوص در موارد سوانح و حوادث پیش آمده برای بیمار را بدون توفیت وقت بعمل آورند.

اشخاص شاغل در فوریت های پزشکی مکلف هستند ضمن رعایت پاکدامنی، صداقت، رازداری، حفظ حریم خصوصی بیمار و مهارت کامل با وجدان بیدار در راستای رعایت موازین و مقررات قانونی و اخلاقی اقدامات مربوط به فوریت های پزشکی را داشته و با حفظ شان و منزلت و جایگاه حرفه فوریت های پزشکی، اقدامات درمانی فوریت های پزشکی نسبت به بیمار را در اسرع وقت به عمل آورند.

مبانی اشتغال در حرفه فوریت های پزشکی

- داشتن صلاحیت قانونی برای رانندگی با آمبولانس با رعایت قوانین و مقررات مرتبط با راهنمایی و رانندگی
- داشتن صلاحیت حرفه ای و اخلاقی و جسمانی مرتبط با شغل مورد فعالیت
- داشتن بیمه نامه مسئولیت مدنی مرتبط با شغل مورد فعالیت
- رعایت کامل موازین و مقررات مصرح در شرح وظایف پرسنل فوریت های پزشکی و همچنین رعایت کامل بخشنامه ها، پروتکل های ابلاغی، فرایندهای عملیاتی و ابلاغی اورژانس کشور و مراکز مربوط در حین انجام وظیفه

- داشتن مهارت کافی در مواجهه با بیماران نیازمند به خدمات پزشکی، فوریت های اورژانس پیش بیمارستانی در سوانح و بلایا. با استفاده از تجهیزات مناسب موجود، برای درمان بیمار
- تسلط کامل به شرح وظایف حرفه ای و اجرای کامل پروتکل های ابلاغی مربوط به نحوه اقدامات نسبت به نیازمندان به خدمات فوریت های پزشکی

اصول سلامت جسمانی پرسنل عملیاتی در صحنه های حادثه

با عنایت به مواجهه با انواع مأموریت های اعزامی در محل های ناشناخته، با فرهنگ ها و عقاید دینی مختلف، و افراد حاضر در صحنه های حوادث با خصوصیات اخلاقی متفاوت، احتمال هرگونه آسیب به پرسنل عملیاتی، حسب سوابق پرونده های مطروحه در محاکم قضایی و اداری محتمل می باشد. لذا در جهت کاهش هرگونه آسیب و جلوگیری از هرگونه ترمرد و ضرب و شتم یا توهین و اهانت احتمالی اشخاص نسبت به پرسنل عملیاتی و هکذا جلوگیری از هرگونه اتفاقات ناشی از رفتار و یا برخورد فیزیکی اطرافیان بیمار در محل حادثه، نیازمند بررسی و پیشگیری از بروز چنین حوادثی با استفاده از آموزش های دوره ای بر اساس رعایت اصول ذیل می باشد.

1- در محیط های پرخطر ناشی از حوادث و سوانح ضمن رعایت ایمنی صحنه حادثه و اطلاع به دیگر ارگان های امدادی مقتضی، نسبت به شرایط موجود در صحنه حادثه، حتماً در جهت حفظ ایمنی خود با استفاده از تجهیزات مناسب، جهت رعایت اصول ایمنی و حفظ سلامت خویش اقدام شود. از هرگونه رفتار و حرکات قهرمانانه خارج از وظایف ذاتی شغلی خویش، خودداری بعمل آید.

2- انتخاب محیط مناسب و ایمن برای کد عملیاتی در صحنه های حادثه، مربوط به تصادفات با رعایت فواصل قانونی، ضمن روشن بودن آلام های هشدار دهنده و چراغ های گردان به عنوان سپر ایمنی خویش و مصدومین در صحنه حادثه، که از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اقدام مناسب بعمل آید. با بررسی کامل جوانب و حواشی محل حادثه، در جهت اولویت بندی سلامت جسمانی پرسنل عملیاتی و مصدومین حاضر در صحنه حادثه از هرگونه آسیب و پیامدهای ناگوار که از اهمیت به سزایی برخوردار است، جلوگیری بعمل آید.

3- در مواجهه با هرگونه برخورد یا حمله و مقاومت و ترمرد اقوام بیمار یا اطرافیان بیمار، اصل در حفظ سلامت جسمانی فرد عملیاتی می باشد. هرگونه سلامت فرد عملیاتی برای امکان ادامه ارائه خدمات فوریت های پزشکی منوط به حفظ سلامت جسمانی و روانی فرد عملیاتی می باشد. لذا شایسته است مراتب درگیری و موارد مشابه فوراً به مرکز پیام از طریق وسایل ارتباطی در جهت مستندسازی موضوع و همچنین اطلاع به مراکز امدادی فوریت های پلیسی اقدام شود.

4- مع الوصف، در مواجهه با موارد صدرالاشاره در بند سوم، در جهت حفظ سلامت جسمانی پرسنل، ضمن حفظ آرامش خویش، از هرگونه واکنش و تشدید جو حاکم بر رفتار اشخاص حاضر در صحنه حادثه، از ترفند برخورد با نحوه اقدام در خصوص اعزام مربوط به بیماران مشکل اعصاب و روان استفاده شود، تا از هرگونه عوارض و عواقب ناشی از ضرب و جرح جسمانی خویش پیشگیری نماییم. چرا که در صورت هر گونه اقدامات قضایی علیه افراد

خاطی و نتیجتاً، محکومیت فرد خاطی، صرف نظر از بار کاری مضاعف برای پرسنل آسیب دیده در طریق مراحل قضایی، نتایج حاصل از آن موجبات رفع عوارض ناشی از ایراد صدمه بدنی برای پرسنل نخواهد شد. لهذا شایسته است حسب موارد معنونه نسبت به حفظ ایمنی و سلامت جسمانی پرسنل عملیاتی اعزامی به محل با رعایت اصول اساسی در مواجهه با صحنه های حادثه پرتنش در این حرفه عمل شود.

مواد قانونی مرتبط با شاغلین حرفه پزشکی

به لحاظ اهمیت مسئولیت ناشی از شاغلین در حرفه پزشکی، قوانین مدون مرتبط با موضوعات مختلف ناشی از عملکرد شاغلین در حرفه پزشکی همواره مورد توجه قانون گذار در جوامع مختلف بوده است. لذا موارد قانونی مدون در این حوزه در جهت آشنایی پرسنل شاغل در فوریت های پزشکی مورد بررسی قرار می گیرد.

ماده ۲۹۵- قانون مجازات اسلامی

هرگاه کسی فعلی که انجام آن را برعهده گرفته یا وظیفه خاصی را که قانون بر عهده او گذاشته است، ترک کند و به سبب آن، جنایتی واقع شود، چنانچه توانایی انجام آن فعل را داشته باشد جنایت حاصل به او مستند می شود و حسب مورد عمدی، شبه عمدی، یا خطای محض است، مانند اینکه مادر یا دایه ای که شیر دادن را برعهده گرفته است، کودک را شیر ندهد یا پزشک یا پرستار وظیفه قانونی خود را ترک کند.

از جمله مصادیق تمثیلی این فعل که نتیجه آن منجر به عوارض فرد آسیب دیده یا فوت افراد شود. عبارت است از: عدم احیاء بیمار با وجود اندیکاسیون احیاء- عدم اعزام به مأموریت بدون عذر قانونی- عدم اعزام آمبولانس توسط مرکز پیام به فرد آسیب دیده بدون دلیل قانونی- عدم انتقال بیمار به مرکز درمانی و رها کردن بیمار در محل حادثه بدون دلیل قانونی و سایر موارد مشابه

ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی

هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه أخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از، ولی مریض تحصیل می شود.

تبصره ۱- در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هرچند برائت أخذ نکرده باشد.

تبصره ۲- ولی بیمار اعم از، ولی خاص است مانند پدر و، ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به، ولی خاص، رئیس قوه قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان‌های مربوطه به اعطای برائت به طبیب اقدام می‌نماید.

ماده ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی

پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می‌نماید، در صورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده (۴۹۵) این قانون عمل نماید.

تبصره ۱- در موارد مزبور، هرگاه مریض یا پرستار بداند که دستور اشتباه است و موجب صدمه و تلف می‌شود و با وجود این به دستور عمل کند، پزشک ضامن نیست بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار است.

تبصره ۲- در قطع عضو یا جراحات ایجاد شده در معالجات پزشکی طبق ماده (۴۹۵) این قانون عمل می‌شود.

ماده ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی

در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی

اطباء و جراحان و ماماها و دارو فروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند هر گاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شوند.

1. **شخصیت مرتکب:** منظور از این رکن، همان اشخاص مقرر در قانون مذکور است و سایر افراد جامعه خارج از دایره شمول مقررات این قانون هستند.

2. **وجود سرّ:** بدین معنا که بیمار یا بستگان وی راضی به فاش شدن آن بیماری و مسائل مرتبط با آن نباشند و بیمار برای اخفای آن انگیزه داشته باشد.

3. **افشای سرّ:** چنانچه کادر درمانی به غیر از موارد اجازه قانون، نسبت به آشکار نمودن این راز اقدام نماید عمل وی مجرمانه، تلقی و به مجازات ماده مذکور محکوم خواهد شد.

4. **عنصر روانی:** مراد از چنین عنصری آن است که مرتکب، دارای اندیشه مجرمانه بوده و با علم اطلاع به سرّ بودن و مسائل مربوط بدان به چنین امری مبادرت ورزد و در این جرم، سوء نیت عام کافی در اثبات عنصر معنوی جرم

بوده و نیازی به سوء نیت خاص (قصد تحقق مجرمانه) نیست که با تحقق شرایط یاد شده، جرم محقق گشته و مرتکب قابل مجازات است.

ماده ۶۱۶ بخش تعزیرات حکومتی

در صورتی که قتل غیر عمد به واسطه بی احتیاطی یا بی مبالاتی یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است یا به سبب عدم رعایت نظامات واقع شود مسبب به حبس از یک تا سه سال و نیز به پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه اولیای دم محکوم خواهد شد مگر این که خطای محض باشد.

رضایت در درمان

رضایت بیمار از جنبه های مختلف اعم از جواز لازم برای مداخلات و اقدامات درمانی برای بیمار از سوی پرسنل درمانی همواره از اهمیت به سزایی برخوردار بوده است. لذا رعایت اصول لازم برای اخذ رضایت و ایجاد رضایت مندی از بیمار، از موجبات کاهش میزان شکایات و نارضایتی از عملکرد پرسنل درمانی می باشد. که در این زمینه مواد قانونی لازم برای اخذ یا عدم نیاز به اخذ رضایت برای هرگونه مداخله پزشکی برای بیمار مورد بررسی قرار می گیرد.

ماده ۱۵۸- علاوه بر موارد مذکور در مواد قبل، ارتکاب رفتاری که طبق قانون جرم محسوب می شود، در موارد زیر قابل مجازات نیست:

الف- در صورتی که ارتکاب رفتار به حکم یا اجازه قانون باشد.

ب- در صورتی که ارتکاب رفتار برای اجرای قانون اهم لازم باشد.

پ- در صورتی که ارتکاب رفتار به امر قانونی مقام ذی صلاح باشد و امر مذکور خلاف شرع نباشد.

ت- اقدامات والدین و اولیای قانونی و سرپرستان صغار و مجانین که به منظور تأدیب یا حفاظت آنها انجام می شود، مشروط بر اینکه اقدامات مذکور در حد متعارف و حدود شرعی تأدیب و محافظت باشد.

ث- عملیات ورزشی و حوادث ناشی از آن، مشروط بر اینکه سبب حوادث، نقض مقررات مربوط به آن ورزش نباشد و این مقررات هم مغایر موازین شرعی نباشد.

ج- هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می شود، در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست.

تبصره: مقررات این ماده شامل قتل غیر عمد در اثر تصادف رانندگی نمی‌گردد.

آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرفه های پزشکی

ماده 18: پزشک معالج مسؤول ادامه درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است، مگر اینکه بیمار یا بستگان او مایل نباشند.

تبصره - موارد اورژانس از این ماده مستثنی است.

ماده 580 بخش تعزیرات حکومتی

اذن در ورود قانونی به منزل اشخاص مطابق اعلام اپراتوری و درخواست مددجو

هر یک از مستخدمین و مامورین قضائی یا غیرقضائی یا کسی که خدمت دولتی به او ارجاع شده باشد بدون ترتیب قانونی به منزل کسی بدون اجازه و رضای صاحب منزل داخل شود به حبس از یک ماه تا یک سال محکوم خواهد شد مگر اینکه ثابت نماید به امر یکی از روسای خود که صلاحیت حکم را داشته است مکره به اطاعت امر او بوده، اقدام کرده است که در این صورت مجازات مزبور در حق آمر اجراء خواهد شد و اگر مرتکب یا سبب وقوع جرم دیگری نیز باشد مجازات آن را نیز خواهد دید و چنانچه این عمل در شب واقع شود مرتکب یا آمر به حداکثر مجازات مقرر محکوم خواهد شد.

تمرد نسبت به مامورین دولت

ماده 607 بخش تعزیرات حکومتی:

هرگونه حمله یا مقاومتی که با علم و آگاهی نسبت به مامورین دولت در حین انجام وظیفه آنان به عمل آید تمرد محسوب می شود و مجازات آن به شرح ذیل است:

1- هرگاه متمرّد به قصد تهدید اسلحه خود را نشان دهد حبس از شش ماه تا دو سال

2- هرگاه متمرّد در حین اقدام دست به اسلحه برد حبس از یک تا سه سال

3- در سایر موارد حبس از سه ماه تا یک سال

تبصره - اگر متمرّد در هنگام تمرد مرتکب جرم دیگری هم بشود به مجازات هر دو جرم محکوم خواهد شد

هتک حرمت اشخاص

در اصطلاح حقوقی می‌توان گفت که هتک حرمت، انجام هر عمل مثبت ناپسند به صورت رفتار یا گفتار است که به موجب خدشه دار کردن شخصیت و اعتبار شخص حقیقی یا حقوقی مورد خطاب می باشد که می توان به مصادیق آن از

جمله: توهین و افترا مشمول تعزیر و برخی دیگر مانند قذف، مشمول حد است لذا در این بین فرقی نمی کند که این عمل از جانب بیمار یا اطرافیان بیمار نسبت به پرسنل درمانی و بالعکس باشد، اشاره نمود

ماده 608 بخش تعزیرات حکومتی

توهین به افراد از قبیل فحاشی و استعمال الفاظ رکیک چنانچه موجب حد قذف نباشد به مجازات شلاق تا 74 ضربه و یا پنجاه هزار تا یک میلیون ریال جزای نقدی خواهد بود

ماده 609 بخش تعزیرات حکومتی

هرکس با توجه به سمت، یکی از روسای سه قوه یا معاونان رئیس جمهور یا وزرا یا یکی از نمایندگان مجلس شورای اسلامی یا نمایندگان مجلس خبرگان یا اعضای شورای نگهبان یا قضات یا اعضای دیوان محاسبات یا کارکنان وزارتخانه ها و موسسات و شرکت های دولتی و شهرداری ها در حال انجام وظیفه یا به سبب آن توهین نماید به سه تا شش ماه حبس و یا تا 74 ضربه شلاق و یا پنجاه هزار تا یک میلیون ریال جزای نقدی محکوم می شود.

مخاطرات ناشی از جرایم مربوط به تخلفات و حوادث رانندگی

ماده 714- هر گاه بی احتیاطی یا بی مبالاتی یا عدم رعایت نظامات دولتی یا عدم مهارت راننده (اعم از وسائط نقلیه زمینی یا آبی یا هوایی) یا متصدی وسیله موتوری منتهی به قتل غیر عمدی شود مرتکب به شش ماه تا سه سال حبس و نیز به پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه اولیای دم محکوم می شود.

ماده 715- هر گاه یکی از جهات مذکور در ماده ۷۱۴ موجب مرض جسمی یا دماغی که غیر قابل علاج باشد و یا از بین رفتن یکی از حواس یا از کار افتادن عضوی از اعضاء بدن که یکی از وظایف ضروری زندگی انسان را انجام می دهد یا تغییر شکل دائمی عضو یا صورت شخص یا سقط جنین شود مرتکب به حبس از دو ماه تا یک سال و به پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه مصدوم محکوم می شود.

ماده 716- هر گاه یکی از جهات مذکور در ماده ۷۱۴ موجب صدمه بدنی شود که باعث نقصان یا ضعف دائم یکی از منافع یا یکی از اعضای بدن شود و یا باعث از بین رفتن قسمتی از عضو مصدوم گردد، بدون آن که عضو از کار بیافتد یا باعث وضع حمل زن قبل از موعد طبیعی شود مرتکب به حبس از دو ماه تا شش ماه و پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه مصدوم محکوم خواهد شد.

ماده 717- هر گاه یکی از جهات مذکور در ماده ۷۱۴ موجب صدمه بدنی شود مرتکب به حبس از یک تا پنج ماه و پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه مصدوم محکوم می‌شود.

ماده 718- در مورد مواد فوق هر گاه راننده یا متصدی وسایل موتوری در موقع وقوع جرم مست بوده یا پروانه نداشته یا زیادتر از سرعت مقرر حرکت می‌کرده است یا آن که دستگاه موتوری را با وجود نقص و عیب مکانیکی مؤثر در تصادف به کار انداخته یا در محل‌هایی که برای عبور پیاده رو علامت مخصوص گذارده شده است، مراعات لازم ننماید و یا از محل‌هایی که عبور از آن ممنوع گردیده است رانندگی نموده به بیش از دو سوم حداکثر مجازات مذکور در مواد فوق محکوم خواهد شد. دادگاه می‌تواند علاوه بر مجازات فوق مرتکب را برای مدت یک تا پنج سال از حق رانندگی یا تصدی وسایل موتوری محروم نماید.

تبصره: اعمال مجازات موضوع مواد ۷۱۴ و ۷۱۸ این قانون از شمول بند (۱) ماده (۲) قانون وصول برخی از درآمدهای دولت و مصرف آن در موارد معین مصوب ۱۳۷۳/۱۲/۲۸ مجلس شورای اسلامی مستثنی می‌باشد.

ماده 719- هرگاه مصدوم احتیاج به کمک فوری داشته و راننده با وجود امکان رساندن مصدوم به مراکز درمانی و یا استمداد از مأمورین انتظامی از این کار خودداری کند و یا به منظور فرار از تعقیب محل حادثه را ترک و مصدوم را رها کند حسب مورد به بیش از دو سوم حداکثر مجازات مذکور در مواد ۷۱۴ و ۷۱۵ و ۷۱۶ محکوم خواهد شد. دادگاه نمی‌تواند در مورد این ماده اعمال کیفیت مخففه نماید.

تبصره ۱: راننده در صورتی می‌تواند برای انجام تکالیف مذکور در این ماده وسیله نقلیه را از صحنه حادثه حرکت دهد که برای کمک رسانیدن به مصدوم توسل به طریق دیگر ممکن نباشد

تبصره ۲: در تمام موارد مذکور هر گاه راننده مصدوم را به نقاطی برای معالجه و استراحت برساند و یا مأمورین مربوطه را از واقعه آگاه کند و یا به هر نحوی موجبات معالجه و استراحت و تخفیف آلام مصدوم را فراهم کند دادگاه مقررات تخفیف را درباره او رعایت خواهد نمود.

ماده 720- هر کس در ارقام و مشخصات پلاک وسایل نقلیه موتوری زمینی، آبی یا کشاورزی تغییر دهد و یا پلاک وسیله نقلیه موتوری دیگری را به آن الصاق نماید یا برای آن پلاک تقلبی به کار برد یا چنین وسایلی را با اعلام به تغییر و یا تعویض پلاک تقلبی مورد استفاده قرار دهد و همچنین هرکس به نحوی از انحاء در شماره شاسی، موتور یا پلاک وسیله نقلیه موتوری و یا پلاک های موتور و شاسی که از طرف کارخانه سازنده حک یا نصب شده بدون تحصیل مجوز از راهنمایی و رانندگی تغییر دهد و آن را از صورت اصلی کارخانه خارج کند به حبس از شش ماه تا یک سال محکوم خواهد شد.

ماده 721- هرکس بخواهد وسیله نقلیه موتوری را اوراق کند مکلف است مراتب را با تعیین محل توقف وسیله نقلیه به راهنمایی و رانندگی محل اطلاع دهد، راهنمایی و رانندگی محل باید ظرف مدت یک هفته اجازه اوراق کردن وسیله نقلیه را بدهد و اگر به دلایلی با اوراق کردن موافقت ندارد تصمیم قطعی خود را ظرف همان مدت با ذکر دلیل به متقاضی ابلاغ

نماید، هرگاه راهنمایی و رانندگی هیچگونه اقدامی در آن مدت نکرد اوراق کردن وسیله نقلیه پس از انقضای مدت مجاز است. تخلف از این ماده برای اوراق کننده موجب محکومیت از دو ماه تا یک سال حبس خواهد بود.

ماده 722- چنانچه وسیله موتوری یا پلاک آن سرقت یا مفقود شود، شخصی که وسیله در اختیار و تصرف او بوده است اعم از آنکه مالک بوده یا نبوده پس از اطلاع مکلف است بلافاصله مراتب را به نزدیکترین مرکز نیروی انتظامی اعلام نماید، متخلف از این ماده به جزای نقدی از پانصد هزار تا یک میلیون ریال محکوم خواهد شد.

ماده 723 - هر کس بدون گواهینامه رسمی اقدام به رانندگی و یا تصدی وسایل موتوری که مستلزم داشتن گواهینامه مخصوص است، بنماید و همچنین هرکس به موجب حکم دادگاه از رانندگی وسایل نقلیه موتوری ممنوع باشد به رانندگی وسائل مزبور مبادرت ورزد برای بار اول به حبس تعزیری تا دو ماه یا جزای نقدی تا یک میلیون ریال و یا هر دو مجازات و در صورت ارتکاب مجدد به دو ماه تا شش ماه حبس محکوم خواهد شد

موارد استثناء در آیین نامه راهنمایی و رانندگی نسبت به خودروهای امدادی

تمامی وسائل نقلیه موتوری مکلف به رعایت قوانین و مقررات راهنمایی و رانندگی می باشند. لذا استثناء کردن برخی موارد خاص نسبت به خودروهای امدادی به شرح مواد قانونی ذیل دلیلی بر رفع مسئولیت قانونی فرد در صورت بروز هرگونه حوادث نمی باشد و قانون گذار صراحتاً با قید عبارت: " تا حدودی که موجب بروز تصادف نشود " مسئولیت ناشی از تصادف را بر عهد فرد مقصر قرار داده است. و صرفاً از جنبه انتظامی، یعنی جرایم راهنمایی و رانندگی و عدم توقف توسط پلیس راهور به جهت امدادی بودن خودرو مورد استثناء واقع شده است. لهذا جنبه عمومی و خصوصی ناشی از حوادث منجر به تصادف، به مشابه سایر اشخاص مقصر در حادثه مورد رسیدگی قضایی قرار می گیرد.

ماده 185- وسایل نقلیه امدادی که مجاز به داشتن چراغ گردان یا آژیر خطر ویژه می باشند تنها هنگامی که برای انجام مأموریت های مهم و فوری در حرکتند، باید از آنها استفاده نمایند.

ماده 186- وسایل نقلیه انتظامی و امدادی، هنگامی که برای انجام مأموریت فوری در حرکتند در صورت به کار بردن چراغ گردان ویژه اعلام خطر یا آژیر، تا حدودی که موجب بروز تصادف نشود، مجاز به انجام اعمال زیر می باشند:

الف - توقف در محل ممنوعه

ب - تجاوز از سرعت مجاز و سبقت از سمت راست وسیله نقلیه دیگر

پ - عبور از طرف چپ راه و همچنین دور زدن در نقاط ممنوعه

ت - گذشتن از چراغ قرمز یا رعایت نکردن علائم دیگر ایست، مشروط به این که از سرعت وسیله نقلیه در اینگونه محل ها تا حداقل امکان کاسته شود.

احضار و تحقیق از پرسنل به عنوان شاهد و مطلع:

نظر به اهمیت مباحث حقوقی و ادله اثبات حقوق طرفین، به جهت حضور پرسنل فوریت های پزشکی بر بالین مصدومین و اطلاع از برخی شرایط مشهود در سوانح و بلایا و علی الخصوص جابجایی راننده و سرنشین در تصادفات، و هکذا مشاهده وضعیت بیمار در صحنه حادثه و موارد مشکوک در محل حادثه، از اهمیت ویژه ای نسبت به ادله احقاق حقوق عمومی و خصوصی می باشد. در این بین محاکم قضایی و ضابطین قضایی با احضار پرسنل به عنوان مطلع و اخذ شرح ماقع در جهت تنویر موضوع مطابق مواد قانونی ذیل اقدام لازم بعمل می آورند.

ماده 204 قانون آیین دادرسی کیفری مصوب سال 1392

بازپرس به تشخیص خود یا با معرفی شاکی یا به تقاضای متهم و یا حسب اعلام مقامات ذی ربط، شخصی که حضور یا تحقیق از وی را برای روشن شدن موضوع ضروری تشخیص دهد، برابر مقررات احضار می کند.

تبصره ۱: در صورتی که شاهد یا مطلع برای عدم حضور خود عذر موجهی نداشته باشد جلب می شود. اما در صورتی که عذر موجهی داشته باشد و بازپرس آن عذر را بپذیرد، مجدداً احضار و در صورت عدم حضور جلب می شود.

تبصره ۲: در صورتی که دلیل پرونده منحصر به شهادت شهود و مطلعان نباشد، تحقیق از آنان می تواند به صورت الکترونیکی و با رعایت مقررات راجع به دادرسی الکترونیکی به عمل آید.

ماده 204 قانون آیین دادرسی کیفری مصوب سال 1392

شاهد و مطلع پیش از اظهار اطلاعات خود به این شرح سوگند یاد می کند: «به خداوند متعال سوگند یاد می کنم که جز به راستی چیزی نگویم و تمام واقعیت را بیان کنم.

مواد قانونی مربوط به شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه ای پزشکی مرتبط با فوریت های پزشکی

ماده 2 - شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی - سیاسی و اقتصادی بیماران حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه ای خود به کار ببرند.

ماده 3 - شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی و نظامات دولتی صنفی و حرفه ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل انگاری در انجام وظایف قانونی به پرهیزند.

ماده 4 - شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون را ندارند.

ماده 5 - پزشکان و دندان پزشکان و متخصصان و دکترها حرفه ای علوم آزمایشگاهی، ماماها و کایروپراکتورها موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بنا به تشخیص سازمان نظام پزشکی حسب مورد معاینه دقیق و انجام آزمایش های آنها در یک زمان مناسب مسیر می باشد.

ماده 6 - انجام امور خلاف شؤون پزشکی توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی می‌شود خودداری کنند.

ماده 7 - تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران ممنوع است.

ماده 8 - ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیر واقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری ممنوع است و پزشک می‌تواند به نحوه مقتضی بیمار و بستگان را در جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار بدهد.

ماده 9 - تجویز داروهای روان گردان و مخدر به گونه‌ای که به حالت اعتیاد در آید ممنوع است مگر در مواردی که بیمار از بیماری روانی یا از دردهای شدید ناشی از بیماریهای غیر قابل علاج رنج ببرد یا ضرورت پزشکی مصرف آنها را ایجاد کند.

ماده 10 - شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند تعرفه‌های خدمات درمانی مصوب ابلاغ شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را رعایت کنند.

ماده 11 - شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیری یا هنگام بروز بحران و سوانح از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مراجع تعیین شده از طرف وزارت یاد شده به آنان اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند.

ماده 12 - جذب بیمار از مؤسسات بهداشتی، درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی، بیمارستان و درمانگاه خصوصی و بالعکس به منظور استفاده مادی توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است.

ماده 13 - شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق دریافت هیچ گونه وجه یا مالی از بیماران علاوه بر وجوهی که توسط مسؤولان مؤسسه درمانی ذی‌ربط طبق مقررات دریافت می‌شود ندارند.

ماده 14 - جذب بیمار به صورتی که مخالف شؤون حرفه پزشکی باشد و همچنین هر نوع تبلیغ همراه کننده از طریق رسانه‌های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابر، خارج از ضوابط نظام پزشکی ممنوع است تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی از سوی شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، همچنین نصب اعلانات تبلیغی که جنبه تجاری دارند، در محل کار آنها مجاز نیست.

مواد قانونی مرتبط با جرایم مالی فوریت‌های پزشکی

1- ماده ۲ قانون تشدید مجازات مرتکبین ارتشا و اختلاس و کلاهبرداری مصوب ۱۳۶۴ و اصلاحی ۱۳۶۷- تنها عنصر قانونی جرم «تحصیل مال» می‌باشد که متن ماده به شرح زیر اشعار می‌دارد.

« هرکس به نحوی از انحاء امتیازاتی را که به اشخاص خاص به جهت داشتن شرایط مخصوص تفویض می‌گردد نظیر جواز صادرات و واردات و آنچه عرفاً موافقت اصولی گفته می‌شود در معرض خرید و فروش قرار دهد و یا از آن سوءاستفاده نماید و یا در توزیع کالاهایی که مقرر بوده، طبق ضوابطی توزیع نماید مرتکب تقلب شود و یا به طور کلی

مالی یا وجهی تحصیل کند که طریق تحصیل آن فاقد مشروعیت قانونی بوده است، مجرم محسوب و علاوه بر رد اصل مال به مجازات سه ماه تا دو سال حبس و یا جریمه نقدی معادل دو برابر مال به دست آمده محکوم خواهد شد.»

2- مواد 7-10-11-13 آیین نامه تخلفات شاغلیین حرفه پزشکی

3- ماده 7 - تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران ممنوع است.

4- ماده 10 - شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند تعرفه‌های خدمات درمانی مصوب ابلاغ شده از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را رعایت کنند.

5- ماده 11 - شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماریهای واگیری یا هنگام بروز بحران و سوانح از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مراجع تعیین شده از طرف وزارت یاد شده به آنان اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند.

6- ماده 13 - شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق دریافت هیچ گونه وجه یا مالی از بیماران علاوه بر وجوهی که توسط مسؤولان مؤسسه درمانی ذی‌ربط طبق مقررات دریافت می‌شود، ندارند

فصل دوم

مباحث مربوط به کوتاهی و اخذ رضایت در حرفه فوریت‌های پزشکی

بی‌مبالاتی یا اهمال در حرفه فوریت‌های پزشکی بصورت تمثیلی

- بی‌مبالاتی، موثرترین نوع قصور می‌باشد.
 - ترک فعلی که از نظر علمی و فنی انتظار آن می‌رود، ولی فرد مسئول در امداد رسانی به بیمار اعم از اپراتوری یا پرسنل عملیاتی در اثر غفلت از انجام آن باز سر می‌زنند.
 - پرسنل عملیاتی و پرسنل شاغل در بخش اپراتوری از انجام اعمالی که در مواجهه با بیمار یا کمک به بیمار، جزو اعمال ضروری بوده غفلت نمایند. یعنی اموری را که لازم بوده انجام نداده. (ترک فعل لازم) مشمول مجازات مصرح در ماده 295 قانون مجازات اسلامی خواهد شد.
 - هر گونه نگرفتن شرح حال کامل از بیمار توسط اپراتوری یا پرسنل عملیاتی، اعم نگرفتن نوار قلب و یا تحت نظر نگرفتن بیمار دچار درد قفسه صدری، عدم استفاده از تجهیزات مناسب در امداد رسانی به بیمار - عدم CPR بیمار با وجود اندیکاسیون لازم برای احیاء - عدم اعزام به مأموریت و موارد مشابه
- مهارت انجام کاری** است که انسان باید دارای توانایی لازم (اعم از توانایی جسمی، ذهنی و ...) در آن کار باشد. در واقع شخص، با دست زدن به کاری که توانایی لازم برای انجام آن را ندارد، مرتکب تقصیر شده است. از نظر برخی حقوقدانان، عدم مهارت یعنی نداشتن توانایی جسمانی و روانی در انجام کاری که حسن انجام آن مستلزم داشتن توانایی مذکور است.
- مثالی که در خصوص عدم مهارت می‌توان ذکر کرد، موردی است که شخصی، آموزش لازم و کافی برای رانندگی ندیده است و به رانندگی می‌پردازد و یا پزشکی که دوره‌های لازم برای یک فعالیت پزشکی را ندیده است و مبادرت به انجام آن می‌نماید. در خصوص «عدم رعایت نظامات دولتی» که در متن تبصره ماده 145 قانون مجازات اسلامی ذکر شده است باید گفت که نظامات دولتی ضابطه‌ها و مقرراتی است که به وسیله نهادهای صلاحیت دار تعیین شده افراد در مقابل انجام پاره‌ای از فعالیت‌ها مکلف به اجرای آنها هستند، مثل عبور از سوی مخالف خیابان یک طرفه.

با توجه به تعاریف و مباحث تقصیر در اصطلاح حقوق کنونی، تقصیر یعنی کاری که توسط کسی انجام که عامل ورود ضرر به دیگری شده است، که این کار به صورت نامشروع و ناپسند در عرف و جامعه مورد توجه است که قابلیت انتساب به مرتکب را دارا می باشد. با توجه به توضیحات فوق الذکر، اصطلاح تقصیر چنان به نظر می رسد که شخص در برابر کوتاهی و مسامحه عمل خود (اعم از فعل و ترک فعل) مسؤول جبران خسارت وارد شده می باشد.

بی احتیاطی در حرفه فوریتهای پزشکی

- انجام هر نوع فعلی که از نظر علمی و اصول پزشکی، نبایستی انجام پذیرد. ولی پرسنل عملیاتی در اثر سهل انگاری، چنین اقدامی را به عمل می آورند. مانند: تزریق داروی اشتباه به بیمار، تزریق داروی تاریخ مصرف گذشته به بیمار بدون اطلاع از تاریخ انقضاء دارو، استفاده ناصحیح از تجهیزات پزشکی، اشتباه در نحوه اقدامات درمانی، عدم رعایت اصول حرفه ای در رانندگی با آمبولانس.

مسئولیت کیفری ناشی از تقصیر

تحمل مجازات و به تبع آن جبران خسارت برای اشخاصی در نظر گرفته می شود که دارای اهلیت باشند اما باید دانست که درست است که مسئولیت کیفری برای اشخاصی که دارای قوه تمیز نباشند قابل تصور نیست اما جبران خسارات وارده از سوی آنان پذیرفته شده است و شخص فاقد قوه تمیز، در صورت تقصیر، از مسئولیت جبران خسارت مبری نیست. ماده 149 قانون مجازات اسلامی در این خصوص مقرر می دارد: «هرگاه مرتکب جرم در زمان ارتکاب جرم دچار اختلال روانی بوده به نحوی که فاقد اراده یا قوه تمیز باشد، مجنون محسوب می شود و مسئولیت کیفری ندارد.

موارد مرتبط در آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی «شاغلین حرفه ای پزشکی و وابسته

مطابق ماده ۳ آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی «شاغلین حرفه ای پزشکی و وابسته، باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی با رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل انگاری در انجام وظیفه قانونی بپرهیزند.

قانونگذار در ماده مذکور به چند اصطلاح اشاره نموده است، که به ترتیب به شرح آنها پرداخته و مورد بررسی قرار می گیرند:

الف) موازین علمی:

مقصود از موازین علمی؛ اصول و مقرراتی است که از نظر علوم پزشکی باید نسبت به بیماران انجام شود، یا اینکه از ترک آن خودداری گردد. بنابراین، تقصیر پزشک در این فرض شامل فعل و ترک فعل می باشد، که ترتیب عنوان بی احتیاطی و بی مبالاتی را شامل می شود.

(ب) موازین شرعی:

مقصود از موازین شرعی؛ حالاتی است که نه تنها از نظر قانون مجاز نیستند بلکه از نظر شرعی نیز حرام محسوب می گردند. همانند اینکه پزشکی با بیمار خود رابطه نامشروع برقرار سازد و یا اینکه اقدام به سقط جنین غیر قانونی نماید.

(ج) موازین قانونی:

مقصود از موازین قانونی؛ مقرراتی است که نسبت به اعمال پزشکان، علی الاصول، ضمانت اجرای کیفری پیش بینی نموده است. همانند مقررات مجازات اسلامی در باب افشاء اسرار بیماران و صدور گواهی خلاف واقع.

(د) نظامات دولتی:

مقصود از نظامات دولتی؛ مجموعه بخش نامه، مقررات وزارتی، تصویب نامه و آیین نامه هایی است، که از طرف مجموعه اعمال دولتی صادر می گردد.

با توجه به تعریف فوق می توان گفت، منظور از نظامات دولتی، تمام مقررات، دستور العمل ها و آیین نامه هایی است که از طریق مراجع ذیصلاح در امور پزشکی نظیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز سازمان نظام پزشکی و... تدوین و ابلاغ می گردد. را می توان ذکر نمود.

در قانون فعلی تقصیر به بی احتیاطی و بی مبالاتی منقسم گردیده و این دو مورد خود می توانند دارای مصادیقی باشند. لذا مصادیق تقصیر جزایی که از رفتار مرتکب ناشی می شود به صورت فعل خواهد بود که همان بی احتیاطی است و یا به صورت ترک فعل که آن را بی مبالاتی می نامیم.

لازم به ذکر است عناوین بی احتیاطی و بی مبالاتی برحسب عرف یا عادت و یا قانون، بر رفتار انسان اطلاق می شود و هر عملی که به نوعی بی احتیاطی و یا بی مبالاتی به حساب آید، از مصادیق این عناوین خواهد بود. اهمال، فراموشی، بی اعتنائی، بی توجهی، بی مراقبتی، سهل انگاری، قصور، مسامحه، غفلت و کوتاهی از مصادیق بی احتیاطی و بی مبالاتی می باشد.

مصادیق دیگری چون تعدی، تفریط، زیاده روی، انجام عملی که نباید انجام شود و نیز عدم انجام عملی که فرد انجام می دهد، رها نمودن، نسیان، ندانستن چیزی، سهو، بی قیدی، بی فکری، را نیز شمرد. دلیل شبه عمد به حساب آمدن جنایت ناشی از تقصیر، این است که فرد قصد رفتار را داشته و در این رفتار که مرتکب شده است، دچار خطا یا تقصیر گردیده است.

بدین ترتیب در اصطلاح حقوقی؛ خطا "مقابل عمد است و آن عبارت است از وصف عملی که فاعل آن دارای قوه تمیز بوده و به علت غفلت یا نسیان یا جهل یا اشتباه یا بی مبالاتی و عدم احتیاط عملی که مخالف موازین اخلاق (خطای اخلاقی) یا قانون است مرتکب شده است".

بنابراین خطای پزشکی، زمانی است که فرد شاغل در حرفه پزشکی آنچه را که طبق قوانین و مقررات پزشکی وظیفه او است نسبت به معاینه دقیق و اقدام به موقع و راهنمایی های لازم اقدام نکرده باشد. شاغل در حرفه پزشکی مکلف است کلیه اقدامات تشخیص اعم از گرفتن شرح حال، معاینات فیزیکی، استفاده از آزمایش های کلینیکی و پاراکلینیکی و چنانچه نیاز به مشورت با همکاران خود باشد را در برخورد با بیمار انجام داده و در نهایت بعد از تشخیص صحیح، درمان را شروع نماید. اگر این وظایف انجام نشود، خطای پزشکی محسوب می گردد.

مسئله رضایت و برائت:

وقتی یک درمانگر معالجه یک بیمار را پس از رضایت بیمار یا به حکم قانون می پذیرد موظف است اصول و موازین پزشکی را تا اتمام وظایف قانونی برای بیمار و یا انصراف از ادامه درمان یا ممنوعیت بعدی قانونی در ادامه فرایند رسیدگی و درمان بیمار را رعایت نماید. در صورت تخطی از وظایف قانونی درمانگر منجر به ضرر بیمار فرد درمانگر مسئول بوده و در مقابل قانون و زیان دیده مسئول خواهد بود.

رضایت

اذن و رضایت به درمان به جهت معالجه بیمار، بهبودی بیمار است و این امر موجبات اذن در اتلاف یا ضرر غیر حرفه ای ناشی از اهمال درمانگر به بیمار نیست. بنابراین رضایت نامه در حکم یک سند رسمی محسوب می گردد لهذا نحوه اخذ رضایت و هکذا سمت رضایت دهنده و نگهداری آن کمک به حل و فصل دعاوی احتمالی بین بیمار و اقوام بیمار نسبت به کادر درمانی می باشد. لذا صرف نظر از اطلاع بیمار از محتوای رضایت نامه که می بایست آگاهی کامل داشته باشد. در جهت پیشگیری از دیگر مسائل آتی در خصوص حرفه فوریت های پزشکی شایسته است شاغلین حرفه فوریت های پزشکی از فرد رضایت دهنده صرف نظر از اخذ امضاء و اثر انگشت ذیل فرم رضایت نامه چاپی با قید کلمه عدم همکاری برای انتقال یا عدم نیاز به انتقال با دست خط فرد رضایت دهنده اقدام نمایند.

تعریف رضایت:

عبارت است از کسب اجازه از بیمار یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی در جهت درمان بیماری او اعم از درمان طبی یا جراحی

انواع رضایت:

رضایت بسته به شرایط بیمار و وضعیت حاکم بر صحنه حادثه، دارای صور مختلف بوده که در تقسیم بندی انواع رضایت قابل بررسی قرار می گیرد

رضایت آگاهانه

از نظر قانونی، بیمار حق دارد که تحت درمان اورژانس قرار گیرد یا اینکه از آن امتناع ورزد. بنابراین رضایت با اجازه بیمار برای ارائه این خدمات ضروری می باشد. پیش از شروع بیمار باید در جریان نوع خدمات اورژانس و نتیجه آن و ریسک موجود قرار گیرد. رضایتی که از این طریق کسب شود را رضایت آگاهانه می نامند. بدون داشتن رضایت لازم، (اورژانس های طبی پایه ص 30) اگر فرد درمانگر به بدن بیمار بدون اخذ رضایت دست بزند ممکن است بسته به نوع رفتار مرتکب به جرم ضرب و جرح و یا ایجاد رابطه نامشروع و هراس در بیمار مورد پیگرد قانونی قرار گیرد رضایت آگاهانه ممکن است بسته به شرایط کتبی یا شفاهی باشد.

1- رضایت صریح:

این نوع رضایت باید از هر فرد بالغ و آگاه قبل از درمان وی اخذ شود. بیمار باید سن قانونی داشته و قادر به تصمیم گیری و مطلع از اقدامات درمانی که در مورد وی انجام می شود را داشته و خطرات احتمالی آن را بپذیرد رضایت شفاهی یا بصورت اشاره با سر هم رضایت صریح محسوب می شود. (اورژانس های طبی پایه ص 30).

2- رضایت تلویحی یا فرضی :

این نوع رضایت مربوط به مواقعی است که شما فرض می کنید بیماری که هوشیار نیست یا قادر به تصمیم گیری نمی باشد (بیماران نیازمند به احیاء- بیماران مربوط به تصادفات و حوادث منجر به کاهش هوشیاری) به درمان اورژانسی رضایت خواهد داد. مبنا را بر رضایت مددجو قرار داده و اقدامات سریع درمانی رو شروع می کنید. لذا براساس رویه حاکم بر اقدامات فوریت های پزشکی در صورت مواجهه با فرد آسیب دیده دچار کاهش هوشیاری قانون فرض را بر این می گذارد که بیمار رضایت بر اقدامات فوریت های پزشکی دارد.

3- رضایت برای درمان صغیر و یا عقب مانده ذهنی و افراد مسن فاقد قوه تمیز:

در مواجهه با چنین افرادی حسب قوانین مدون مدنی هرگونه اقدام قانونی نسبت به فرد نیازمند به خدمات پزشکی باید از طریق افراد واجد سمت شرایط قانونی در جهت تصمیم گیری برای درمان مددجو اعمال گردد، که در افراد صغیر از والدین و یا جد پدری و در نبود آنها از قیم قانونی اعم از قیم دائم یا قیم اتفاقی حسب تصمیم دفتر سرپرستی دادسرا تعیین تکلیف گردد. با تمامی این اوصاف در صورت عدم دسترسی به فردی که حائز شرایط مقرر معنونه نبوده است و فرد مددجو آسیب دیده نیازمند مداخله برای اقدامات درمانی در جهت جلوگیری تشدید هرگونه عوارض احتمالی باشد مبنا را بر رضایت فرضی قرار داده و اقدامات فوریت های پزشکی بر روی بیمار به عمل می آید و مراتب به نحو مقتضی مستند سازی و به اطلاع مسئولین ذیربط اعلام می گردد.

ماده ۱۵۸- قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲

از تکاب رفتاری که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، در موارد زیر قابل مجازات نیست:

ج- هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست.

اصول کلی در رضایت:

صرف مراجعه بیمار یا تماس تلفنی برای حضور در محل، رد آسیب دیده و نیازمند به فوریت های پزشکی به منزله رضایت نمی باشد. رضایت باید اعم از اینکه شفاهی یا کتبی باشد باید در صورت هوشیاری فرد آگاهانه بوده و در موارد غیرهوشیار براساس رضایت ضمنی عمل شود و مراتب شرح اقدامات درمانی برای بیمار در جهت بهبودی و عوارض احتمالی ناشی از درمان به اطلاع بیمار و در موارد خاص به همراهان قانونی بیمار اعلام گردد.

تعریف برائت:

آگاهی دادن به بیمار یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی بیمار نسبت به نوع بیماری و نحوه درمان و خطرات و عوارض درمان بیماری و تبری جستن پزشک از خطرات و عوارض احتمالی درمان.

شرایط برائت دهنده:

برای اینکه برائت حاصل شده از نظر قانون مورد قبول بوده و در دادگاه پذیرفته شده باشد، لازم است برائت دهنده

شرایط زیر را دارا باشد:

1. اهلیت قانونی داشته باشد یعنی به سن بلوغ رسیده باشد و از قوه عقل نیز برخوردار باشد که در غیر این صورت نیاز به قیم با شرایط قانونی آن دارد.
2. برائت از روی آگاهی و آزادانه صورت گیرد.
3. زمان برائت باید قبل از اقدام درمانی یا جراحی توسط پزشک باشد

فصل سوم

بررسی مسئولیت های ناشی از تقصیر و قصور پرسنل فوریت های پزشکی

شاغلین در حرفه فوریت های پزشکی اعم از پرسنل عملیاتی و مرکز پیام به جهت مواجهه با انواع موارد متعدد اورژانسی، می بایست، مهارت - دقت و علم لازم و مکفی با حقوق مددجو را داشته باشند. تا با رعایت کامل موازین و قوانین مرتبط با حرفه فوریت های پزشکی دچار تقصیر و قصور در عملکرد خود نشوند.

تعریف تقصیر:

تقصیر در لغت به معنای سست کردن، کوتاهی کردن در کاری، قصور در کاری و همچنین گناه و جرم آمده است. در اصطلاح حقوقی، تقصیر رفتار کسی است که به واسطه عمل او شخصی دچار زیان شده است و این کار به صورت نامشروع انجام گرفته باشد. تقصیر در لغت به معنای خودداری از انجام عملی با وجود توانایی صورت دادن آن عمل را گویند.

مواد 951 تا 953 قانون مدنی به بررسی تقصیر پرداخته است. طبق ماده 953 قانون مدنی: «تقصیر اعم است از تعدی و تفریط» و در ماده 951 تعدی اینگونه تعریف شده است که: «تعدی تجاوز نمودن از اذن یا متعارف است نسبت به مال یا حق دیگری». در تعریف تفریط نیز قانون مدنی در ماده 952 مقرر می دارد: «تفریط عبارت است از ترک عملی که به موجب قرارداد یا متعارف برای حفظ مال لازم است».

ماده 1 قانون مسؤولیت مدنی: مقرر می دارد: هر کس بدون مجوز قانونی عمداً یا در نتیجه بی احتیاطی به جان یا سلامتی یا مال یا آزادی یا حیثیت یا شهرت تجارتی یا به هر حق دیگر که به موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده لطمه ای وارد نماید که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود، مسئول جبران خسارت ناشی از عمل خود می باشد. بیانگر این مطلب

است که تقصیر انواع مختلفی دارد که عبارتند از: تقصیر عمدی، تقصیر غیر عمد و تقصیر شبه عمد که در ذیل به تعریف هریک از آنها می پردازیم.

تقصیر عمدی

اصطلاح تقصیر عمدی را زمانی به کار می بریم که شخص از روی آگاهی و عمد مرتکب تقصیر گردد. به عبارتی تقصیر وقتی عمد است که شخص به قصد اضرار به دیگری مرتکب آن شود، مانند فردی با عمد، بیمار اورژانسی را رها کند و با علم به اورژانسی بودن خدمات فوریت های پزشکی را نسبت به بیمار انجام ندهد. بیمار اورژانسی را با وجود درخواست انتقال توسط بیمار بدون اخذ رضایت نامه به بیمارستان انتقال ندهد.

مرکز پیام با وجود تشخیص اورژانسی بودن وضعیت بیمار و اندیکاسیون اعزام با علم و اطلاع کامل از وضعیت بیمار، برای بیمار اقدامی در جهت اعزام کد مناسب آمبولانس به عمل نیاورد.

پرسنل عملیاتی با وجود اطلاع از ماموریت از اعزام به ماموریت بدون عذر موجه قانونی، استنکاف نمایند و این امر موجب ایجاد خسارت برای شخص زیان دیده گردد.

به عبارت دیگر، در تعریف تقصیر غیر عمد باید گفت نوعی از تقصیر است که در آن، عمد به ورود زیان از سوی زیان زننده وجود ندارد هر چند که فعل یا ترک فعل وی، باعث ورود زیان شود. به عبارتی در تقصیر غیر عمد (قصور) شخص قصد زیان زدن به دیگری را ندارد ولی در نتیجه ی غفلت یا بی احتیاطی سبب ورود ضرر به او می شود.

چنانچه اگر راننده ای به علت شتاب زدگی یا برای تفنن با سرعت زیاد رانندگی کند و در اثر تصادم با ماشین دیگر خسارتی وارد آورد، تقصیر او غیر عمد است.

تقصیر شبه عمدی

تقصیر شبه عمدی که بیشتر در قوانین جزایی کاربرد دارد عبارت است از اینکه شخص مرتکب رفتاری گردد که نفس ارتکاب آن عمل عمدی است اما نتیجه حاصله، نتیجه ای نیست که مورد نظر مرتکب باشد، مانند اینکه شخصی فرزند خود را به قصد تادیب بزند ولی طفل، بر اثر ضربه وارده بمیرد. به عبارت دیگر در موردی که مرتکب، اضرار به غیر را نمی خواهد ولی نسبت به آن بی اعتنا است یا به حرکتی می پردازد که به احتمال قوی به اضرار دیگری منتهی می شود و با وجود این از نتیجه نامطلوب کار خود نگران نیست. مانند اینکه زندانی فراری برای باز کردن راه فرار خود به جمعیتی شلیک کند و در اثر این اقدام کسی آسیب ببیند.

در حرفه فوریت های پزشکی عدم استفاده از تجهیزات مناسب و عدم مهارت در حرفه شغلی و همچنین آسیب های ناشی از تجویزهایی دارویی غیر صحیح و غیر اصولی به بیمار منجر به ورود عارضه در بیمار، عدم انتقال صحیح با تجهیزات مناسب منجر به آسیب به بیمار و امثالهم بدون نیت و قصد آسیب به بیمار از موارد قصور غیر عمدی می باشد.

مفهوم تقصیر در قانون مجازات اسلامی

تبصره ماده 145 قانون مجازات اسلامی در تعریف تقصیر مقرر می‌دارد: «تقصیر اعم از بی احتیاطی و بی مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آنها، حسب مورد، از مصادیق بی احتیاطی یا بی مبالاتی محسوب می‌شود».

با توجه به این تعریف، برخی از نویسندگان حقوق جزا نتیجه گرفته‌اند که ماهیت تقصیر پیش بینی احتمالی نتیجه از رفتار است. چنانچه شخصی با وجود قابل پیش بینی بودن نتیجه، اقدام به رفتاری نماید، مرتکب تقصیر شده است.

در خصوص واژه «بی احتیاطی» که در تبصره ماده 145 قانون مجازات اسلامی به کار برده شده است باید گفت بی احتیاطی انجام عملی است که از دید عرف، یک انسان دور اندیش آن را مرتکب نمی‌شود. احتیاط اقدام به کاری است که باید از آن پرهیز شود. مثل عبور از چراغ قرمز یا حرکت در سراسیمگی با سرعت زیاد و مانند آنها. بی احتیاطی خطای انسانی است که پیامد کار خود را در وضع خاص پیش بینی نمی‌کند. به عبارت دیگر رفتار او با الگوهای انسان دور اندیش و پیش بین منطبق نیست. تزریق داروی اشتباه، استفاده از تجهیزات نامناسب برای انتقال.

همچنین در خصوص واژه «بی مبالاتی»، باید گفت بی مبالاتی ترک فعلی است که از دید عرف انجام آن لازم باشد، همانند عدم رفع نقص فنی اتومبیل و حرکت کردن با همان اتومبیل معیوب که منجر به ورود خسارت گردد.

عملکرد ناقص در معاینه بیمار و یا عدم کنترل کارکرد صحیح تجهیزات پزشکی، عدم رعایت اصول انتقال بیمار، چک نکردن موازین مربوط به کارکرد آمبولانس اعم از بنزین و لاستیک و...

شرایط تحقق و احراز تقصیر در حرفه پزشکی

1. فرد مرتکب در راستای وظیفه قانونی و مسئولیت های ناشی از حرفه شغلی خویش در قبال بیمار داشته باشد.
2. در راستای وظایف قانونی: کوتاهی، سهل انگاری، بی مبالاتی، ترک فعل و یا عدم مهارت در حرفه شغلی خویش نسبت به بیمار به عمل آورد
3. هرگونه اقدام ناشی از رفتار و عملکرد پرسنل عملیاتی منجر به وقوع آسیب یا زیان به بیمار شده باشد.
4. نتایج حاصل از اقدامات پرسنل عملیاتی، یعنی شروط مقرر برای تحقق جرم و احراز تقصیر که عبارت است از رابطه فی مابین زیان وارده به بیمار و حصول ضرر اعم از خسارت قابل جبران یا غیر قابل جبران می باشد را فراهم آورد.

جرایم پزشکی مرتبط با پزشکی در قانون مجازات اسلامی مصوب 1392 و تعزیرات حکومتی

برای تحقق مسئولیت پزشکی، وجود سه عنصر، فعل مجرمانه یا خطای پزشکی، نتیجه مجرمانه یا صدمه و عوارض غیر متعارف ناشی از اهمال در درمان وارده به بیمار، وجود رابطه سببیت میان فعل و صدمه ضروری است.

مصادیق تقصیر و تخلف در شغل فوریت‌های پزشکی :

- عدم مهارت، کوتاهی، سهل‌نگاری، بی احتیاطی و همچنین عدم رعایت موازین و مقررات قانونی مصرح در دستورالعمل‌ها، پروتکل‌ها و بخش نامه‌های مربوط به فوریت‌های پزشکی
- عدم رعایت اصول حرفه‌ای در معاینه و مراقبت از بیمار از زمان شروع فرایند رسیدگی به بیمار تا اتمام ماموریت
- عدم رعایت اصول صحیح در انتقال بیمار و استفاده غیر متعارف از تجهیزات مربوط به انتقال بیمار
- عدم بررسی صحنه حادثه و تریاژ غیر متعارف بیماران
- عدم رعایت اصول اخلاقی در حرفه فوریت‌های پزشکی از حیث حریم خصوصی و مباحث اخلاقی بیمار (نداشتن حق معاینه همراه بیمار در غیر موارد اورژانسی اضطراری و فوری مخصوصاً " بانوان)
- عدم رعایت اصول اخلاقی در معاینه بیمار، علی‌الخصوص بانوان و ایجاد زمینه مربوط به اتهام‌های اخلاقی به سبب مباحث کلامی غیر مرتبط و معاینه اندام‌های غیر ضروری بیماران
- عدم رعایت اصول و رفتار متناسب در شان و منزلت فرد و سازمان در مواجهه بیمار و اطرافیان بیمار
- تاخیر در اقدامات موثر فوریت‌های پزشکی از بدو ماموریت تا خاتمه ماموریت
- عدم رعایت اصول و موازین مربوط به قوانین و مقررات راهنمایی و رانندگی در حین اعزام و پس از اتمام ماموریت در جهت بازگشت به پایگاه مربوط
- استفاده از داروهای تاریخ مصرف گذشته برای بیمار و عوارض ناشی از آن
- تجویز هر نوع دارو خارج از پروتکل‌های آفلاین بدون هماهنگی با پزشک مرکز
- تجویز هر نوع داروی اشتباه به بیمار
- عدم ارائه خدمات مناسب مورد نیاز از جمله: استفاده نامناسب از تجهیزات پزشکی و یا ترک فعل ناشی از اقدامات درمانی به موقع برای بیمار و عدم مهارت در عملکرد حرفه‌ای
- عدم بررسی یا کنترل نکردن عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی و بررسی کارکرد صحیح تجهیزات مورد لزوم، قبل از اعزام به ماموریت و عوارض ناشی از آن برای بیمار
- عدم رعایت اصول فیکس کردن صحیح بیمار در حین انتقال به کابین بیمار آمبولانس و هکذا در حین انتقال به بیمارستان
- عدم حضور به موقع هر دو تکنسین بر بالین بیمار با تجهیزات مناسب
- استفاده از وسایل غیر استاندارد برای انتقال بیمار (از قبیل: صندلی، پتو مگر در موارد اضطرار برای کشیدن بیمار از صحنه حادثه پرخطر و منطقه خطر برای حفظ حیات بیمار)
- اظهار نظر غیر تخصصی نسبت به داروهای مصرفی بیمار و تعیین تکلیف غیر تخصصی برای بیمار
- هرگونه تشخیص غیر پزشکی برای بیمار یا مصدوم
- چک نکردن عملکردهای صحیح آمبولانس اعم از سطح بنزین، وضعیت لاستیک‌ها، سیستم گرمایشی و وضعیت اکسیژن داخل کد
- ثبت گزارش خلاف واقع در فرم بیمار

- رها کردن بیمار در بیمارستان بدون اخذ پذیرش از بیمارستان وعدم تحویل بیمار با توجه به دستورالعمل مربوط به نحوه تحویل بیمار
- عدم CPR بیمار با وجود اندیکاسیون CPR حتی با رضایت اقوام برای عدم CPR (هرگونه اتمام عملیات احیاء پس از تکمیل فرایند احیاء از حیث مدت زمان و اخذ نوار ایزو با مشاوره پزشک و نظر نهایی پزشک مشاور می باشد).
- عدم ثبت اطلاعات کامل در فرم بیمار و همچنین ثبت اطلاعات واهی و غیر واقع در فرم بیمار
- عدم رعایت زمان مقرر نسبت به وضعیت بیمار برای حضور در منزل بیمار یا بیمارستان و انتقال سریع و صحیح پس از اقدامات اولیه با رعایت پروتکل ها و استانداردهای قانونی در جهت حفظ حیات بیمار
- عدم حضور بر بالین بیمار در کابین عقب آمبولانس (پرسنل عملیاتی مکلف به حضور بر بالین بیمار با حفظ پوشش لباس فرم استاندارد و تجهیزات مربوط نسبت به نیاز بیمار با توجه به تابلو بیمار اعلام شده و پایش مداوم بیمار بسته به وضعیت بالینی می باشند).
- عدم رعایت اصول مربوط به حفظ امانت داری در اموال بیمار و راز داری در اسرار بیمار.
- استفاده از کلمات توهین آمیز و تحقیر کننده به بیمار و همراهان بیمار.
- عدم رعایت کامل ارزش های اخلاقی و شرعی در ماموریت های اعزامی
- ایجاد خسارت مضاعف به بیمار
- فریب بیمار به امور غیر اصولی
- اخذ هرگونه وجه و مال اعم از نقدی و غیر نقدی از بیمار و اقوام بیمار بصورت مستقیم و غیر مستقیم
- اخذ رضایت نامه کاذب از بیمار و یا همراه بیمار
- ترغیب بیمار و یا همراهان بیمار برای ارجاع بیمار به مراکز درمانی خصوصی با هدف اخذ مال
- معرفی به پزشک برای اخذ پورسانت (حبس از سه ماه تا دو سال)
- عدم حضور در آدرس اعلامی و عدم تلاش و بررسی آدرس و جستجو برای رسیدن به آدرس اعلامی به بهانه نبود راهنمای اقوام بیمار در محل (10-12). (سهل انگاری در انجام وظایف قانونی)

مصادیق تقصیر و تخلف در واحد مرکز پیام (دیسپچ) فوریت های پزشکی

- اخذ شرح حال ناقص و نامتناسب خارج از موارد مصرح در پروتکل اخذ شرح حال از تماس گیرنده
- استفاده از کلمات غیر اخلاقی و تحقیر آمیز و نامناسب با تماس گیرنده با لحنی تند و غیر اداری
- اخذ آدرس ناقص و نامفهوم منجر به تاخیر در امداد رسانی بیمار
- عدم ارجاع به مشاوره برای پزشک مشاور در صورت لزوم و در جهت تعیین تکلیف نهایی ماموریت اعم از ماموریت مجدد، اعزام به کلینیک و بین مراکز در صورت لزوم
- عدم اعزام کد به بیمارانی که به بهانه نبود همراه بیمار یا فرد راهنما در بیرون محل حادثه جهت راهنمایی آمبولانس
- ارزیابی صحنه حادثه در سوانح قبل از ورود به صحنه از طریق کارشناسان مرکز ارتباطات و بعد از ورود به صحنه از طریق تکنسین اورژانس.

- تجویز دارو یا پیشنهاد مصرف دارو خارج از پروتکل های مصرح در کتاب گام به گام اپراتوری بدون ارجاع به پزشک مشاور
- عدم برقراری ارتباط تلفنی پرسنل اعزامی با پزشک مشاور جهت مشاوره و موارد بحران
- عدم ارائه مشاوره صحیح و اصولی به بیماران و تماس گیرندگان
- عدم پشتیبانی حرفه ای و راهنمایی همراه بیماران برای ایجاد وضعیت و حفظ هوشیاری بیمار و هکذا راهنمایی همراهان بیمار برای اقدامات احیاء قبلی ریوی برای بیمار و اقدامات حیات بخش
- عدم رعایت اصول تریاژ در حوادث با چند مصدوم و مدیریت در نحوه توزیع و انتقال بیماران بین مراکز درمانی
- عدم کنترل و بررسی علت تاخیر در اعزام و همچنین علت تعلل در مسیر حرکت در حین اعزام پرسنل اعزامی به محل حادثه
- عدم تعیین تکلیف وضعیت بیمار از حیث اعزام آمبولانس همجوار برای تعجیل در امداد رسانی و جلوگیری از وقفه زمانی برای رسیدن بر بالین بیمار براساس سطح تریاژ بیمار
- عدم پاسخ دهی به تماس های مددجویان، بدون جواز قانونی
- عدم اخذ اطلاعات تکمیلی در حوادث و تصادفات از جنبه تعداد مصدومین و وضعیت مصدومین .
- عدم اطلاع رسانی به دیگر واحدهای امدادی حسب شرایط حاکم بر صحنه حادثه در محل
- ابلاغ ماموریت به پایگاه دورتر از محل حادثه با وجود پایگاه نزدیک به محل حادثه
- تاخیر در ابلاغ و اعزام ماموریت به پایگاه محل اعزامی
- عدم پاسخ به پیام های بی سیم بحران
- عدم ثبت اطلاعات مربوط به زمان اعزام و اتمام ماموریت و سایر موارد مصرح در فرم مربوط
- عدم پیگیری ماموریت از تماس گیرندگان
- عدم کنترل GPS آمبولانس های اعزامی و علت تاخیر در حین اعزام یا در مسیر اعزام به محل حادثه
- عدم مدیریت صحیح و انتقال اطلاعات در اعزام کد هوایی
- عدم پیگیری و اطلاع موارد مربوط به TPA و تله مدیسین از مراکز درمانی و نیروهای اعزامی به محل
- هدایت بیمار و تماس گیرندگان به مراکز خصوصی با وجود اندیکاسیون اعزام آمبولانس به محل حادثه

فصل چهارم

سوابق قانون مربوط به فوریت های پزشکی

قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب 1345

ماده واحده

1- هرکس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه خود او یا دیگران شود و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری نماید، به حبس جنحه ای تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می توانسته کمک موثری بنماید به حبس جنحه ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد. مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب دیده و اقدام به درمان او یا کمک های اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم می شوند. نحوه تامین هزینه درمان این قبیل بیماران و سایر مسائل مربوط به موجب آیین نامه ای است که به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

2- هرگاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلفند به اشخاص آسیب دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند از اقدام لازم و کمک به آنها خودداری کنند، به حبس جنحه ای از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.

3- دولت مکلف است در شهرها و راهها به تناسب احتیاج مراکز درمان فوری (اورژانس) و وسایل انتقال مصدومین و بیماران که احتیاج به کمک فوری دارند، ایجاد و فراهم نماید.

• مامورین انتظامی نباید متعرض کسانی که خود متهم نبوده و اشخاص آسیب دیده را به مراجع انتظامی یا مراکز درمانی می رسانند بشوند. قانون فوق مشتمل بر یک ماده پس از تصویب مجلس شورای ملی در جلسه روز سه شنبه ۶۱ اردیبهشت ماه ۱۳۳۱ در جلسه روز دوشنبه پنجم خرداد ماه یک هزار و سیصد و پنجاه و چهار شمسی به تصویب مجلس سنا رسید.

آیین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب 1354/03/05 و

مصوب جلسه مورخ 1364/10/15 هیات وزیران با آخرین اصلاحیه مورخ 1378/02/19 هیات وزیران

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۶۴/۱۰/۱۵ بنا به پیشنهاد شماره ۵۲۴۹ مورخ ۱۳۶۴/۰۸/۱۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آیین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴ را به شرح زیر تصویب نمودند:

ماده ۱- فوریت های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو، یا عوارض صعب العلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد.

ماده 2- از نظر این آیین نامه فوریت های پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر می شود:

- ۱- مسمومیت ها
- ۲- سوختگیها
- ۳- زایمان ها
- ۴- صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسائط نقلیه
- ۵- سکنه های قلبی و مغزی
- ۶- خونریزی ها و شوک ها
- ۷- اغماء
- ۸- اختلالات تنفسی شدید و خفگی ها
- ۹- تشنجات
- ۱۰- بیماریهای عفونی خطرناک مانند مننژیت ها
- ۱۱- بیماریهای نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند
- ۱۲- سایر مواردی که در شمول تعریف ماده ۶ قرار می گیرد.

ماده 3- بیمار مشمول این آیین نامه شخصی است که طبق تعریف فوریت های پزشکی (اورژانس) احتیاج به کمک فوری دارد.

ماده 4- کلیه بیمارستان ها، اعم از دولتی و غیر دولتی در تمام اوقات شبانه روز و نیز درمانگاه ها و سایر مؤسسات درمانی در ساعات فعالیت طبق پروانه تأسیس که از وزارت بهداشت سابق دریافت داشته اند، مکلف به پذیرش بیمارانی که مشمول فوریت های پزشکی هستند می باشند.

ماده 5- در مناطقی که مراکز اورژانس وجود دارد و به نحوی از موارد فوریت های پزشکی اطلاع پیدا می کند مسئولیت مستقیم انتقال بیمار به مراکز درمانی با مراکز اورژانس می باشد
تبصره: همه افراد مکلفند به محض مشاهده هر گونه موارد اورژانس در صورت دسترسی به مرکز اورژانس از طریق تلفن و سایر وسائل ارتباطی فوراً مورد را به آگاهی نزدیکترین مرکز اورژانس برسانند و در صورت عدم دسترسی به واحد اورژانس نسبت به انتقال بیمار اورژانسی به نزدیکترین مراکز درمانی اقدام نمایند.

اصلاح مواد (۶ و ۷) آیین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی
هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۸.۲.۱۹ بنا به پیشنهاد شماره ۷۵۸۴ مورخ ۱۳۷۶.۷.۲۱
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی
- مصوب ۱۳۵۴ - تصویب نمود:

مواد (۶) و (۷) آیین نامه اجرایی قانون یاد شده - مصوب ۱۳۶۴ - در یکدیگر ادغام و به نحو زیر اصلاح می شود:

ماده ۶- مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی موظفند در موارد فوریت های پزشکی بدون تأمل و اتلاف وقت و دریافت وجه اولیه (ودیه)، با استفاده از همه وسایل و امکانات موجود نسبت به ارایه درمان های لازم بیماران اقدام نمایند. بدیهی است پس از تثبیت وضعیت بیمار، مراحل عادی پرداخت هزینه باید طبق تعرفه های مصوب انجام گیرد.

تبصره ۱: در مواردی که طبق تشخیص کارشناس دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، بیمار استطاعت مالی نداشته باشد یا اینکه به هر دلیلی پرداخت هزینه‌های انجام شده ممکن نشود، تمام یا قسمتی از هزینه درمان توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرف مدت سه ماه پرداخت خواهد گردید و بیمار یا اولیای قانونی وی مکلف می‌باشند مابه‌التفاوت هزینه پرداختی وزارت خانه یاد شده را به واحد درمانی بپردازند.

تبصره ۲: هزینه‌های ناشی از اجرای این آیین نامه بر اساس پیشنهاد کارشناسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بودجه کل کشور منظور خواهد شد.

ماده ۶ - (حذف شد) - در صورتی که بیمار اورژانس در واحدهای بخش دولتی تحت مداوا قرار گیرد حق العلاج پزشکی که جهت مداوای بیمار فراخوانده می‌شد در صورتی که در ساعات غیر اداری باشد برابر ۳۴٪ تعرفه خدمات درمانی مورد عمل در آن مورد خاص خواهد بود.

تبصره: پزشکانی که منحصراً در بخش خصوصی به کار اشتغال دارند در صورتی که به دلیل نیاز از آنان کمک خواسته شود در تمام اوقات از مزایای این ماده استفاده خواهند نمود.

ماده ۷ - (حذف شد) در صورتی که بیمار اورژانس در واحدهای درمانی غیر دولتی تحت مداوا قرار گیرد هزینه درمان توسط بیمار طبق تعرفه خدمات درمانی پرداخت خواهد شد.

تبصره: در موارد استثنایی که بیمار استطاعت پرداخت کامل هزینه درمان خود را نداشته باشد طبق نظر کارشناسی مددکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر تا ۸۴٪ کل هزینه توسط آن وزارتخانه پرداخت خواهد شد. بدیهی است مابه‌التفاوت پرداختی وزارتخانه مذکور را خود بیمار باید به واحد درمانی مربوطه بپردازد.

قانون ممنوعیت بازداشت کسانی که مصدومین را به مراکز درمانی منتقل می‌نمایند

ممنوعیت بازداشت کسانی که مصدومین را به مراکز درمانی منتقل می‌نمایند

ماده واحده - از تاریخ تصویب این قانون نگاهداری و بازداشت کسانی که مصدومین را به مراکز درمانی یا نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران و غیره منتقل می‌نمایند توسط مراجع مذکور ممنوع است مگر اینکه خود فرد یا مصدوم یا افراد دیگری او را مقصر قلمداد نمایند و یا دلایل و قرائن دیگری دلالت بر انتساب اتهام به وی نماید. قانون فوق مشتمل بر ماده واحده در جلسه علنی روز دوشنبه مورخ سوم اردیبهشت ماه یک هزار و سیصد و هشتاد مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۸۰.۲.۱۲ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.

آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی کشور

شماره ۱۵۵۰۸۱/ت/۳۴۳۸۹هـ (از مصوبات دولت شماره ۱۵۵۰۸۱/ت/۳۴۳۸۹هـ - تاریخ: ۱۳۸۶/۹/۲۵)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور وزارت کشور - وزارت راه و ترابری - وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات - وزارت نیرو - وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۶/۹/۴ بنا به پیشنهاد شماره ۲۸۶۱۴۶ مورخ ۱۳۸۴/۱۱/۱۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی کشور را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱- در این آیین‌نامه اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:

الف - خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی: به مجموعه خدمات و مهارت‌های فوری پزشکی اورژانسی که در مواقع اضطراری مانند تصادف، بیماری حاد، پدیده‌های طبیعی یا ساخته دست بشر در قالب نظام شبکه فوریت‌های پزشکی کشور قبل از رسیدن بیمار یا مصدوم حادثه دیده به بیمارستان ارایه می‌شود، اطلاق می‌گردد.

ب - آمبولانس: مورد استفاده در پایگاه‌ها دو نوع می‌باشد:

- ۱- آمبولانس تیپ B: آمبولانسی که به منظور انتقال و یا درمان‌های اولیه و پایش بیماران، طراحی و تجهیز شده است. این آمبولانس دارای تجهیزات چهارگانه اصلی شامل کپسول اکسیژن، برانکارد، کیف احیا و ساکشن می‌باشد.
- ۲- آمبولانس تیپ C: آمبولانسی که به منظور انتقال بیمار و درمان‌های پیشرفته طراحی و تجهیز شده است. آمبولانس تیپ C علاوه بر تجهیزات آمبولانس تیپ B مجهز به DC شوک نیز می‌باشد.

ج - شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی: شامل مرکز ارتباطات یا مرکز پیام، پایگاه‌های شهری، جاده‌ای - موقت، هوایی، ریلی و دریایی - ساحلی و موقت خواهد بود.

۱- مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات:

مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات، واحد اطلاع رسانی و فراخوان اورژانس (۱۱۵) و هماهنگ‌کننده پایگاه‌های اورژانس است که موظف می‌باشد پس از تماس افراد نیازمند، اقدام مقتضی را با هماهنگی واحدهای ذی‌ربط به عمل آورد. واحدهای ارتباطات در مراکز استان‌ها، شهرهای دارای دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و شهرهای با جمعیت بیش از ۲۵۰ هزار نفر به صورت مستقل در یک مکان مناسب قرار می‌گیرد.

۲- مرکز پیام: در شهرستان‌هایی که فاقد شرایط لازم برای ایجاد مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات می‌باشند و جمعیت آنها کمتر از ۲۵۰ هزار نفر می‌باشد مرکز پیام ایجاد شده و به عنوان واحد اطلاع‌رسانی وظیفه هماهنگی و فراخوان اورژانس ۱۱۵ را به عهده دارد و در شرایط بحرانی با مرکز ارتباطات همکاری لازم را انجام خواهد داد.

تبصره ۱: فاصله دو شهر جهت راه‌اندازی مرکز پیام نباید کمتر از ۴۰ کیلومتر باشد.

- تبصره ۲:** مرکز پیام در یکی از پایگاههای اورژانس موجود ایجاد شده و استفاده از پرسنل همان پایگاه جهت انجام امور محوله در اولویت می باشد.
- ۳-** پایگاه امداد شهری: این پایگاه در مراکز شهرستان ها، شهرهای دارای دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و شهرهای با جمعیت بیش از ۵۰ هزار نفر ایجاد می شود. پایگاه امداد شهری با مرکز پیام و مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات در ارتباط بوده و دارای دو دستگاه آمبولانس می باشد.
- تبصره ۱:** در شهرهای با جمعیت بیش از ۵۰ هزار نفر به ازای هر ۶۰ هزار نفر جمعیت مازاد بر تعداد پایه (۵۰ هزار نفر) یک پایگاه به همراه دو آمبولانس فعال اضافه می گردد.
- تبصره ۲:** به منظور تسریع در ارایه خدمات فوریتهای پزشکی، کاهش زمان رسیدن به صحنه حادثه و غلبه بر ترافیک های سنگین شهری در کلان شهرها (شامل: تهران، تبریز، شیراز، مشهد، اصفهان، اهواز، قم، کرج) بایستی هر پایگاه شهری مجهز به حداقل یک دستگاه موتورسیکلت اورژانس شود که به ازای هر دستگاه موتورسیکلت ۴ نفر کاردان یا کارشناس مربوط تعریف می گردد. سایر شهرها بنا بر ضرورت در اولویت های بعدی قرار می گیرد.
- ۴-** پایگاه امداد جاده ای: پایگاه جاده ای در جاده ها و در مبادی شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر با فاصله حداکثر ۴۰ کیلومتر و با در نظر گرفتن حداکثر زمان رسیدن به محل حادثه ۱۵ دقیقه ایجاد می شود. هر پایگاه جاده ای دارای یک دستگاه آمبولانس فعال بوده و با مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات و یا مرکز پیام در ارتباط می باشد.
- تبصره:** آمبولانس مورد استفاده در پایگاههای شهری و جاده ای بایستی دارای شرایط آمبولانس تیپ B بوده و به ازای هر سه پایگاه یک آمبولانس پشتیبان در نظر گرفته می شود.
- ۵-** پایگاه امداد فوریتهای پزشکی موقت: پایگاههایی که در ایام ویژه به منظور آمادگی و توان عملیاتی بیشتر در مکان هایی که افزایش جمعیت و یا تردد بیش از حد معمول دارند، راه اندازی می شوند.
- ۶-** پایگاه امداد هوایی: پایگاه هوایی در مسیرهای صعب العبور، محورهای حادثه خیز، محورهایی که میزان تردد در آنها بالا باشد و نیز در مناطقی که دسترسی زمینی به محل امکان پذیر نباشد با در نظر گرفتن امکان استفاده از بالگرد در طول روز استقرار می یابد.
- ۷-** پایگاه امداد دریایی - ساحلی: امداد ساحلی و دریایی به دو روش امداد دریایی و امداد ساحلی انجام می شود.
- ۱ - ۷-** امداد دریایی: پایگاههایی که بیماران و مصدومین جزایر جنوب کشور را به مراکز درمانی انتقال می دهد.
- ۲ - ۷-** امداد ساحلی: در خط ساحلی استان های شمالی کشور در نقاط طرح سالم سازی دریا به صورت فصلی و با استفاده از نیروی انسانی موجود در طرح یادشده، استقرار می یابد.
- ۸-** پایگاه امداد ریلی: پایگاه ریلی در مسیر راه آهن سراسر کشور که دسترسی جاده ای به آن امکان پذیر نمی باشد و با در نظر گرفتن شرایط استقرار پایگاه جاده ای استقرار می یابد.
- ماده ۲-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است اجرای طرح پوشش فراگیر نظام فوریتهای پزشکی پیش بیمارستانی را به گونه ای راهبری و ساماندهی نماید که تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - زمان رسیدن بر بالین بیمار در شهرها در هشتاد درصد (۸۰٪) موارد کمتر از ۸ دقیقه و در جاده ها در هشتاد درصد (۸۰٪) موارد کمتر از ۱۵ دقیقه باشد.

ماده ۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است دستورالعمل‌های لازم مربوط به چگونگی ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی را حداکثر تا سه ماه پس از تصویب آیین نامه تهیه و ابلاغ نماید.

ماده ۴- در اجرای ماده (۸۸) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت - مصوب ۱۳۸۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در راه‌اندازی پایگاه‌های شهری و جاده‌ای، استفاده از خدمات بخش غیر دولتی را در اولویت قرار دهد، به نحوی که حداقل پنجاه درصد (۵۰٪) پایگاه‌ها تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - از طریق واگذاری به بخش غیردولتی اداره گردد.

تبصره: با توجه به حساسیت مرکز ارتباطات (Dispatch) و مرکز پیام، واگذاری فعالیت‌های واحد یاد شده به بخش خصوصی ممنوع می‌باشد.

ماده ۵ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در مناطقی که پایگاه امداد و نجات هلال احمر جمهوری اسلامی ایران حائز شرایط مربوط باشند در چارچوب عقد قرارداد براساس طرح پوشش فراگیر کشور، در پایگاه‌های موجود نسبت به ارائه خدمات اقدام نماید

ماده ۶- ارائه خدمات اورژانس پیش بیمارستانی به صورت رایگان خواهد بود.

ماده ۷ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به تهیه طرح تفصیلی پوشش فراگیر فوریت‌های پزشکی کشور براساس این آیین‌نامه اقدام و ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این آیین‌نامه به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و سایر مراجع مربوط ابلاغ نماید.

ماده ۸ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با استقرار پایگاه‌های اورژانس در مراکز بهداشتی درمانی روستایی که با پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی حداقل ۴۰ کیلومتر فاصله دارند و در مسیر راه‌های اصلی کشور قرار ندارند، به روستاییان و عشایر کل کشور خدمات فوریت‌های پزشکی ارائه نماید. ضوابط و شرایط امداد روستایی، عشایری طی دستورالعملی، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هماهنگی معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور اعلام خواهد شد.

ماده ۹ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با توجه به تغییر در تقسیمات کشوری و احداث جاده‌های اصلی جدید هر سال نسبت به بازنگری در طرح پوشش فراگیر نظام فوریت‌های پزشکی در چارچوب موارد یادشده اقدام نماید این تغییرات پس از تأیید معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور با رعایت قوانین و مقررات مربوط قابل اجرا می‌باشد.

ماده ۱۰ - در راستای امداد رسانی فوریت‌های پزشکی به مصدومان ناشی از حوادث اعم از شهری، جاده‌ای و غیرمترقبه، وزارتخانه‌های کشور، راه و ترابری، ارتباطات و فناوری اطلاعات، نیرو، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و همچنین نیروهای

نظامی (پس از اخذ مجوز کلی فرماندهی کل قوا) و غیرنظامی و سایر سازمان های دولتی و غیردولتی و مؤسسات تابعه، مکلف به همکاری لازم با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

تبصره - مصادیق و نحوه همکاری دستگاه های یادشده در قالب تفاهم نامه بین وزارت بهداشت و هریک از دستگاه ها، تعیین خواهد شد.

ماده ۱۱ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است جهت ارتقاء سطح علمی و مهارت های پرسنل فوریت های پزشکی، دوره های آموزشی لازم را از طریق دانشکده ها و دانشگاه علوم پزشکی در دستور کار خود قرار دهد.

تبصره - وزارت بهداشت برای اعتلای سطح آگاهی های مردم در مورد فوریت های پزشکی برنامه های آموزشی عمومی را از طریق صدا و سیما و یا سایر دستگاه های مربوط و یا رسانه های جمعی دیگر ارایه خواهد نمود.

ماده ۱۲ - پایگاه ها و مراکز ارایه دهنده خدمات فوریت های پیش بیمارستانی مکلفند از آمبولانس صرفاً جهت انتقال بیماران و مصدومین به مراکز درمانی استفاده نمایند.

ماده ۱۳ - استانداردها و ضوابط مربوط به تعداد افراد شاغل در مراکز ارتباطات، پیام، پایگاه های شهری، جاده ای، ریلی، هوایی، دریایی، ساحلی و موتوری طی دستورالعملی، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هماهنگی معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور اعلام خواهد شد، تا زمان اعلام دستورالعمل مذکور استانداردها و ضوابط مندرج در آیین نامه اجرایی بند (الف) ماده (۱۹۳) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۷۹ - قابل اجرا می باشد.

ماده ۱۴ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به منظور تکمیل طرح پوشش فراگیر فوریت های پزشکی کشور نسبت به ارایه طرح ساماندهی اورژانس بیمارستانی متناسب با طرح ساماندهی اورژانس پیش بیمارستانی کشور به مراجع ذی ربط در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - اقدام لازم بعمل آورد.

ماده ۱۵ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است:

الف - به منظور انتقال مصدومین نیازمند به خدمات فوریت های پزشکی در شرایط بحرانی و همچنین انتقال بیماران و مصدومین از مراکز با امکانات محدود به مراکز تخصصی پزشکی پنج درصد (۵٪) کلیه آمبولانس ها اعم از آمبولانس های فعال و آمبولانس های پشتیبانی اورژانس ۱۱۵ دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی را به عنوان واحد مراقبت های ویژه سیار یا (MICU) اختصاص دهد.

تبصره - آمبولانس مورد استفاده واحد مراقبت های ویژه بایستی دارای شرایط آمبولانس تیپ (C) و یا تیپ (B) با تجهیزات آمبولانس تیپ (C) براساس کتابچه استاندارد خودروی ملی شماره (۴۳۷۴) و مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران باشد.

ب - با توجه به وجود مناطق کوهستانی، سردسیر و صعب العبور در کشور، ده درصد (۱۰٪) کل آمبولانس های پیش‌بینی شده تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - را از نوع کمک دار (WD4) اختصاص دهد.

ج - به منظور ارایه خدمات فوریت های پزشکی در حوادث دسته جمعی و حوادث غیرمترقبه و لزوم انتقال سریعتر بیماران، به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت یک اتوبوس آمبولانس اختصاص دهد.

ماده ۱۶- سازمان های راهداری و حمل و نقل جاده ای، بنادر و کشتیرانی و شرکت راه آهن جمهوری اسلامی ایران در تأمین مکان فیزیکی مناسب جهت استقرار پایگاههای اورژانس جاده ای، دریایی و ریلی، همکاری لازم را به عمل خواهند آورد.

ماده ۱۷- وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات مکلف است:

الف - کلیه جاده های اصلی و کلیه نقاط حادثه خیز جاده ای را تا پایان برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - و کلیه جاده های فرعی را تا پایان برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران زیر پوشش تلفن همراه قرار دهد.

ب - ارتباطات رادیویی اورژانس کشور را تأمین نماید.

ج - زیرساخت های ارتباطی اورژانس کشور را تأمین نماید.

ماده ۱۸- وزارت کشور، شهرداری ها و نیروی انتظامی با هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری لازم جهت تأمین فضای فیزیکی مناسب و امکانات زیستی را جهت استقرار پایگاه اورژانس شهری و جاده ای فراهم آورند.

تبصره - پایگاههای شهری، جاده ای و روستایی حتی الامکان در بیمارستان ها، مراکز بهداشتی درمانی و همچنین مراکز آتش نشانی، کلانتری ها و مراکز راهنمایی و رانندگی راه اندازی شوند.

ماده ۱۹- به منظور ارایه خدمات اورژانس از طریق بالگرد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مکلف است با هماهنگی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح نسبت به تنظیم توافق نامه جهت استفاده از امکانات آن نیروها در شرایط عادی و بحران اقدام نماید.

ماده ۲۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است:

کلیه برنامه های مندرج در طرح پوشش فراگیر کشور را همه ساله براساس شاخص های ذیل و در راستای اهداف کمی برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۳ - پایش نموده و نتایج آن را به مراجع مربوط نظارتی ارایه نماید.

الف - درصد پوشش خدمات پیش بیمارستانی در حوادث ترافیکی

ب - درصد افزایش مأموریت های اورژانس

پ - میانگین زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیمار

ت - درصد راه اندازی پایگاه براساس تقسیم بندی سنواتی در قالب پوشش فراگیر

ث - درصد رضایت مندی خدمات گیرندگان

ج - میزان ارتقاء آموزشی حین خدمت و بدو خدمت پرسنل

ماده ۲۱- به منظور افزایش بهره وری و تسریع در ارائه خدمات فوریت های پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف مدت شش ماه پس از ابلاغ این آیین نامه ساختار ارائه خدمات موجود را بازبینی نموده و پیشنهاد ساختار یکپارچه فوریت های پزشکی را به هیئت وزیران ارائه دهد.

ماده ۲۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با هماهنگی معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور ظرف مدت شش ماه طرح چگونگی استفاده از صنعت بیمه در ارائه خدمات فوریت های پزشکی را جهت تصویب، به هیئت وزیران ارائه نماید.

ماده ۲۳- اعتبارات مورد نیاز برای اجرای این تصویب نامه توسط معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور همه ساله در بودجه سنواتی پیشنهاد خواهد شد.

پرویز داودی معاون اول رئیس جمهور

اساسنامه سازمان فوریت های پیش بیمارستانی اورژانس کشور

اساسنامه سازمان فوریت های پیش بیمارستانی اورژانس کشور (مصوبه شماره ۱۵۰۹۱۴/ت/۵۵۴۵۹۴ - مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۲۸ هیئت وزیران)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیئت وزیران در جلسه ۱۳۹۶/۱۱/۴ به پیشنهاد مشترک سازمان های برنامه و بودجه کشور، اداری و استخدامی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد بند (ب) ماده (۷۲) قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۹۵ - اساسنامه سازمان فوریت های پیش بیمارستانی اورژانس کشور را به شرح زیر تصویب کرد.

ماده ۱- سازمان فوریت های پیش بیمارستانی اورژانس کشور که در این اساسنامه به اختصار سازمان نامیده می شود، به صورت مؤسسه دولتی دارای شخصیت حقوقی مستقل و استقلال مالی و اداری، وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل و بر اساس مقررات این اساسنامه و سایر قوانین و مقررات مربوط اداره می شود.

ماده ۲- حوزه فعالیت سازمان در سراسر کشور و مرکز اصلی آن در تهران است و واحدهای استانی و شهرستانی فوریت های پیش بیمارستانی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زیر نظر سازمان مذکور ارائه خدمت می نماید.

ماده ۳- وظایف و مأموریت‌های این سازمان به شرح زیر می‌باشد:

- ۱- ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی اورژانس در سوانح عمدی و غیرعمدی، حوادث غیرمترقبه، بروز بیماری‌های نوپدید و جدید و بلایای طبیعی و انسان ساخت برای آحاد مردم در سطح کشور با هر ملیت و تابعیت در قالب نظام شبکه فوریت‌های قبل از رسیدن بیمار یا مصدوم یا حادثه‌دیده به بیمارستان.
- ۲- تعیین خط‌مشی‌ها و برنامه‌های خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی در سطح کشور بر اساس نظام سطح‌بندی خدمات، آمایش سرزمین و استانداردهای مصوب، برای تثبیت وضعیت و رفع مخاطرات از بیماران و مصدومین و نظارت بر حسن اجرای آنها.
- ۳- برنامه‌ریزی توسعه کمی و کیفی پایگاه‌های اورژانس پیش‌بیمارستانی شهری، جاده‌ای، ریلی، هوایی، دریایی، نو ترکیبی و نوین.
- ۴- تعیین استانداردها و دستورالعمل‌های مرتبط با اورژانس پیش‌بیمارستانی به منظور یکپارچگی مدیریت کشوری اورژانس پیش‌بیمارستانی و نظارت بر حسن اجرای آنها.
- ۵- طراحی، اجرا، پایش، پشتیبانی، نظارت و ارتقای شبکه ارتباطات رادیویی و بی‌سیم اورژانس پیش‌بیمارستانی کشور با رعایت ضوابط و مقررات سازمان تنظیم مقررات و ارتباطات رادیویی کشور.
- ۶- فرماندهی، هدایت و اطلاع‌رسانی درمانی (mcmc) و عملیات حوادث و بلایا (eoc) اولویت‌بندی بیماران برای بهره‌مندی از درمان (تریاز) و درمان اضطراری بیمار یا مصدوم در محل حادثه و انتقال وی به اولین و مناسب‌ترین مرکز بهداشتی و درمانی.
- ۷- صدور، تمدید و تعلیق یا لغو مجوز تأسیس مراکز ارائه‌دهنده خدمات آمبولانس و فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس زمینی، هوایی و دریایی در سطح کشور برای کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی.
- ۸- ایجاد ارتباط و تبادل اطلاعات، تجربیات و دستاوردها و همکاری با سازمان‌های ملی و بین‌المللی در راستای کارایی و اثربخشی فرایندها و فعالیت‌های ارائه خدمات در حوزه فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی.
- ۹- طراحی نظام یکپارچه فناوری اطلاعات فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس در کشور و جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل و انتشار داده‌ها و اطلاعات.
- ۱۰- ایجاد ارتباط و هماهنگی با سازمان‌های همکار و پشتیبان در شرایط عادی و بحران برای ارائه خدمات اورژانس پیش‌بیمارستانی.
- ۱۱- توسعه و ارتقای دانش علمی و حرفه‌ای کارکنان از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی- مهارتی کوتاه‌مدت با استفاده از ظرفیت‌های موجود.
- ۱۲- تدوین و راهبری برنامه‌ها برای ارتقای سطح آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تعامل، همکاری و همیاری با اورژانس کشور و برنامه‌ریزی برای استفاده از نیروهای داوطلب حرفه‌ای.

۱۳- جلب مشارکت دستگاه‌های اجرایی، مؤسسات، نهادها، سازمان‌های غیردولتی و مراکز علمی، آموزشی و فرهنگی کشور و صدا و سیما و نشریات و جراید در جهت توسعه خدمات فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس و ارتقای سطح فرهنگ جامعه در این رابطه.

ماده ۴- رئیس سازمان به عنوان بالاترین مقام اجرایی و اداری سازمان با حکم وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منصوب می‌شود و علاوه بر انجام امور مقرر در این اساسنامه، اختیارات و وظایف زیر را برعهده دارد:

۱- تهیه و تنظیم بودجه سالانه سازمان و پیشنهاد آن به مراجع قانونی مربوط.

۲- تهیه و تنظیم ساختار و تشکیلات سازمان و مراکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس استان تهران و سایر استان‌ها و پیشنهاد آن به مراجع قانونی مربوط.

۳- نصب و عزل مدیران و معاونین ستادی سازمان.

۴- تهیه و تنظیم گزارش عملکرد سالانه سازمان مطابق مقررات مربوط.

۵- تهیه و تنظیم خط‌مشی‌ها و برنامه‌های اجرایی سازمان.

۶- تهیه و ابلاغ استانداردها و دستورالعمل‌ها بر اساس قوانین و مقررات مربوط و احکام این اساسنامه.

۷- نمایندگی سازمان در کلیه مراجع قانونی و قضایی با حق توکیل به غیر با رعایت قوانین و مقررات مربوط.

۸- سایر وظایفی که طبق قوانین و مقررات مربوط به عهده رئیس سازمان قرار می‌گیرد.

تبصره ۱- کلیه اسناد، اوراق بهادار، چک‌ها و اسناد بانکی و قراردادهای امضای رئیس سازمان و یا هر یک از مدیران معاونین سازمان به انتخاب رئیس و ذی‌حساب سازمان معتبر خواهد بود.

تبصره ۲- رئیس سازمان می‌تواند برخی از اختیارات و وظایف خود را با حفظ مسئولیت به هر یک از معاونان و مدیران سازمان تفویض نماید.

ماده ۵- تشکیلات سازمان از محل پست‌های سازمانی موجود تهیه و با تأیید سازمان اداری و استخدامی کشور با استفاده از نیروهای انسانی موجود اجرا می‌شود.

ماده ۶- رئیس مرکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس تهران از سوی رئیس سازمان منصوب می‌گردد.

ماده ۷- رئیس مرکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مستقر در تهران و استان‌ها با معرفی رئیس دانشگاه مربوط و تأیید رئیس سازمان و ابلاغ رئیس دانشگاه منصوب می‌گردد.

ماده ۸- مدیر اورژانس پیش‌بیمارستانی شبکه بهداشتی- درمانی شهرستان با پیشنهاد رئیس شبکه و تأیید رئیس مرکز فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و با ابلاغ رئیس شبکه منصوب می‌گردد.

ماده ۹- منابع مالی سازمان به شرح زیر می باشد:

۱- اعتبارات مصوب مربوط به اورژانس در قوانین بودجه سالانه کل کشور

۲- کمک ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی داخلی و خارجی با رعایت قوانین و مقررات مربوط

۳- موقوفات، نذورات و وجوهات شرعی.

این اساسنامه به موجب نامه شماره ۹۶/۱۰۲/۴۲۴۸ مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۱۹ شورای نگهبان به تأیید شورای یادشده رسیده است.

اسحاق جهانگیری - معاون اول رئیس جمهور

آیین نامه مدیریت ایمنی حمل و نقل و سوانح رانندگی

(مصوب ۱۳۸۸/۰۶/۰۴ هیات وزیران با آخرین اصلاحات ۱۳۹۷/۵/۱۴)

وزیران عضو کارگروه توسعه حمل و نقل عمومی و مدیریت مصرف سوخت به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و با رعایت تصویب نامه شماره ۱۳۱۴۰۱/ت/۴۱۰۴۸ - مورخ ۱۳۸۷/۷/۳۰ آیین نامه مدیریت ایمنی حمل و نقل و سوانح رانندگی را به شرح زیر تصویب نمودند:

ماده ۱- اصطلاحات و واژه های زیر در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

۱- قانون: قانون توسعه حمل و نقل عمومی و مدیریت سوخت - مصوب ۱۳۸۶.

۲- ستاد: ستاد مدیریت حمل و نقل و سوخت.

۳- کمیسیون: کمیسیون ایمنی راههای وزارت راه و ترابری.

۴ - دستگاه های مؤثر: دستگاه های عضو کمیسیون ایمنی راه ها و سایر دستگاه های مؤثر در کاهش حوادث و تلفات حمل و نقل شامل نیروی انتظامی، وزارت راه و ترابری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت صنایع و معادن، وزارت آموزش و پرورش، وزارت کشور، وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات، وزارت امور اقتصادی و دارایی (بیمه مرکزی ایران)، سازمان صدا و سیما، سازمان پزشکی قانونی کشور و سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران.

۵ - اورژانس: مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور.

۶ - حومه شهر: بر اساس قانون تعاریف محدوده و حریم شهر، روستا و شهرک و نحوه تعیین آنها - مصوب ۱۳۸۴ - حریم شهر عبارت است از قسمتی از اراضی بدون فاصله پیرامون محدوده شهر که نظارت و کنترل شهرداری در آن ضرورت دارد

و از مرز تقسیمات کشوری شهرستان و بخش مربوط تجاوز نکند. همچنین منظور از کلمه حومه شهر همان حریم شهرها و مبادی ورودی آن است.

۷- حوزه های جغرافیایی: مناطقی که در رتبه‌بندی از بالاترین نسبت (وزن) حادثه‌خیزی برخوردارند و به عنوان اولویت اول عملیاتی آیین‌نامه توسط کمیسیون تعیین می‌گردد.

۸ - تصادفات رانندگی: انواع وقایع منجر به جرح، فوت، خسارت و یا ترکیبی از آنها که در نتیجه برخورد یک یا چند وسیله نقلیه با یکدیگر و یا انسان، حیوان و شیء به وجود می‌آید.

۹- سوانح رانندگی: وقایعی علاوه بر تصادفات رانندگی که وسیله نقلیه یا سرنشینان آن به دلایلی غیر از تعریف ذکر شده برای تصادف، متحمل خسارت های جانی و مالی شوند از قبیل سقوط، واژگونی، ریزش بهمن، ریزش کوه، رانش زمین و وقوع سیل.

۱۰- ناوگان حمل و نقل عمومی: تمامی وسایل نقلیه موتوری که فعالیت آنها حمل و نقل عمومی بار و مسافر را شامل می‌شود. شامل انواع کامیون، اتوبوس، مینی‌بوس، سواری کرایه و مانند آنها.

ارتقای ایمنی و بهسازی راه ها

ماده ۴- در راستای تحقق اهداف جدول شماره (۱) قانون توسعه حمل و نقل عمومی و مدیریت مصرف سوخت و ماده (۱۱) آیین‌نامه اجرایی قانون یادشده، مدیریت فوریت های پزشکی در حوادث رانندگی (درون شهری و برون شهری) به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

تبصره ۱- با توجه به اینکه فرماندهی صحنه تصادف بر عهده پلیس راهنمایی و رانندگی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران می‌باشد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است مدیریت فوریت های پزشکی را ضمن هماهنگی با پلیس انجام دهد.

تبصره ۲- برای ارائه خدمات فوریت های پزشکی به مصدومان، وزارتخانه های کشور، راه و ترابری، ارتباطات و فناوری اطلاعات، نیرو، رفاه و تأمین اجتماعی، دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و همچنین نیروهای نظامی، انتظامی و غیرنظامی، سازمان صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران و سایر سازمان های دولتی و غیردولتی و مؤسسات تابعه، موظف به همکاری لازم با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشند.

ماده ۵ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است برای اجرای این آیین‌نامه ضمن حضور در تمامی حوادث رانندگی اطلاع رسانی شده، زمان رسیدن بر بالین مصدوم را در شهرها در هشتاد درصد (۸۰٪) موارد به کمتر از (۸) دقیقه و در جاده ها در هشتاد درصد (۸۰٪) موارد به کمتر از (۱۵) دقیقه برساند.

تبصره - به منظور افزایش بهره وری و تسریع در ارائه خدمات فوریت های پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ظرف سه ماه پس از ابلاغ این آیین نامه ساختار ارائه خدمات و مکان یابی پایگاه ها را به نحوی طراحی نماید تا ارائه خدمات استاندارد به مصدومین ناشی از حوادث ترافیکی در مدت زمان های تعیین شده امکان پذیر گردد.

ماده ۶- مهمترین وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مدیریت فوریت های پزشکی در چارچوب این آیین نامه به شرح زیر تعیین می شود.

۱- اصلاح و افزایش ظرفیت شبکه ارتباطی اورژانس کشور.

۲- به کارگیری نیروهای دارای صلاحیت علمی در مراکز و پایگاه های اورژانس.

۳- تجهیز و نوسازی ناوگان آمبولانس کشور با توجه به اقلیم هر استان و گسترش خدمات امداد هوایی.

۴- پایگاه ها و مراکز ارائه دهنده خدمات فوریت های پیش بیمارستانی موظفند از آمبولانس برای انتقال بیماران و مصدومین به مراکز درمانی استفاده نمایند و به کارگیری آمبولانس توسط این مراکز به منظور جابجایی مصدومان یا بیماران میان مراکز درمانی به جز در مواقع ضروری ممنوع است.

۵ - برگزاری دوره های آموزش عمومی، با هدف ارتقای سطح آگاهی مردم در خصوص امداد رسانی و آشنایی با کمک های اولیه برای رسیدگی به مصدومان تصادفات.

۶ - پایش مستمر حوادث ترافیکی و ارائه خدمات به مصدومان و هماهنگی های درون و فرابخشی برای رفع مشکلات احتمالی.

۷- برنامه ریزی در راستای هماهنگی و ارتباط مستمر با مراکز مسؤول پایش حوادث جاده ای و همچنین سهولت ارتباط مددجویان با مراکز ارتباطات و پیام.

۸ - تجهیز پایگاه ها و تبیین فرآیندهای خدمات فوریت های پزشکی در سطح پایگاه های جاده ای و شهری برای افزایش توانمندی پایگاه ها در خصوص ارائه خدمات به حادثه دیدگان براساس استانداردهای جهانی به صورت زمینی و هوایی.

۹- برنامه ریزی برای ایجاد سامانه تروما در راستای دستیابی به ساعت طلایی.

تبصره - ساعت طلایی به معنای رسیدن مصدوم از لحظه وقوع حادثه تا اولین مرکز تروما ظرف یک ساعت در جاده های کشور می باشد.

۱۰- راه اندازی بانک اطلاعاتی خدمات فوریت های پزشکی در حوادث رانندگی.

۱۱- ارزیابی صحنه قبل از ورود به صحنه از طریق کارشناسان مرکز ارتباطات و بعد از ورود به صحنه از طریق تکنسین اورژانس.

۱۲- کنترل صحنه و شناسایی سایر نیروهای امدادی حاضر در صحنه با هدف همکاری و تعامل با آنان برای مدیریت مؤثر خدمات فوریت های پزشکی.

۱۳- بررسی صحنه از نظر نیاز به تشکیل ناحیه های داغ، گرم، سرد و تشکیل نقطه جمع آوری مصدومین در حوادث پرتلفات و انجام تریاژ (start) و کمک های اولیه و در نهایت انتقال مجروحین.

۱۴- فراخوان نیروهای تخصصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوادث ویژه مربوط به مواد غیرمتعارف (رادیواکتیو، بیولوژیک و شیمیایی) به صحنه حادثه.

۱۵- حمل مناسب اجساد متوفیان ناشی از تصادفات رانندگی در خارج از حریم شهرها با استفاده از پوشش مناسب حمل جسد.

تبصره - در صورت بروز حادثه شدید با تعداد مجروحین بالا بر اساس درخواست اورژانس، سایر تیم های عملیاتی و اجرایی رسیدگی به حوادث در حوزه امداد رسانی و خدمات پزشکی موظف به همکاری با اورژانس می باشند.

ماده ۷ - سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر موظف است اقدامات ذیل را انجام دهد:

۱- مدیریت بهینه امکانات و تجهیزات و مکان یابی پایگاه های ثابت و سیار هلال احمر و نحوه استقرار آنها در تقاطع پرتصادف حوزه های جغرافیایی (با در نظر گرفتن تجهیزات تخصصی و مخابراتی لازم برای ارتباط صدا و دیتا با فرماندهی صحنه تصادف).

۲- استقرار نیروهای هلال احمر در پاسگاه ها و اتاقک های پلیس با هماهنگی پلیس راهور ناجا.

۳- انجام عملیات جستجو و نجات مصدومین و مجروحین گرفتار شده در حوادث رانندگی و ارائه طرح عملیاتی و همچنین اسکان اضطراری سانحه دیدگان.

ماده ۸ - وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات موظف است اقدامات ذیل را انجام دهد:

۱- نصب تجهیزات مخابراتی لازم به منظور پوشش کامل شبکه، از طریق شناسایی نقاط کور شبکه مخابراتی (GS.M) در تمامی راه های برون شهری و درون شهری بویژه حوزه های جغرافیایی و درحوزه (۳۰) کیلومتری شهرها در سطح استان ها.

۲- تأمین بسترهای مخابراتی مورد نیاز برای ایجاد و راه اندازی فرماندهی صحنه تصادف و همکاری و اقدام لازم در رابطه با ایجاد فرکانس مشترک ارتباطی بین پلیس راه، سازمان راهداری و حمل و نقل جاده ای، اورژانس و سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر.

۳- تأمین بستر مخابراتی مورد نیاز به منظور راه اندازی سیستم جامع تصادفات برای پاسگاه های پلیس راه و تأمین دسترسی برای دستگاه های مؤثر با همکاری نیروی انتظامی (فاوا ناجا).

۴- تأمین بسترهای مخابراتی مورد نیاز به منظور اطلاع رسانی از وقوع حوادث ترافیکی توسط رانندگان واجد شرایط ناوگان حمل و نقل عمومی به مراکز پلیس، اورژانس، راهداری و هلال احمر.

ماده ۹- وزارت امور اقتصادی و دارایی (بیمه مرکزی ایران) موظف است ظرف شش ماه نسبت به اصلاح و بازنگری مقررات بیمه‌ای موجود برای افزایش اثر بازدارندگی آنها از وقوع تخلفات و تشویق به رعایت قوانین ترافیکی، مبتنی بر اطلاعات ثبت شده و سوابق تخلفات و تصادفات رانندگان (بویژه ناوگان حمل‌ونقل عمومی و موتورسیکلت) اقدام نماید.

تبصره - وزارت امور اقتصادی و دارایی (بیمه مرکزی ایران) موظف است ضمن اجرای دقیق مفاد دستورالعمل اجرایی نحوه مشارکت صنعت بیمه در کاهش آسیب‌های سوانح رانندگی (موضوع ماده ۵ قانون)، ظرف مدت دو ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه، مقررات مربوط به پرداخت خسارات حوادث رانندگی را به نحوی اصلاح نماید که شرکت‌های بیمه‌گر ملزم به پرداخت خسارات وارده به وسایل نقلیه در اثر انجام عملیات نجات و رهاسازی که به تأیید پلیس راهنمایی و رانندگی رسیده است، شوند.

هماهنگی‌ها و اقدامات مدیریتی

ماده ۱۵- فرماندهی صحنه تصادف بر عهده پلیس راهنمایی و رانندگی ناجا می‌باشد. تمامی تیم‌های عملیاتی دستگاه‌های مؤثر موظفند اقدامات خود را ضمن هماهنگی با پلیس انجام دهند.

ماده ۱۶- تیم‌های عملیاتی و اجرایی رسیدگی به حوادث موظف به انجام اقدامات ذیل می‌باشند:

۱. اطلاع‌رسانی حوادث، مدیریت و کنترل ترافیک و فرماندهی و ایجاد امنیت در صحنه توسط نیروی انتظامی و پلیس راهنمایی و رانندگی ناجا.
۲. خدمات فوریت‌های پزشکی و حمل اجساد متوفیان حوادث رانندگی توسط تیم‌های اورژانس.
۳. جستجو و نجات شامل اطفای حریق، امداد، نجات و رهاسازی در شهرها و حومه آن توسط سازمان آتش‌نشانی و خدمات ایمنی.
۴. جستجو و نجات شامل اطفای حریق، امداد، نجات و رهاسازی در راه‌های برون شهری توسط تیم‌های عملیاتی و اجرایی سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر.
۵. پاکسازی، تخلیه صحنه حادثه و ساماندهی امداد خودروها در حوادث جاده‌ای برون شهری و تعمیر و مرمت زیرساخت‌ها و علایم راه توسط تیم‌های عملیاتی ادارات راه و ترابری.
۶. پاکسازی، تخلیه صحنه حادثه و ساماندهی امداد خودروها و تعمیر و مرمت زیرساخت‌ها و علایم راه در شهرها و حومه آن توسط تیم‌های عملیاتی شهرداری.

تبصره ۱: جزئیات وظایف و اقدامات هر یک از تیم‌های عملیاتی و اجرایی رسیدگی به حوادث در زمینه فعالیت‌های یادشده مطابق پیوست شماره ۲ این آیین‌نامه که به مهر پیوست تصویب نامه هیئت وزیران تأیید شده است می‌باشد.

تبصره ۲: دستورالعمل مدیریت صحنه تصادف به منظور هماهنگی میان دستگاه‌های مؤثر، ظرف یک ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه، توسط ستاد ابلاغ می‌شود.

تبصره ۳: وزارت راه و ترابری موظف است محل استقرار متصدیان سوانح (اعم از تیم‌های پلیس، اورژانس، راهداری، سازمان امداد و نجات جمعیت هلال احمر و سایر ارگان‌های ذی ربط رسیدگی به سوانح رانندگی) را به صورت مجتمع و یکپارچه در محل‌های مورد نیاز فراهم آورد. در این راستا نیروی انتظامی موظف است همکاری لازم را برای استقرار متصدیان و تیم‌های عملیاتی رسیدگی به حوادث را در پاسگاه‌ها و اتاقک‌های پلیس انجام دهد.

ماده ۱۷- دستگاه‌های مؤثر موظفند برنامه اجرایی خود و اهداف کمی حاصل از اجرای آن را در چارچوب تکالیف مشخص شده در این آیین‌نامه با به کارگیری همه منابع و امکانات موجود ظرف سه ماه به ستاد ارایه نمایند.

تبصره: دستگاه‌های مؤثر موظفند هر سه ماه یک بار گزارش اقدامات و عملکرد خود را به دبیرخانه کمیسیون و ستاد ارائه نمایند.

ماده ۱۸- در راستای تحقق مدیریت واحد حمل و نقل، وزارت خانه‌های راه و ترابری و کشور وظیفه سیاست‌گذاری کلان، برنامه‌ریزی و نظارت عالی مدیریت ایمنی راه‌ها و سوانح ترافیکی را به ترتیب در شبکه حمل و نقل برون شهری و شهرها و حومه آن بر عهده دارند.

محمود احمدی نژاد - رئیس جمهور

فصل پنجم

قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در جلسه علنی روز سه‌شنبه مورخ بیست‌وپنجم فروردین‌ماه یک هزار و سیصد و هشتادوسه مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۶/۸/۱۳۸۳ با اصلاحاتی به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسیده و طی نامه شماره 95400 مورخ ۱۷/۹/۱۳۸۳ مجلس شورای اسلامی واصل گردیده است، به پیوست جهت اجرا ابلاغ می‌گردد.

سید محمد خاتمی - رئیس‌جمهور 1383/۹/24

فصل اول / تعریف، اهداف

ماده 1- سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در این قانون «سازمان» نامیده می‌شود، سازمانی است مستقل دارای شخصیت حقوقی که به منظور تحقق بخشیدن به اهداف و انجام وظایف مقرر در این قانون تشکیل می‌گردد.

ماده 2- اهداف سازمان عبارت‌اند از:

الف- تلاش در جهت تحقق بخشیدن به ارزش‌های عالی اسلامی در کلیه امور پزشکی.

ب- تلاش در جهت پیشبرد و اصلاح امور پزشکی.

ج- مشارکت در جهت ارتقای سطح دانش پزشکی.

د- حفظ و حمایت از حقوق بیماران.

ه- حفظ و حمایت از حقوق صنفی شاغلین حرف پزشکی.

و- تنظیم روابط شاغلین حرف پزشکی با دستگاه‌های ذی‌ربط در جهت حسن اجرای موازین و مقررات و قوانین مربوط به امور پزشکی.

فصل دوم / وظایف و اختیارات

ماده 3- وظایف و اختیارات سازمان با توجه به اهداف فوق به شرح زیر می‌باشد:

الف- اظهارنظر مشورتی در تهیه و تدوین لوایح، طرح‌ها، تصویب‌نامه‌ها و آئین‌نامه‌های مرتبط با امور پزشکی.

ب- تنظیم دستورالعمل‌های تبلیغاتی و آگهی‌های دارویی و مواد خوراکی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی و امور پزشکی و اعلام به مراجع ذی‌ربط.

تبصره- سازمان نظام پزشکی موظف است حداکثر ظرف مدت پانزده روز از تاریخ وصول استعلام، نظر خود را به مراجع ذی‌ربط اعلام نماید.

ج- تدوین و تصویب مقررات و ضوابط خاص صنفی مربوط به استاندارد کردن تابلوها و سرنسخته‌های مؤسسات پزشکی و پزشکان شاغل حرف پزشکی و وابسته پزشکی.

د- اجرای برنامه‌های آموزش مداوم اعضای موضوع این قانون در راستای قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی با مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

ه- صادر نمودن کارت عضویت برای اعضای سازمان موضوع این قانون.

و- رسیدگی انتظامی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی که عنوان جرائم عمومی را نداشته باشند.

ز- اظهارنظر کارشناسی در مورد جرائم پزشکی به‌عنوان مرجع رسمی به دادگاه‌ها و دادرها.

ح- همکاری با مراجع ذی‌صلاح در جهت رسیدگی به تخلفات غیرصنفی و جرائم شاغلین به حرف پزشکی و وابسته به پزشکی و اظهارنظرهای کارشناسی مشورتی در این رابطه با مراجع ذی‌ربط.

ط- همکاری با مراجع ذی‌صلاح در جهت حفظ احترام و شئون پزشکی در جامعه

ی- همکاری با مراجع ذی‌ربط در جهت گسترش فعالیت‌های علمی و تحقیقاتی و انتشارات پزشکی.

ک- اظهارنظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیردولتی بر اساس ضوابط بند (8) ماده (1) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳/۸/۱۳۷۳ و همکاری با مراجع ذی‌صلاح در اجرای آن.

تبصره- درصد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر در قبال تعرفه‌های فوق توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی همه‌ساله تعیین خواهد شد.

ل- اظهارنظر و مشارکت فعال در تعیین و یا تجدیدنظر در میزان مالیات و عوارض مشاغل مؤسسات و شاغلان حرف پزشکی و همکاری با مراجع ذی‌صلاح در وصول آن.

م- مشارکت در تدوین آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های نظارتی در مورد مطب‌ها، مؤسسات درمانی و بهداشتی و دیگر مراکز پاراکلینیک در بخش خصوصی.

ن- صدور پروانه اشتغال مطب‌های پزشکی و حرف وابسته و تمدید آن‌ها و مشارکت در صدور پروانه مؤسسات پزشکی بر اساس مقررات و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

ق- عضویت در شوراهای گسترش و برنامه‌ریزی دانشگاه‌ها و مشارکت در تعیین ظرفیت دانشگاه‌های دولتی و غیردولتی.

ر- همکاری در تدوین آیین‌نامه‌های ارزشیابی و مشارکت در اجرای آن برای مراکز درمانی و بیمارستانی.

ش- کمک به رفع مشکلات رفاهی و مالی شاغلان حرف پزشکی کم‌درآمد و خسارت‌دیده از طریق صندوق تعاون و رفاه.

ت- همکاری با مراجع ذی‌ربط در ارائه خدمات امدادی، بهداشتی و درمانی به هنگام بروز حوادث و سوانح غیرمترقبه از طریق تشویق و بسیج اعضای سازمان.

س- مشارکت فعال در تدوین برنامه‌های آموزشی گروه پزشکی.

ع- همکاری و مشارکت در جهت اشتغال فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی.

ف- انجام کلیه مسئولیت‌ها، وظایف و اختیاراتی که تاکنون در قوانین مختلف از سوی مجلس شورای اسلامی به سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران محول گردیده است.

فصل سوم / شرایط عضویت

ماده 4- کلیه اتباع ایرانی پزشک، دندان‌پزشک، دکتر داروساز و متخصصین و دکترای علوم آزمایشگاهی (حرفه‌ای یا متخصص) تشخیص طبی و لیسانسیه‌های پروانه‌دار گروه پزشکی به‌استثنای گروه پرستاران می‌توانند عضو سازمان باشند.

تبصره 1- اعضای سازمان همه‌ساله مبلغی را به‌عنوان حق عضویت به سازمان پرداخت خواهند نمود. میزان و نحوه وصول حق عضویت اعضای مطابق دستورالعملی خواهد بود که توسط شورای عالی نظام پزشکی تهیه می‌گردد.

تبصره 2- برای پرداختن به حرفه پزشکی پس از اخذ پروانه اشتغال، عضویت در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران الزامی است.

فصل چهارم / ارکان

ماده 5- ارکان تابعه سازمان به شرح زیر می‌باشد:

الف- مجمع عمومی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در این قانون «مجمع» نامیده می‌شود.

ب- شورای عالی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در این قانون «شورای عالی» خوانده می‌شود و دبیرخانه آن در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در تهران است مستقر می‌باشد.

ج- رئیس کل

د- هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان‌ها و شورای هماهنگی استانی

تبصره- وظایف و اختیارات و ساختار تشکیلاتی شورای هماهنگی استانی به پیشنهاد رئیس کل به تصویب شورای عالی خواهد رسید.

ه- هیئت‌های انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین گروه پزشکی و حرف وابسته

و- بازرسان

ز- صندوق رفاه و تعاون

ماده 6- ترکیب مجمع سازمان به شرح زیر می‌باشد:

هیئت مدیره نظام پزشکی هر یک از شهرستان‌ها با توجه به تعداد شرکت کنندگان در انتخابات هیئت مدیره شهرستان مذکور، یک یا چند نفر از بین خود را به عنوان نماینده خود برای تشکیل مجمع عمومی به ترتیب زیر معرفی می‌نماید:

الف- تا پانصد نفر شرکت کننده در انتخابات، یک نفر

ب- از پانصد و یک تا هزار نفر شرکت کننده در انتخابات، دو نفر

ج- از هزار و یک تا هزار و پانصد نفر شرکت کننده در انتخابات، سه نفر

و به همین ترتیب تا حداکثر هشت نفر به عنوان نماینده حوزه مربوطه به عنوان عضو مجمع عمومی انتخاب می‌شوند.

ماده 7- وظایف مجمع عبارت‌اند از:

الف- استماع گزارش شورای عالی، رئیس کل و بازرسان و تصویب سیاست‌های کلان پیشنهادی شورای عالی.

ب- انتخاب اعضای اصلی و علی‌البدل شورای عالی برای دوره چهارساله و بازرسان به طور سالانه.

ج- مذاکره و اتخاذ تصمیم در سایر اموری که در دستور کار جلسه قرار دارد و طبق قوانین و آیین‌نامه‌های مربوطه و سایر ضوابط به عهده سازمان و در صلاحیت مجمع می‌باشد.

تبصره 1- اعضای مجمع به شرح مندرج در ماده (6) این قانون به مدت چهار سال انتخاب می‌شوند و آیین‌نامه داخلی مجمع به پیشنهاد شورای عالی به تصویب مجمع خواهد رسید.

تبصره 2- در اولین جلسه در مورد انتخاب رئیس و دو نفر نایب رئیس و یک نفر منشی مجمع بر اساس آیین نامه‌ای که با پیشنهاد شورای عالی به تصویب مجمع می‌رسد اتخاذ تصمیم می‌گردد.

ماده 8- اعضای شورای عالی عبارت‌اند از:

الف- بیست و پنج نفر از کادر پزشکی به ترتیب: سیزده نفر پزشک، سه نفر دندان پزشک، سه نفر دکترای داروساز، دو نفر دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی، دو نفر کارشناس مامایی، دو نفر از سایر لیسانس‌های پروانه‌دار گروه پزشکی

ب- دو نفر از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان به معرفی کمیسیون بهداشت و درمان و انتخاب مجلس شورای اسلامی (به عنوان ناظر) و یک نفر از کادر پزشکی به انتخاب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور.

تبصره 1- مجمع عمومی یک سال قبل از انتخابات نسبت به اضافه نمودن و ترکیب و تعداد اعضای شورای عالی (موضوع بند الف) این ماده) مطابق با پیشنهاد شورای عالی تصمیم‌گیری خواهد نمود.

تبصره 2- جلسات شورای عالی نظام پزشکی که حداقل هر سه ماه یکبار تشکیل می‌شود، با حضور دوسوم اعضای شورا رسمی است و تصمیمات متخذه با اکثریت آرا معتبر بوده و برای واحدهای ذی ربط لازم‌الاجرا است.

تبصره 3- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونین ایشان و نیز افرادی که از طرف وزیر تعیین می‌شوند می‌توانند در تمام جلسات شورای عالی و هیئت‌مدیره نظام پزشکی با حق اظهار نظر و بدون حق رأی شرکت نمایند.

تبصره 4- شورای عالی نظام پزشکی دارای یک رئیس، دو نایب رئیس و یک دبیر خواهد بود که از بین اعضای شورا با رأی اکثریت نسبی اعضای رسمی شورا برای مدت دو سال انتخاب می‌گردند.

تبصره 5- دبیر شورای عالی مسئول تشکیل جلسات و اداره دبیرخانه شورا خواهد بود. اداره جلسات شورا به عهده رئیس یا نایب رئیس شورا خواهد بود.

تبصره 6- کلیه اعضای انتخابی شورای عالی می‌بایست در انتخابات هیئت‌مدیره شهرستان‌ها شرکت و انتخاب شده باشند.

ماده 9- رئیس کل سازمان بالاترین مقام اجرایی، اداری و مالی و نماینده قانونی سازمان در کلیه مراجع با حق توکیل به غیر و یا نماینده وی می‌باشد و در حدود مصوبات مجمع عمومی و شورای عالی و مقررات و ضوابط مربوط دارای اختیار کامل است که از طرف مجمع عمومی از بین منتخبین هیئت‌مدیره سراسر کشور برای مدت چهار سال انتخاب و به رئیس‌جمهور جهت صدور حکم معرفی می‌شود.

تبصره 1- مجمع عمومی می‌تواند انتخاب و معرفی رئیس کل را به شورای عالی منتخب خود واگذار نماید.

تبصره 2- شورای عالی حق استیضاح رئیس کل را دارد و در صورتی که دوسوم اعضای شورای عالی رأی عدم اعتماد به رئیس کل بدهند وی عزل می گردد و مجمع عمومی فوق العاده جهت انتخاب رئیس کل تشکیل می شود. در این فاصله رئیس شورای عالی سرپرستی سازمان را عهده دار خواهد بود.

ماده 10- در هر شهرستان که تعداد مشمولان ماده (4) این قانون در آن حداقل یکصد نفر باشد نظام پزشکی شهرستان تشکیل خواهد شد.

تبصره- کلیه شهرستان هایی که در دوره قبل هیئت مدیره داشتند حتی اگر تعداد اعضای آنها کمتر از یکصد نفر باشد از این ماده مستثنا هستند.

ماده 11- هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان تا پانصد نفر پزشک، مرکب از یازده نفر به شرح زیر می باشد:

الف- شش نفر از پزشکان به انتخاب پزشکان شهرستان.

ب- یک نفر دندان پزشک به انتخاب دندان پزشکان شهرستان.

ج- یک نفر دکتر داروساز به انتخاب دکترهای داروساز شهرستان.

د- یک نفر دکتر علوم آزمایشگاهی به انتخاب دکترهای علوم آزمایشگاهی شهرستان.

ه- یک نفر لیسانسیه مامایی یا بالاتر به انتخاب گروه مامایی شهرستان.

و- یک نفر لیسانسیه پروانه دار گروه پزشکی یا بالاتر به استثنای گروه پرستاران به انتخاب گروه لیسانسیه دار یا بالاتر پروانه دار گروه پزشکی شهرستان.

تبصره- مادامی که انتخاب افراد موضوع بندهای (ب)، (ج)، (د)، (ه) و (و) ماده فوق صورت نپذیرد، به جای هر کدام آنها یک پزشک انتخاب خواهد شد.

ماده 12- هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان هایی که بیش از پانصد نفر عضو داشته باشد مرکب از هفده نفر به شرح ذیل می باشد:

الف- ده نفر پزشک به انتخاب پزشکان شهرستان های مربوطه.

ب- دو نفر دندان پزشک به انتخاب دندان پزشکان شهرستان های مربوطه.

ج- دو نفر داروساز به انتخاب دکترهای داروساز شهرستان های مربوطه.

د- یک نفر از متخصصین یا دکترهای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی به انتخاب دکترهای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی شهرستان های مربوطه.

ه- یک نفر لیسانسیه مامایی یا بالاتر به انتخاب ماماهاى شهرستان مربوطه.

و- یک نفر لیسانسیه پروانه دار گروه پزشکی یا بالاتر به انتخاب فارغ التحصیلان کارشناسی و بالاتر.

تبصره 1- نظام پزشکی شهرستان مرکز استان یا یکی از شهرهای نزدیک با تصویب شورای عالی عهده دار وظایف نظام پزشکی شهرستان های تابعه استان که در آن نظام پزشکی تشکیل نشده است نیز می باشد.

تبصره 2- اعضای شهرستان هایی که امکان تشکیل هیئت مدیره را ندارند می توانند در انتخابات یکی از سایر شهرستان های تابعه شرکت کنند.

ماده 13- رئیس هیئت مدیره هر یک از شهرستان ها از بین منتخبین هر شهرستان با پیشنهاد هیئت مدیره مربوطه و صدور حکم رئیس کل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران برای مدت چهار سال منصوب می گردد.

تبصره 1- رؤسای هیئت مدیره شهرستان ها همان وظایف و اختیارات رئیس کل سازمان نظام پزشکی در محدوده سازمان نظام پزشکی شهرستان مربوطه به استثنای وظایف خاص رئیس کل را به عهده خواهند داشت.

تبصره 2- عزل رئیس هیئت مدیره شهرستان می تواند به پیشنهاد هیئت مدیره توسط رئیس کل صورت بگیرد.

ماده 14- بودجه سازمان نظام پزشکی از محل حق عضویت اعضا و هدایا و کمک های اشخاص حقیقی و حقوقی تأمین و به تصویب شورای عالی خواهد رسید.

تبصره 1- بودجه سالیانه نظام پزشکی هر شهرستان توسط هیئت مدیره همان شهرستان تهیه و طبق آیین نامه مصوب شورای عالی هزینه خواهد شد.

تبصره 2- میزان و طرز وصول حق ثبت نام سالانه اعضا و دیگر مقررات اداری و مالی سازمان و نحوه هزینه بودجه پس از تصویب شورای عالی به مرحله اجرا در خواهد آمد.

ماده 15- وظایف شورای عالی نظام پزشکی به شرح زیر می باشد:

الف- اجرای دقیق وظایف مقرر در ماده (3) این قانون و نظارت مستمر بر حسن اجرای آن ها از طریق رئیس کل سازمان

ب- نظارت بر عملکرد نظام پزشکی شهرستان ها.

ج- نظارت بر عملکرد صندوق تعاون و رفاه وابسته به سازمان نظام پزشکی.

د- رسیدگی به تخلفات انضباطی هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان ها ارجاعی از طرف شورای هماهنگی استان و رفع اختلاف بین آن ها.

ه- تهیه و تصویب دستورالعمل های اجرایی لازم در چارچوب این قانون.

و- انحلال هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان ها و برگزاری انتخابات مجدد در چارچوب این قانون.

ز- تصویب بودجه سالیانه سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران.

تبصره- هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان ها در موارد زیر منحل می گردند:

1- عدول و تخطی از وظایف مقرر در این قانون با تشخیص شورای عالی نظام پزشکی

2- فوت یا استعفای یا غیبت غیرمجاز بیش از یک دوم اعضای هیئت مدیره برای چهار جلسه متوالی

ماده 16- وظایف نظام پزشکی شهرستان به شرح زیر است:

الف- نظام پزشکی شهرستان کلیه اختیارات و وظایف سازمان نظام پزشکی به استثنای مواردی که در صلاحیت رئیس کل، مجمع عمومی و شورای عالی می باشد را در محدوده شهرستان مربوطه دارا خواهد بود.

ب- اجرای مصوبات شورای عالی در سطح شهرستان.

فصل پنجم / انتخابات

ماده 17- مدت عملکرد هر دوره هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان ها و شورای عالی نظام پزشکی چهار سال تمام می باشد.

تبصره 1- شروع اولین دوره فعالیت هیئت های مدیره مذکور حداکثر ده روز پس از اعلام قطعیت یافتن نتیجه انتخابات خواهد بود.

تبصره 2- شروع فعالیت دوره های بعد نظام پزشکی بلافاصله پس از پایان دوره قبلی می باشد و چنانچه در پایان دوره، تشریفات انتخابات دوره بعد به نحوی از انحاء پایان نیافته باشد، ارکان دوره قبلی تا قطعیت نتیجه انتخابات جدید به فعالیت خود ادامه خواهد داد و مبدأ شروع کار دوره جدید از تاریخ قطعیت انتخابات خواهد بود.

ماده 18- انتخابات برای دوره های بعد، سه ماه قبل از اتمام هر دوره با اعلام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تشکیل هیئت مرکزی نظارت بر انتخابات انجام خواهد شد.

تبصره- انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان هایی که انتخابات آن ها منحل و یا توسط هیئت مرکزی نظارت ابطال گردیده است، حداکثر ظرف مدت سه ماه با هماهنگی هیئت نظارت و با رعایت سایر مواد قانونی انجام می پذیرد.

ماده 19- ترکیب هیئت مرکزی نظارت بر انتخابات که برای مدت چهار سال انتخاب می گردند به شرح زیر خواهد بود:

الف- یک نفر نماینده دادستان کل کشور.

ب- یک نفر نماینده وزارت کشور.

ج- دو نفر از کادر پزشکی به انتخاب و معرفی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

د- سه نفر کادر پزشکی به معرفی کمیسیون بهداشت و درمان و با انتخاب مجلس شورای اسلامی.

تبصره 1- هیئت مرکزی نظارت می‌تواند برای هر شهرستان سه تا پنج نفر را جهت نظارت بر حسن اجرای انتخابات نظام پزشکی آن شهرستان تعیین نماید.

تبصره 2- تجدید انتخاب اعضای هیئت مرکزی نظارت بر انتخابات برای دوره‌های بعدی بلاشکال است.

تبصره 3- افراد مذکور باید شرایط موضوع بندهای (الف)، (ب)، (ج) و (د) ماده (23) این قانون را دارا باشند.

ماده 20- هیئت مرکزی نظارت وظایف زیر را دارا می‌باشد:

الف- عزل و نصب اعضای هیئت‌های نظارت بر انتخابات نظام پزشکی شهرستان‌ها و شورای عالی نظام پزشکی.

ب- نظارت بر حسن انجام انتخابات در حوزه‌های انتخاباتی و شورای عالی و رئیس‌کل.

ج- بررسی نهایی صلاحیت نامزدهای عضویت در هیئت‌مدیره نظام پزشکی شهرستان‌ها و ابلاغ نظر هیئت مرکزی به هیئت‌های اجرایی انتخابات مربوطه جهت اعلام عمومی.

د- رسیدگی به شکایات نامزدهایی که صلاحیت آن‌ها به تأیید هیئت‌های نظارت نرسیده باشد و تجدیدنظر در آن‌ها.

ه- رسیدگی به شکایات انتخاباتی در چارچوب مواد قانونی و آیین‌نامه‌های مربوطه

و- توقف یا ابطال تمام یا قسمتی از مراحل انجام انتخابات در چارچوب مواد قانونی و دستورالعمل‌های مربوطه این قانون رأساً و یا با پیشنهاد هیئت‌های اجرایی یا هیئت‌های نظارت حوزه‌های انتخاباتی.

ز- تأیید نهایی حسن انجام انتخابات هیئت‌مدیره نظام پزشکی شهرستان‌ها و اعضای شورای عالی نظام پزشکی و رئیس‌کل و امضای اعتبارنامه منتخبین.

ح- رسیدگی به شکایات و اعتراضات کتبی افراد در مورد تأیید صلاحیت نامزدهای عضویت در هیئت‌مدیره نظام پزشکی‌ها و تجدیدنظر در آن‌ها.

تبصره- هیئت مرکزی نظارت می‌تواند طبق دستورالعملی که تهیه می‌نماید تمام یا قسمتی از وظایف مقرر در این ماده را به هر یک از هیئت‌های نظارت بر انتخابات هیئت‌مدیره نظام پزشکی شهرستان‌ها تفویض نماید.

ماده 21- برگزاری انتخابات هیئت‌مدیره نظام پزشکی و اعضای شورای عالی نظام پزشکی و رئیس‌کل به عهده هیئت‌های اجرایی انتخابات مربوطه بوده که ترکیب و نحوه تشکیل و نحوه کار آن‌ها و کیفیت و نحوه برگزاری انتخابات مربوطه طبق

آیین‌نامه‌ای خواهد بود که توسط شورای عالی نظام پزشکی تهیه و به تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد رسید.

ماده 22- شرایط انتخاب‌کنندگان عبارت است از:

الف- تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران.

ب- داشتن کارت عضویت در سازمان نظام پزشکی.

ج- شاغل بودن در شهرستان منطقه انتخاباتی در زمان انتخابات به تأیید نظام پزشکی آن شهرستان یا شبکه بهداشت و درمان شهرستان.

ماده 23- شرایط انتخاب شوندگان هیئت‌های مدیره سازمان نظام پزشکی و شورای عالی نظام پزشکی به شرح زیر می‌باشد:

الف- تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران.

ب- نداشتن فساد اخلاقی و مالی.

ج- داشتن حسن شهرت اجتماعی و شغلی در عمل به اجرای اصول پزشکی و رعایت اخلاق و شئون پزشکی.

د- داشتن حسن شهرت در تعهد عملی به احکام دین مبین اسلام و وفاداری به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.

تبصره- اقلیت‌های دینی مصرح در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تابع احکام دین اعتقادی خود می‌باشند.

ه- دارا بودن حداقل سه سال سابقه عضویت در نظام پزشکی.

تبصره- اعضای هیئت اجرایی و نظارت نمی‌توانند به‌عنوان انتخاب‌شونده ثبت‌نام نمایند.

ماده 24- وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی مسئول برگزاری انتخابات هیئت‌مدیره نظام پزشکی از طریق هیئت‌های اجرایی انتخابات با رعایت مواد این قانون خواهد بود.

ماده 25- شورای هماهنگی استان موضوع این قانون متشکل از رؤسای هیئت‌های مدیره شهرستان‌های هر استان می‌باشد و ریاست این شورا به عهده رئیس هیئت‌مدیره شهرستان مرکز استان خواهد بود.

ماده 26- وظایف شورای هماهنگی استان به شرح زیر است:

الف- نظارت بر عملکرد نظام پزشکی شهرستان‌های استان

ب- انتخاب اعضای هیئت‌های انتظامی تجدیدنظر در مواردی که موضوع تشکیل این هیئت‌ها به تصویب شورای عالی حسب موارد مندرج در ماده (28) این قانون رسیده باشد.

ج- رسیدگی به تخلفات انضباطی هیئت‌مدیره نظام پزشکی شهرستان‌ها و ارائه آن به شورای عالی و برقراری هماهنگی لازم بین نظام پزشکی شهرستان‌ها و رسیدگی به اختلافات داخلی آن‌ها

د- سایر مواردی که با تصویب شورای عالی و در چارچوب قانون تشکیل سازمان به شورای استان‌ها تفویض خواهد گردید.

ماده 27- وظایف بازرسان به شرح زیر است:

الف- نظارت بر نحوه هزینه بودجه که بر اساس مصوبات شورای عالی سازمان هزینه می‌گردد.

ب- تنظیم و ارائه گزارش راجع به عملکرد سالانه مالی سازمان مرکزی و نظام پزشکی شهرستان‌ها به شورای عالی و مجمع عمومی.

ج- بازرسان می‌توانند بدون دخالت در امور اجرایی سازمان، در هر زمان، هرگونه رسیدگی و بازرسی مالی لازم را به‌نحوی که در امور جاری سازمان وقفه‌ای ایجاد ننماید، انجام داده و اسناد و مدارک و اطلاعات مالی مربوط به سازمان را مطالبه و مورد رسیدگی قرار دهند.

د- چنانچه بازرسان در ضمن بازرسی تخلف و یا تقصیری را متوجه رئیس‌کل و یا معاونین و یا سایر رؤسای هیئت‌مدیره شهرستان‌ها مشاهده کنند بایستی به شورای عالی اطلاع دهند.

ه- بازرسان در مقابل سازمان‌ها و اشخاص ثالث نسبت به قصور یا تخلفاتی که در انجام وظایف خود مرتکب می‌شوند طبق قوانین و مقررات موجود مسئولیت خواهند داشت.

فصل ششم / هیئت‌های انتظامی پزشکی

ماده 28- سازمان نظام پزشکی به‌منظور رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته در مرکز دارای هیئت‌های عالی انتظامی پزشکی و در مراکز استان‌ها دارای هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر و در شهرستان‌ها دارای هیئت‌های بدوی انتظامی پزشکی خواهد بود که مطابق مواد بعدی این قانون تشکیل می‌گردند.

تبصره 1- عدم رعایت موازین شرعی و قانونی و مقررات صنفی و حرفه‌ای و شغلی و سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی به‌وسیله شاغلین حرف پزشکی و وابسته به پزشکی تخلف محسوب و متخلفین با توجه به شدت و ضعف عمل ارتكابی و تعدد و تکرار آن حسب مورد به مجازات‌های زیر محکوم می‌گردند:

الف- تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیئت‌مدیره نظام پزشکی محل.

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

ج- توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رأی در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل.

د- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در محل ارتکاب تخلف.

ه- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در تمام کشور.

و- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی از بیش از یک سال تا پنج سال در تمام کشور.

ز- محرومیت دائم از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته در تمام کشور.

تبصره 2- آیین‌نامه‌های ذی‌ربط در این باره به قوت خود باقی است و اجرا خواهد شد و در صورت نیاز به هرگونه تغییر با تصویب شورای عالی نظام پزشکی قابل تغییر و اجرا می‌باشد.

ماده 29- در معیت هیئت بدوی انتظامی، اعضای دادسرا مرکب از دادستان و تعداد موردنیاز دادیار به تشخیص شورای عالی با رأی اعضای هیئت‌مدیره و حکم ریاست سازمان انتخاب می‌شوند.

تبصره 1- دادیاران باید حداقل پنج سال سابقه اشتغال به حرف پزشکی یا در یکی از حرف پزشکی وابسته و دادستان حداقل هفت سال سابقه اشتغال به حرف پزشکی داشته باشند.

تبصره 2- مدت مأموریت اعضای دادسرا تا پایان دوره هیئت‌مدیره است.

تبصره 3- دادستان می‌تواند یکی از دادیاران را به‌عنوان معاون اول خود انتخاب کند تا از طرف او وظایف محوله را انجام دهد.

ماده 30- دادسرای انتظامی در موارد ذیل مکلف به شروع رسیدگی است:

الف- شکایت شاکی ذی‌نفع یا سرپرست و یا نمایندگان قانونی بیمار.

ب- اعلام تخلف از مراجع قضایی- اداری.

ج- اعلام تخلف از طرف هیئت‌مدیره، شورای عالی و ریاست سازمان.

د- شکایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

ه- در مورد تخلفات مشهودی که به نظر اعضای دادسرا و هیئت‌های انتظامی پزشکی رسیده است.

و- ارجاع از طرف هیئت بدوی انتظامی پزشکی.

ماده 31- دادسرا پس از وصول شکایت با اقدامات مقتضی اعم از تحقیق از شاکی، ملاحظه مدارک و سوابق مربوطه و استعلام از مطلعین و انجام معاینات و آزمایشات مورد لزوم و جلب نظر کارشناسی، موضوع را مورد رسیدگی قرار خواهد داد. در صورتی که عقیده به تعقیب داشته باشد پس از جلب موافقت دادستان یا معاون اول، کیفرخواست تنظیم و پرونده را جهت رسیدگی به هیئت بدوی انتظامی ارسال می نماید.

ماده 32- کیفرخواست باید مشتمل بر مشخصات کامل متخلف، تاریخ و محل تخلف و چگونگی آن و دلایل مربوطه به مواد استنادی باشد.

ماده 33- در صورتی که دادسرا به علت عدم وقوع تخلف یا فقد دلیل نظر به منع تعقیب داشته باشد و در صورت موافقت دادستان دستور منع تعقیب صادر و مراتب را با تذکر حق شکایت به شاکی یا مرجع اعلام تخلف اعلام می نماید. این قرار ظرف بیست روز از تاریخ ابلاغ به ذی نفع در هیئت بدوی انتظامی قابل رسیدگی بوده و در صورت تشخیص فسخ قرار منع تعقیب، هیئت بدوی انتظامی رأساً به موضوع رسیدگی و حکم مقتضی صادر خواهد کرد.

ماده 34- در صورت اعتراض هر یک از طرفین شکایت به رأی هیئت بدوی انتظامی پرونده جهت رسیدگی مجدد به هیئت تجدیدنظر استان ارجاع می شود.

ماده 35- هیئت های بدوی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای هیئت مدیره های نظام پزشکی که مرجعی است صلاحیت دار با مسئولیت رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته پزشکی که از طرف دادسرای انتظامی طبق آیین دادرسی ارجاع می گردد و تعیین مجازات های انتظامی مناسب برای آنها، متشکل از سیزده نفر به شرح ذیل خواهد بود:

الف- یک نفر قاضی به معرفی ریاست قوه قضاییه.

ب- مسئول پزشکی قانونی شهرستان مربوطه یا نماینده وی.

ج- پنج نفر از پزشکان شهرستان مربوطه.

د- یک نفر از دندان پزشکان شهرستان مربوطه.

ه- یک نفر از دکترهای داروساز شهرستان مربوطه.

و- یک نفر از متخصصین علوم آزمایشگاهی و یا دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی شهرستان مربوطه.

ز- یک نفر از کارشناسان پروانه دار گروه پزشکی یا بالاتر شهرستان مربوطه.

ح- یک نفر پرستار به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری.

ط- یک نفر از لیسانسیه های گروه مامایی و بالاتر شهرستان مربوطه.

تبصره 1- افراد موضوع بندهای (ج)، (د)، (ه)، (و)، (ز)، (ح) و (ط) این ماده که افراد متدین به دین اسلام و خوش سابقه شهرستان مربوطه با تجربه حداقل پنج سال در حرفه مربوطه خواهند بود با پیشنهاد هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان مربوطه و تأیید و حکم رئیس کل سازمان منصوب می گردند. حداکثر یک نفر از افراد مذکور با شرایط ذکر شده می توانند از بین افراد متدین به یکی از ادیان مصرح در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران باشند.

تبصره 2- افراد موضوع بندهای (ز)، (ح) و (ط) صرفاً در بررسی پرونده هایی که به تشخیص رئیس هیئت مدیره شهرستان مربوطه به رشته آنها مربوط باشد عضو هیئت بدوی انتظامی خواهند بود.

تبصره 3- هر یک از هیئت های بدوی انتظامی پزشکی شهرستان ها علاوه بر این که مسئولیت رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته به پزشکی را بر عهده دارند مراجعی هستند صلاحیت دار در امر اعلام نظر کارشناسی و تخصصی به مراجع ذیصلاح قضایی در رابطه با رسیدگی به تخلفات غیر صنفی و غیر حرفه ای و جرائم شاغلین به حرف پزشکی و وابسته پزشکی.

تبصره 4- هر یک از هیئت های بدوی انتظامی پزشکی می توانند در امر رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای موضوع این ماده نظرات کارشناسی کمیسیون های تخصصی مشورتی نظام پزشکی شهرستان مربوطه را درخواست نمایند. کمیسیون های مذکور موظف اند حداکثر ظرف مدت پانزده روز نظرات کارشناسی خود را در اختیار هیئت های بدوی انتظامی قرار دهند.

تبصره 5- در صورتی که هر یک از طرفین یا نمایندگان قانونی آنان نسبت به نظریه کارشناسی هیئت بدوی ذی ربط معترض باشند دادگاه و دادسرا در صورت لزوم می توانند نظریه هیئت تجدیدنظر انتظامی پزشکی استان و یا هیئت عالی انتظامی نظام پزشکی را به عنوان مرجع تخصصی ذی ربط استعلام نمایند.

ماده 36- به منظور رسیدگی مجدد به پرونده هایی که پس از صدور رأی هیئت های بدوی انتظامی مورد اعتراض هر یک از طرفین قرار گیرد، هیئتی به نام هیئت تجدیدنظر انتظامی استان با ترکیب زیر در محل نظام پزشکی شهرستان مرکز استان تشکیل می گردد:

الف- یک نفر از قضات دادگاه های تجدیدنظر استان با معرفی ریاست قوه قضائیه

ب- مدیر کل پزشکی قانونی استان مربوطه.

ج- پنج نفر از پزشکان استان مربوطه.

د- یک نفر از دندان پزشکان استان مربوطه.

ه - یک نفر از دکترهای داروساز استان مربوطه.

و- یک نفر از متخصصین علوم آزمایشگاهی یا دکترای حرفه ای علوم آزمایشگاهی استان مربوطه.

ز- یک نفر لیسانس یا بالاتر پروانه دار گروه پزشکی استان مربوطه.

ح- یک نفر از لیسانسیه‌های مامایی یا بالاتر استان مربوطه.

ط- یک نفر از پرستاران استان مربوطه به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری.

تبصره 1- افراد موضوع بندهای (ج)، (د)، (ه)، (و)، (ز)، (ح) و (ط) این ماده که از افراد مسلمان و خوش سابقه استان مربوطه بوده و حداقل هفت سال تجربه در حرفه مربوطه خود داشته باشند به پیشنهاد شورای هماهنگی استان و حکم رئیس کل منصوب خواهند شد و عزل آنان توسط رئیس کل خواهد بود. حداکثر یک نفر از افراد مذکور با شرایط ذکر شده می‌توانند افراد متدین به یکی از ادیان مصرح در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران باشند.

تبصره 2- افراد موضوع بندهای (ز)، (ح) و (ط) در بررسی پرونده‌هایی که به تشخیص رئیس شورای هماهنگی استان مربوط به رشته آن‌ها می‌شود عضو هیئت تجدیدنظر انتظامی خواهند بود.

ماده 37- آرای هیئت‌های تجدیدنظر انتظامی پزشکی استان تا حد مجازات‌های بندهای (الف)، (ب) و (ج) تبصره (1) ماده (28) قطعی است.

ماده 38- به منظور رسیدگی به اعتراضات و شکایات اشخاص (حقیقی - حقوقی) از طرز کار هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی موضوع مواد (35) و (36) این قانون، نظارت عالی بر کار هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی و ایجاد هماهنگی بین آن‌ها و تجدیدنظر در احکام صادره از سوی هیئت‌های تجدیدنظر انتظامی، هیئت‌های عالی انتظامی با ترکیب زیر در سازمان مرکزی نظام پزشکی تشکیل می‌گردد:

الف- یک نفر از قضات باتقوا و باتجربه با معرفی رئیس قوه قضائیه.

ب- رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور یا نماینده تام‌الاختیار وی.

ج- پنج نفر از پزشکان متخصص، مسلمان و خوش سابقه با تجربه کاری حداقل هفت سال در حرفه مربوطه.

د- یک نفر از دندان‌پزشکان مسلمان و خوش سابقه با تجربه کاری حداقل هفت سال در حرفه مربوطه.

ه- یک نفر از دکترهای داروساز مسلمان و خوش سابقه با تجربه کاری حداقل هفت سال در حرفه مربوطه.

و- یک نفر از متخصصین و یا دکترهای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی مسلمان و خوش سابقه با تجربه کاری حداقل هفت سال در حرفه مربوطه.

ز- یک نفر از لیسانسیه‌ها یا بالاتر پروانه‌دار گروه پزشکی مسلمان و خوش سابقه با تجربه کاری حداقل هفت سال در حرفه مربوطه.

ح- یک نفر پرستار به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری.

ط- یک نفر از لیسانسیه‌ها یا بالاتر مامایی مسلمان و خوش سابقه با تجربه کاری حداقل هفت سال در حرفه مربوطه.

حداکثر یک نفر از افراد مذکور در بندهای فوق می‌توانند از بین افراد متدین به یکی از ادیان مصرح در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با شرایط مذکور باشند.

تبصره 1- شورای عالی می‌تواند مسئولیت رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته پزشکی چند شهرستان را به یک هیئت بدوی انتظامی محول و واگذار نماید.

تبصره 2- افراد مذکور در بندهای (ج)، (د)، (ه)، (و)، (ز)، (ح) و (ط) این ماده با پیشنهاد رئیس کل سازمان و تصویب شورای عالی نظام پزشکی با حکم رئیس کل سازمان برای مدت چهار سال منصوب می‌گردند. عزل آن‌ها قبل از انقضای مدت چهار سال با رئیس کل سازمان خواهد بود و تجدید انتخاب آن‌ها برای دوره‌های بعدی بلاشکال است.

تبصره 3- حضور افراد مذکور در بندهای (ز)، (ح) و (ط) در بررسی پرونده‌هایی که به تشخیص رئیس هیئت عالی انتظامی به رشته آن‌ها مربوط می‌باشد در هیئت عالی الزامی خواهد بود.

ماده 39- با رأی شورای عالی سازمان حداکثر تا پنج شعبه از هیئت‌های بدوی، تجدیدنظر و عالی انتظامی قابل تشکیل خواهد بود.

ماده 40- چنانچه رئیس کل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران آراء قطعی هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی استان را خلاف قانون تشخیص دهد می‌تواند از نظر هیئت عالی درخواست بررسی مجدد نماید، رأی هیئت عالی قطعی است.

ماده 41- هیئت‌های بدوی انتظامی نظام پزشکی هر یک از شهرستان‌ها موظف‌اند 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.

تبصره 1- اعلام نظر کارشناسی و تخصصی مشورتی هیئت‌های بدوی انتظامی نظام پزشکی هر یک از شهرستان‌ها به دادگاه‌ها و دادسراهای ذی‌ربط پیرامون پرونده‌های مربوط به رسیدگی به اتهام بزه ناشی از حرفه صاحبان مشاغل پزشکی نباید بیش از دو ماه از تاریخی که دادگاه‌ها و دادسراهای شهرستان مربوطه درخواست می‌نمایند بگذرد.

تبصره 2- دادگاه‌ها و دادسراهای جمهوری اسلامی ایران در هر یک از شهرستان‌ها باید حداقل چهل و هشت ساعت قبل از احضار و جلب هر یک از صاحبان مشاغل پزشکی به دادگاه و یا دادسرا به خاطر رسیدگی به اتهام بزه ناشی از حرفه صاحبان مشاغل پزشکی، مراتب را به اطلاع هیئت بدوی انتظامی نظام پزشکی شهرستان مربوطه برسانند.

ماده 42- شورای عالی نظام پزشکی به منظور اجرای هر چه بهتر وظایف سازمان مقرر در این قانون می‌تواند کمیسیون‌های تخصصی مشورتی تشکیل دهد که نوع کمیسیون و ترکیب و نحوه کار آن‌ها طبق دستورالعملی خواهد بود که توسط رئیس کل سازمان تهیه و به تصویب شورای عالی نظام پزشکی خواهد رسید.

ماده 43- اعتبار موردنیاز برای اجرای این قانون از محل‌های زیر تأمین می‌گردد:

الف- اعتبارات و دارایی‌های موجود در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و نظام پزشکی شهرستان‌ها.

ب- حق عضویت سالانه اعضای سازمان نظام پزشکی.

ج- کمک‌های اختیاری دولت و مؤسسات و افراد داوطلب.

د- تأمین اعتبار از منابعی که بر اثر فعالیت‌های موضوع این قانون و یا مصوب شورای عالی استحصال می‌گردد.

ماده 44- کلیه آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به اجرای این قانون توسط شورای عالی تهیه و تا قبل از تصویب نهایی آن، آیین‌نامه‌های قبلی به قوت خود باقی خواهد ماند.

ماده 45- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند تمام و یا بخشی از مسئولیت‌های خود در رابطه با آموزش مداوم جامعه پزشکی برگزاری امتحانات در سطوح مختلف، ارزشیابی و نظارت به امور آموزش و درمان را به سازمان نظام پزشکی واگذار نماید. در صورت تحقق این امر اعتبارات مربوطه به سازمان پرداخت خواهد شد.

ماده 46- ساختار و تشکیلات سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و تشکیلات تفصیلی آن و مقررات استخدامی کارکنان سازمان به پیشنهاد رئیس کل به تصویب شورای عالی سازمان خواهد رسید و کلیه امور اجرایی و اداری سازمان بر اساس تشکیلات مصوب انجام خواهد شد.

ماده 47- تمام و یا آن قسمت از قوانین که مغایر با این قانون است ملغی‌الاثرباشد و آیین‌نامه‌ها و ضوابط قبلی که با این قانون مغایرت نداشته باشد تا تصویب آیین‌نامه و ضوابط جدید به قوت خود باقی است.

قانون فوق مشتمل بر چهل و هفت ماده و پنجاه تبصره در جلسه علنی روز سه‌شنبه مورخ بیست‌وپنجم فروردین ماه یک هزار و سیصد و هشتاد و سه مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ 1383/8/16، بند (د) ماده (23)، ذیل تبصره (1) ماده (35)، تبصره (1) ماده (36)، ذیل ماده (38)، بندهای (ج)، (د)، (ه)، (و)، (ز)، (ط) ماده (38) آن با اصلاحاتی به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسید.

غلامعلی حداد عادل - رئیس مجلس شورای اسلامی

تبصره الحاقی

شماره 139193 - 1384/7/13

جناب آقای دکتر محمود احمدی‌نژاد

ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران

بازگشت به نامه شماره 35422 مورخ ۱۶/۶/۱۳۸۴ معاونت محترم حقوقی و امور مجلس رئیس‌جمهور و پیرو نامه شماره 95400 مورخ ۱۷/۹/۱۳۸۳ در مورد قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران تبصره‌ای با متن ذیل به ماده (40) مصوبه الحاق گردیده است که در اجرای اصل یک‌صد و بیست و سوم (123) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ارسال می‌گردد.

تبصره - آراء قطعی هیئت‌های بدوی، تجدیدنظر و هیئت عالی انتظامی نظام پزشکی ظرف یک ماه از تاریخ ابلاغ، قابل تجدیدنظر در دادگاه تجدیدنظر استان می‌باشد.

غلامعلی حداد عادل - رئیس مجلس شورای اسلامی 1384/۷/25

آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

در اجرای ماده 2 و مواد 28 تا 43 قانون سازمان نظام پزشکی مصوب 1383/1/25 مجلس شورای اسلامی که در تاریخ 1383/8/16 با اصلاحاتی به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسیده و به‌منظور تلاش در راستای پیشبرد و اصلاح امور پزشکی و حفظ شئون جامعه پزشکی و همچنین حفظ و حمایت از حقوق بیماران و حمایت از حقوق صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته موضوع ماده 4 قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به شرح مواد آتی در دادسراها، هیئت‌های بدوی انتظامی شهرستان‌ها، هیئت‌های تجدیدنظر انتظامی استان‌ها و هیئت عالی انتظامی مستقر در سازمان نظام پزشکی مرکز صورت می‌گیرد.

فصل اول / تعریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای

ماده 1- حرفه‌های پزشکی و وابسته به امور پزشکی موضوع ماده 28 قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که از این‌پس به‌اختصار قانون نامیده می‌شود عبارت‌اند از: پزشکان، دندان‌پزشکان، دکترهای داروساز، متخصصین و دکترای علوم آزمایشگاهی (حرفه‌ای یا متخصص) تشخیص طبی، مامایی و سایر لیسانسیه‌های پروانه‌دار گروه پزشکی، فارغ‌التحصیلان کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و بالاتر شاغل در رشته‌های علوم آزمایشگاهی، بینایی‌سنجی، شنوایی‌سنجی، گفتاردرمانی، ایمونولوژی، بیوتکنولوژی پزشکی، رادیولوژی، بیورادیولوژی، رادیوتراپی، پرستاری، اتاق عمل، هوشبری، علوم دارویی، تغذیه، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت‌کاری دهان و دندان، کاردان و کارشناس پروتز دندان، شاخه‌های مختلف بهداشت، توان‌بخشی، فیزیوتراپی، بیوشیمی پزشکی، خدمات اجتماعی و مددکاری، سایر رشته‌های علوم پایه پزشکی، روان‌پزشکی بالینی، روانشناسی بالینی و کودکان استثنائی، کایروپراکتیک، ژنتیک پزشکی و نیز سایر حرفه‌های وابسته به امور پزشکی با هر مدرک تحصیلی که فعالیت آن‌ها نیاز به اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران دارد. (اصلاحی مورخ ۵/۹/۱۳۹۴)

تبصره - شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته موضوع این ماده افرادی هستند که در یکی از مراکز تحقیقاتی، درمانی، آموزشی و بهداشتی اعم از خصوصی، دولتی و تعاونی پزشکی، وابسته به دولت یا خیریه یا حسب مورد مطب یا دفتر کار اشتغال دارند و از این‌پس به‌اختصار «شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته» نامیده می‌شوند.

- ماده 2- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلف‌اند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی - سیاسی و اقتصادی بیماران حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف قانونی و حرفه‌ای خود به کار ببرند.
- ماده 3- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی با رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند.
- ماده 4- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی را ندارند.
- ماده 5- شاغلین حرفه‌های پزشکی موضوع ماده یک این قانون موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بعد از تشخیص و اعلام سازمان نظام پزشکی، حسب مورد انجام خدمات آنان در یک‌زمان مناسب میسر باشد.
- ماده 6- انجام امور خلاف شئون پزشکی، توسط شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی می‌شود خودداری کنند؛ که مصادیق آن توسط کمیسیون اخلاق پزشکی مورد اتخاذ تصمیم قرار می‌گیرد.
- تبصره - صدور گواهی خلاف قانون و موازین علمی از جمله فوت، استراحت، سلامت، بیماری، ولادت و از کارافتادگی ممنوع است.
- ماده 7- تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است. تعیین مصادیق مخارج غیرضروری بر اساس نظر کمیته کارشناسی تخصصی دادرها و هیئت‌های انتظامی می‌باشد.
- ماده 8- ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیرواقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری ممنوع است و پزشک می‌تواند به نحو مقتضی بیمار و بستگان را در جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار بدهد.
- ماده 9- تجویز داروهای روان‌گردان و مخدر به گونه‌ای که به حالت اعتیاد درآید ممنوع است، مگر در مواردی که بیمار از بیماری روانی یا از دردهای شدید ناشی از بیماری‌های غیرقابل علاج رنج ببرد یا ضرورت پزشکی مصرف آن‌ها را ایجاب کند.
- ماده 10- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلف‌اند در بخش خصوصی و بخش دولتی تعرفه‌های خدمات پزشکی مصوب مربوطه را رعایت نمایند.
- ماده 11- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته حق ندارند هیچ‌گونه وجه یا مالی را از بیماران علاوه بر وجوهی که توسط مسئولان مؤسسه درمانی ذی‌ربط طبق مقررات دریافت می‌شود، وصول نمایند.

ماده 12- شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلف‌اند در مواقعی که به‌منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیر یا در هنگام بروز بحران و سوانح از سوی سازمان نظام پزشکی و یا مراجع قانونی ذی‌ربط اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند.

ماده 13- جذب و هدایت بیمار از مؤسسات بهداشتی درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی اعم از بیمارستان و درمانگاه و ... و بالعکس به‌منظور استفاده مادی توسط شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است.

ماده 14- جذب بیمار به صورتی که مخالف شئون حرفه پزشکی باشد و همچنین هر نوع تبلیغ همراه‌کننده از طریق رسانه‌های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابر، خارج از ضوابط نظام پزشکی ممنوع است. تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی از سوی شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته، همچنین نصب اعلانات تبلیغی که جنبه تجاری دارند، در محل کار آن‌ها مجاز نیست.

ماده 15- انتشار مقالات و گزارش‌های پزشکی و تشریح مطالب فنی و حرفه‌ای که خارج از ضوابط علمی پزشکی بوده و جنبه تبلیغاتی همراه‌کننده داشته باشد، ممنوع است.

ماده 16- استفاده شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته از عناوین علمی و تخصصی غیر تأیید شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.

ماده 17- تجویز داروهایی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فارماکوپه (مجموعه دارویی کشور) اعلام نشده باشد، بدون توجیه علمی مورد تأیید توسط سازمان نظام پزشکی و یا انجمن‌های علمی تخصصی مربوط مجاز نمی‌باشد.

ماده 18- پزشک معالج، مسئول ادامه درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص، به‌استثنای موارد ضروری است، مگر اینکه بیمار یا بستگان او مایل نباشند.

تبصره - موارد اورژانس از شمول این ماده مستثنا است و پزشک مکلف به هرگونه اقدام درمانی بدون توجه به نظر و اذن بیمار یا همراهان او می‌باشد.

ماده 19- در مواردی که مشاوره پزشکی لازم باشد، انتخاب پزشک مشاور با پزشک معالج است. در صورتی که بیمار یا بستگان او مشاوره پزشکی را درخواست نمایند، مشاوره پزشکی با نظر پزشک معالج به عمل می‌آید و اجرای دستورات پزشک مشاور با نظر پزشک معالج می‌باشد و چنانچه بیمار یا بستگان او بدون موافقت پزشک معالج، از پزشک دیگری برای درمان بیمار دعوت به عمل آورند، در این صورت پزشک معالج اول می‌تواند از ادامه درمان بیمار در موارد غیر اورژانس خودداری نماید.

ماده 20- فروش دارو و محصولات آرایشی و بهداشتی و تجهیزات و لوازم پزشکی در محل طبابت توسط شاغلین حرفه‌های پزشکی بدون اخذ مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.

ماده 21- مشخصات و طرز استفاده داروهای تجویز شده به بیمار باید توسط پزشک با خط خوانا و انشای قابل فهم در نسخه قید شود.

تبصره - دکتر داروساز موظف به توضیح و درج چگونگی تجویز دارو طبق نسخه پزشک است.

ماده 22- صدور هر نسخه می‌باید بر اساس شرایط بیمار و اصول علمی نسخه‌نویسی صورت گیرد.

ماده 23- مسئولان فنی مکلف‌اند در تمام ساعات موظف بر امور فنی مؤسسات پزشکی نظارت کنند.

ماده 24- اندازه و سایر مشخصات سر نسخه‌ها، تابلوها و چگونگی درج آگهی در رسانه‌ها باید طبق ضابطه‌ای باشد که به تصویب شورای عالی نظام پزشکی می‌رسد.

ماده 25- به‌کارگیری و استفاده از افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی و حرفه‌های وابسته در مؤسسات پزشکی و مطب ممنوع است.

ماده 26- شاغلین حرفه‌های پزشکی مکلف‌اند نشانی و تغییر نشانی و تعطیلی مطب و مؤسسات پزشکی خود را به سازمان نظام پزشکی محل اطلاع دهند.

ماده 27- شاغلین حرفه‌های پزشکی مکلف‌اند در موارد فوریت‌های پزشکی اقدامات مناسب و لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند.

ماده 28- مسئولان فنی مؤسسات پزشکی اعم از دولتی، عمومی، خصوصی و خیریه مکلف‌اند علاوه بر قوانین و مقررات موجود در آئین‌نامه‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی، ضوابط علمی و حرفه‌ای ذی‌ربط را رعایت کنند.

ماده 29 - در صورت اتمام اعتبار و یا ابطال پروانه مطب، شاغلین حرف پزشکی مجاز به فعالیت پس از آن نمی‌باشند.

ماده 30- به‌کارگیری و استفاده از افراد دارای صلاحیت در امور پزشکی و حرفه‌های وابسته ولی فاقد پروانه مطب در مؤسسات پزشکی ممنوع است.

تبصره - افراد متعهد خدمت به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از این امر مستثنا می‌باشند.

ماده 31- شاغلان حرف پزشکی می‌توانند منحصراً به درمان آن گروه از بیماران بپردازند که در دوران تحصیل دوره آموزشی آن را طی نموده و یا مدارک لازم را از مراکز مجازی که به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد، اخذ نموده باشند.

تبصره - در موارد بیماران اورژانسی پزشک برحسب توان علمی خود موظف به انجام هر اقدامی جهت بیمار خود می‌باشد و از این ماده مستثنا می‌باشد.

ماده 32- آن گروه از مشاغل و حرف پزشکی که در خارج از کشور تحصیل نموده‌اند در صورتی مجاز به فعالیت درمانی می‌باشند که مدارک مربوطه به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد و پروانه قانونی را نیز کسب نموده باشند.

ماده 33- آن گروه از پزشکان که به طب مکمل می‌پردازند در صورتی مجاز به فعالیت می‌باشند که دوره آموزشی مربوطه را در مراکز مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذرانده و مجوز فعالیت در آن رشته، به تأیید سازمان نظام پزشکی رسیده باشد.

ماده 34- چنانچه صاحبان حرف پزشکی و وابسته به مشکلات روحی، روانی یا جسمی مبتلا گردند که ماهیتاً منجر به ارائه اختلال در فعالیت‌های درمانی آن‌ها شود، جهت تصمیم‌گیری در نحوه ادامه فعالیت درمانی نامبردگان به کمیسیون ماده 34 استانی معرفی می‌گردند (اصلاحی مورخ ۵/۹/۱۳۹۴)

تبصره- شیوه‌نامه اجرایی این ماده به تصویب شورای عالی نظام پزشکی خواهد رسید.

ماده 35- درج هرگونه تبلیغات در حیطه دارویی، مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی، مکمل‌های غذایی، تجهیزات پزشکی و کلیه خدمات پزشکی، تشخیصی، درمانی و پیشگیری بدون اخذ مجوز کتبی تبلیغات از سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران ممنوع است.

فصل دوم / مجازات‌های انتظامی

ماده 36- هیئت‌های انتظامی در صورت احراز جهات مخففه با استفاده از ماده 38 قانون مجازات اسلامی می‌توانند با ذکر ادله مناسب نسبت به تخفیف یا تبدیل مجازات‌های انتظامی به نوع دیگر حداکثر به میزان یک‌بند مجازات انتظامی بر اساس تبصره یک ماده 28 قانون سازمان نظام پزشکی اقدام نمایند.

جهات مخففه عبارت‌اند از:

1- گذشت شاکی یا مدعی خصوصی

ماده 37- مجازات‌های موضوع تبصره (1) ماده 28 قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۶/۸/۱۳۸۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام به شرح زیر اعمال می‌شود:

الف- متخلفان از مواد 2، 4، 5، 8، 18، 19، 22، 24 و 26 این آیین‌نامه حسب مورد به مجازات‌های مقرر در بندهای (الف) یا (ب).

تبصره - متخلفان از مواد موضوع این بند به استثنای مواد 2، 4، 8 و 24 در صورت تکرار به مجازات‌های مقرر در بند (ج) و در مورد مواد 2، 4، 8 و 24 به مجازات‌های بندهای (ج) یا (د).

ب- متخلفان از مواد 9، 15، 16، 17، 20، 21 و 23 آیین‌نامه انتظامی حسب مورد به مجازات‌های مقرر در بندهای (ب)، (ج) یا (د).

پ- متخلفان از مواد 7، 10، 11، 12، 13، 14 و 25 آیین‌نامه انتظامی حسب مورد به مجازات‌های مقرر در بندهای (ج)، (د) یا (ه).

ت- متخلفان از مواد 27، 28 و 31 آیین‌نامه انتظامی حسب مورد به مجازات‌های مقرر در بندهای (ج)، (د)، (ه) یا (و).

ث - متخلفان از مواد 3 و 6 آیین‌نامه انتظامی و تبصره ماده 10 آیین رسیدگی دادسراها و هیئت‌های انتظامی حسب مورد به مجازات‌های مقرر در بندهای (ب)، (ج)، (د)، (ه)، (و) یا (ز).

ج- متخلفان از مواد 29 و 30 و تبصره ماده 6 آیین‌نامه انتظامی به مجازات‌های مقرر در بندهای (ب)، (ج)، (د) یا (ه). (اصلاحی مورخ ۴/۶/۱۳۹۱)

چ- متخلفان از مواد 32 و 33 آیین‌نامه انتظامی حسب مورد به مجازات‌های مقرر در بندهای (ب)، (ج)، (د)، (ه) یا (و).

ح- متخلفان از ماده 35 آیین‌نامه انتظامی حسب مورد به مجازات‌های مقرر در بندهای (ب)، (ج)، (د) و حداکثر به یک سال منع از هرگونه تبلیغات محکوم می‌گردند.

ماده 38 - مجازات افراد مشتکی عنه که عضو سازمان نظام پزشکی نیستند جهت اجرا به مراجع ذیصلاح حوزه فعالیت اعلام می‌شود.

ماده 39- در مواردی که رأی قطعی به محرومیت از اشتغال به امور پزشکی و حرف وابسته صادر می‌شود، اشتغال محکوم علیه به حرفه‌های یادشده در مدت محرومیت در بخش‌های خصوصی، عمومی، دولتی و یا خیریه ممنوع است.

ماده 40- آثار محرومیت‌های انتظامی اعمال شده باگذشت مواعد زیر زایل خواهد شد:

الف- مجازات‌های انتظامی مندرج دربندهای (الف) و (ب) تبصره 1 ماده 28 قانون، برای مرتبه اول محسوب نگردیده و در صورت تکرار به مدت یک سال بعد از اجرای رأی قطعی.

ب- مجازات‌های انتظامی مندرج دربندهای (ج) تبصره 1 ماده 28 قانون، به مدت 2 سال از تاریخ اجرای رأی قطعی و در صورت تکرار به مدت 3 سال.

ج- مجازات‌های انتظامی موضوع بندهای (د)، (و) و (ه) تبصره 1 ماده 28 قانون، به مدت 5 سال از تاریخ اجرای رأی قطعی و در صورت تکرار به مدت 7 سال.

ماده 41- مرجع تشخیص تمامی موارد تخلف از آئین‌نامه فوق، دادسراها و هیئت‌های انتظامی می‌باشند.

آئین‌نامه فوق مشتمل بر 41 ماده و 7 تبصره در جلسه مورخ ۱۹/۶/۱۳۹۰ به تصویب شورای عالی سازمان رسید.

اصلاح ماده 34 و شیوه‌نامه اجرایی کمیسیون‌های موضوع ماده 34 آئین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

ماده 1- سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به منظور اجرای موضوع ماده 34 آئین‌نامه انتظامی در مراکز استان دارای کمیسیون پزشکی ماده 34 خواهد بود.

ماده 2- رئیس سازمان نظام پزشکی هر شهرستان بر اساس ماده 30 قانون سازمان نظام پزشکی، شاغلین حرف پزشکی و وابسته (فرد بیمار) را به کمیسیون ماده 34 معرفی می‌نماید.

ماده 3- کمیسیون پزشکی ماده 34 استانی با حضور افراد زیر تشکیل می‌گردد:

الف- رئیس شورای هماهنگی استان به عنوان رئیس کمیسیون با حکم رئیس کل سازمان

ب- نماینده سازمان پزشکی قانونی استان

ج- دو نفر پزشک متخصص کارشناس مرتبط با بیماری فرد از کارشناسان هیئت‌های انتظامی با انتخاب رئیس کمیسیون

د- یک نفر کارشناس هم رشته فرد بیمار از کارشناسان هیئت‌های انتظامی با انتخاب رئیس کمیسیون

ماده 4- وظیفه کمیسیون پزشکی ماده 34 بررسی پرونده فرد بیمار و اظهارنظر درباره نوع فعالیت حرفه‌ای، محل فعالیت، ادامه درمان و ادامه فعالیت وی می‌باشد.

ماده 5- نظریه کمیسیون پزشکی ماده 34 به دادسرای انتظامی محل اعلام می‌گردد.

ماده 6- دادسرا بر اساس نظریه کمیسیون پزشکی ماده 34 عمل می‌نماید.

ماده 7- قرار منع تعقیب دادسرا به شاکی و کیفرخواست به هیئت بدوی ارسال می‌گردد.

ماده 8- هیئت بدوی انتظامی بر اساس نظریه کمیسیون کارشناسی ماده 34 و قرار صادره دادسرا اعلام رأی می‌نماید.

ماده 9- در صورت اعتراض بیمار یا مشتکی‌عنه به نظریه هیئت بدوی انتظامی موضوع در هیئت تجدیدنظر انتظامی استان موردبررسی مجدد قرار خواهد گرفت.

تبصره 1- در صورت ضرورت و صلاحدید هیئت تجدیدنظر انتظامی استان می‌تواند مجدداً از نقطه‌نظر مشورتی کمیسیون کارشناسی ماده 34 با تغییر ترکیب کارشناسان بند ج و د استفاده نماید.

تبصره 2- در صورت نظریه هیئت تجدیدنظر انتظامی استان مبنی بر عدم فعالیت حرفه‌ای موقت و دائم بیمار این نظریه قابل‌اعتراض در هیئت عالی انتظامی خواهد بود.

این شیوه‌نامه در 9 ماده و 2 تبصره در جلسه مورخ ۵/۹/۱۳۹۴ به تصویب شورای عالی سازمان رسید.

آئین رسیدگی دادسراها و هیئت‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

مقدمه

آئین رسیدگی مجموعه اصول و مقرراتی است که برای کشف و تحقیق تخلفات انتظامی و تعقیب متخلفین در دادسرا و نحوه رسیدگی و صدور رأی در هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر و هیئت عالی انتظامی و تعیین وظایف و اختیارات مقامات انتظامی و چگونگی اجرای آرای صادره از هیئت‌ها وضع شده است.

باب اول: دادسرای انتظامی

فصل اول / وظایف و تشکیلات

ماده 1- دادسرای انتظامی عهده‌دار تحقیق و کشف تخلفات و تعقیب متخلفین و اقامه شکایت انتظامی در هیئت‌های بدوی انتظامی در حدود قوانین و مقررات پزشکی اعم از تصویب‌نامه‌ها، آئین‌نامه‌ها، مصوبات شورای عالی، دستورالعمل‌ها و نظامات معین می‌باشد.

ماده 2- دادسرا به ریاست دادستان انتظامی و به تعداد لازم دادیار تشکیل می‌شود. دادستان می‌تواند دارای یک معاون اول باشد که در غیاب او وظایف انتظامی واداری را انجام دهد. دبیرخانه دادسرا تحت نظارت دادستان انجام‌وظیفه می‌کند. رئیس دفتر دادسرا از بین کارمندان باسابقه سازمان انتخاب می‌شود. دبیرخانه به‌تناسب پرونده‌ها و در صورت اقتضا می‌تواند دارای منشی و بایگانی باشد.

تبصره - در صورت لزوم، دادستان می‌تواند از سازمان نظام پزشکی محل تقاضای مشاور حقوقی نماید.

ماده 3 - وظیفه دبیرخانه دادسرا دریافت شکایات و ثبت آن‌ها در دفتر مخصوص ثبت شکایت و نگهداری سوابق و مدارک است. دبیرخانه باید شکایت را بلافاصله پس از وصول ثبت نموده و رسیدی مشتمل بر نام شاکی و دیگر مشخصات او، موضوع شکایت، تاریخ تسلیم و شماره ثبت به شاکی بدهد.

تبصره - ثبت و بررسی شکایت موکول به پرداخت هزینه به میزانی است که شورای عالی تعیین می‌نماید.

ماده 4 - دادستان و دادیاران باملاحظه شرایط قانونی از بین صاحبان حرفه‌های پزشکی که دارای اعتبار علمی و حسن شهرت در جامعه پزشکی و آشنا به امور انتظامی هستند انتخاب می‌شوند و نباید دارای سابقه محکومیت انتظامی یا کیفری باشند.

ماده 5 - دادسرای انتظامی در معیت هیئت‌های بدوی انتظامی تشکیل می‌شود. قلمرو مأموریت دادسرا، حوزه صلاحیت هیئت بدوی است که توسط شورای عالی تعیین می‌گردد.

ماده 6- تعقیب امور انتظامی منحصرأ با دادسرای انتظامی است. جهات قانونی برای شروع تعقیب همان است که در ماده 30 قانون سازمان نظام پزشکی (که از این‌پس به‌اختصار قانون نامیده می‌شود) ذکر شده است.

تبصره 1- شاکی و مراجع ذیصلاح جهت اعلام تخلف حداکثر ظرف مدت یک سال از تاریخ وقوع تخلف یا بروز عوارض می‌توانند به دادسرا اعلام شکایت کنند. آغاز مرور زمان تخلف انتظامی شاغلان حرفه‌های پزشکی، تاریخ وقوع تخلف بوده و در مورد تخلفات مستمر، تاریخی است که استمرار قطع شده است.

تبصره 2- در صورتی که رسیدگی به پرونده منوط به تعیین تکلیف در دادگستری باشد، مرور زمان متوقف‌شده و مدتی که تعقیب متخلف به علل مذکور معلق می‌ماند، جزو مدت مرور زمان محسوب نمی‌شود. همچنین جریان مرور زمان با هر اقدام تعقیبی قطع‌شده و مدت قبلی مرور زمان‌هایی که قطع شده، محاسبه نمی‌شود.

ماده 7- دادستان در اموری که به دادیار ارجاع می‌شود حق نظارت و دادن تعلیمات را دارد و می‌تواند در تحقیقاتی که توسط دادیار به عمل می‌آید حضور به هم رساند.

ماده 8- دادیار در جریان تحقیقات، تقاضای دادستان را اجرا و در صورت مجلس قید می‌کند. چنانچه با اشکالی مواجه شود که انجام آن مقدور نباشد، مراتب را به دادستان اعلام کرده و منتظر رفع مانع و تعیین تکلیف می‌شود. در صورتی که دادیار ضمن تحقیقات خود به تخلفات دیگری برخورد نماید، موضوع و چگونگی را به دادستان اعلام نموده و در صورت ارجاع او آن را مورد رسیدگی قرار می‌دهد.

ماده 9- دادیار جز در مورد تخلفات مشهود، بدون ارجاع دادستان یا معاون او حق رسیدگی ندارد.

ماده 10- کلیه مراکز و مقامات بهداشتی و درمانی اعم از دولتی و غیردولتی باید فوراً درخواست دادسرا را به‌موقع به اجرا درآورده و اطلاعات و مدارک و اسناد مورد مطالبه را در مهلتی که تعیین می‌شود در اختیار دادسرا قرار دهند و چنانچه عذر موجهی داشته باشند در همان مهلت اعلام نمایند.

تبصره- خودداری، ممانعت و یا تأخیر در انجام دستورات دادسرا مستوجب تعقیب و مجازات انتظامی و یا ارجاع به مراجع ذیصلاح می‌باشد.

ماده 11- دادسرا می‌تواند هرگونه تحقیق و اطلاعاتی را که برای کشف و تعقیب تخلف لازم می‌داند به عمل آورده و اشخاصی که اطلاعات آنان را مؤثر می‌داند احضار یا کتباً از آنان استعلام نماید.

ماده 12- چنانچه رسیدگی به تخلفاتی که واجد جهات فنی و تخصصی است مقتضی دخالت کارشناس باشد دادسرا می‌تواند نظر کارشناسی متخصصان معتمد را استعلام و در صورت اختلاف نظر آنان توضیحات لازم را اخذ نماید.

ماده 13- دادسرا شکایت شاکی یا اعلام‌کننده تخلف را با دلایل آن استماع می‌نماید. چنانچه پس از خاتمه تحقیقات دلایل برای تعقیب مشتکی‌عنه کفایت داشته باشد می‌تواند او را با تصریح نوع تخلف در احضاریه دعوت نماید. دادسرا مکلف است نوع تخلف و دلایل شکایت را به وی تفهیم نماید. در صورتی که شاکی یا مشتکی‌عنه به دلایلی اعم از نظر کارشناسی یا مطالبه و ملاحظه اسناد و سوابق پزشکی و دیگر مدارک استناد نمایند و رسیدگی به آن دلایل مؤثر در احراز واقع باشد، دادسرا آن را انجام می‌دهد. چنانچه رسیدگی به دلایل مزبور مستلزم هزینه‌ای باشد، پرداخت هزینه به عهده استناد کننده است.

تبصره 1- در صورتی که مشتکی‌عنه برای تدارک دفاع یا تهیه مدارک، استمهال نماید، دادسرا می‌تواند حداکثر دو هفته مهلت به او اعطا کند.

تبصره 2- بعد از سه بار اخطار به شاکی جهت حضور و هر بار به مدت 15 روز عدم حضور وی به منزله انصراف از شکایت شاکی تلقی می‌شود. عدم حضور مشتکی عنه مانع از رسیدگی پرونده انتظامی و اتخاذ تصمیم نخواهد بود.

ماده 14- شاکی انتظامی باید هزینه‌های لازم را طبق تعرفه‌ای که شورای عالی نظام پزشکی تعیین می‌کند، پرداخت نماید، مگر اینکه به تشخیص دادستان یا رئیس هیئت مدیره نظام پزشکی محل، فاقد استطاعت باشد.

ماده 15- شاکی انتظامی کسی است که شخصاً ذینفع بوده و قانوناً حق مطالبه دیه و ضرر و زیان را در محاکم دادگستری دارد. چنانچه اقدام شاکی به شکایت انتظامی به نمایندگی از بیمار صغیر، محجور یا عاجز باشد باید سمت شاکی از حیث ولایت، قیمومیت، وکالت، امانت و غیره مسلم و مدارک مربوط به سمت اخذ گردد.

ماده 16- تعقیب انتظامی موقوف به شکایت شاکی نیست و گذشت شاکی یا اولیا و نمایندگان قانونی او موجب موقوف ماندن تعقیب نخواهد بود، مگر اینکه صرف نظر از گذشت، دلایل برای تعقیب کافی نباشد که در این صورت دادسرا قرار منع تعقیب صادر خواهد کرد.

ماده 17- شکایت باید با امضا و تاریخ و شامل نام و مشخصات و نشانی کامل شاکی و مشتکی عنه و تاریخ و محل وقوع تخلف باشد. به شکایات بدون امضا یا دارای امضای مستعار ترتیب اثر داده نمی‌شود.

ماده 18- تخلف انتظامی مشهود عبارت است از تخلفی که در مرئی و منظر اعضای دادسرا یا هیئت‌های انتظامی واقع شود یا اعضای مذکور بلافاصله در محل وقوع حضور یافته، آثار و دلایل تخلف را پس از وقوع آن مشاهده نمایند یا دلایل و وسایل تخلف در تصرف فرد یافت شود یا تعلق اسباب و دلایل به وی محرز باشد.

ماده 19- در مورد تخلفات مشهود، اعضای دادسرا با تنظیم صورت‌مجلس و ذکر چگونگی وقوع تخلف، اقدامات قانونی را معمول خواهند داشت.

تبصره - در مورد تخلفات مشهود، اعضای هیئت‌های انتظامی با تصریح به مشهود بودن تخلف، مراتب را جهت تعقیب انتظامی به دادسرا اعلام می‌نمایند.

ماده 20- چنانچه تعطیل موقت آن بخش از مؤسسه و مرکز بهداشتی و درمانی و مطب و دفاتر حرف وابسته پزشکی که مربوط به موضوع و محل ارتکاب تخلف است برای انجام تحقیقات یا جلوگیری از ادامه تخلف انتظامی یا مصالح تندرستی جامعه ضروری باشد، دادستان انتظامی می‌تواند پلمپ مرکز فوق را حسب مورد از دادسرای عمومی و انقلاب محل و یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخواست نماید. (اصلاحی مورخ ۵/۹/۱۳۹۴)

تبصره یک- در صورتی که دلیلی بر وقوع جرمی باشد یا اقدام دیگری لازم باشد که مستلزم تعقیب کیفری یا دخالت دادسرای عمومی و انقلاب باشد، مراتب فوراً به آن دادسرا اعلام می‌گردد.

تبصره دو- پس از پلمپ موقت، دادستان موظف است کیفرخواست را در اسرع وقت تنظیم و به هیئت بدوی ارسال نماید و هیئت بدوی خارج از نوبت و در اولین جلسه موضوع را مطرح و در صورتی که رأی هیئت بدوی بندهای الف تا ج تبصره یک ماده 28 قانون باشد درخواست فک پلمپ توسط دادستان انتظامی از مقام مربوطه صورت خواهد گرفت و در صورت مجازات محرومیت از سوی هیئت بدوی تاریخ شروع محرومیت از زمان پلمپ مرکز محاسبه خواهد شد. (الحاقی مورخ ۱۳۹۴/۱۰/۱۲)

ماده 21- چنانچه مشتکی عنه در شعب مختلف دادرسی تحت تعقیب باشد، به دستور دادستان به کلیه تخلقات او توأماً در شعبه واحد دادرسی رسیدگی می شود.

ماده 22- تحقیقات در دادرسی غیرعلنی است.

فصل دوم / در احضار شاکی و مشتکی عنه و ترتیب ابلاغ

ماده 23- احضار شاکی و مشتکی عنه با احضاریه به عمل می آید. احضاریه در دو نسخه تنظیم و ارسال می شود که یک نسخه از آن به شاکی یا مشتکی عنه تسلیم و نسخه دیگر پس از امضا، اعاده می گردد. در احضاریه مشخصات مخاطب جهت احضار و تاریخ و محل حضور قید می شود.

تبصره- فاصله بین ابلاغ احضاریه تا تاریخ حضور نباید کمتر از سه روز باشد. در مواردی که جنبه فوریت داشته باشد، می توان مشتکی عنه را زودتر احضار کرد. در صورت امتناع مخاطب از گرفتن اوراق، مراتب در برگ احضاریه قید می شود.

ماده 24- هرگونه ابلاغ اوراق در محل کار یا مطب یا در محل اقامت به عمل می آید و می تواند به طریق مقتضی دیگر از جمله پست الکترونیک یا دورنگار و در موارد فوری به وسیله تلفن انجام گیرد. در صورت اخیر باید از اطلاع مخاطب اطمینان حاصل شود.

ماده 25- صاحبان حرفه های پزشکی و وابسته در صورت تغییر نشانی مکلف اند نشانی جدید خود را کتباً اعلام نمایند. در غیر این صورت اوراق به آدرسی که در سوابق سازمان نظام پزشکی موجود است ارسال گردیده و ابلاغ شده محسوب می شود و ادعای عدم اطلاع پذیرفته نیست.

ماده 26- دادرسی نباید کسی را بدون دلیل احضار کند.

فصل سوم / اقدامات دادرسی پس از خاتمه تحقیقات

ماده 27- چنانچه پس از انجام تحقیقات لازم، دلایل ارتکاب کفایت داشته باشد، دادیار نظر خود را به دادستان یا معاون او کتباً اعلام نموده و در صورت موافقت با تنظیم کیفرخواست، از هیئت بدوی انتظامی تقاضای مجازات متخلف را می نماید. مشخصات کیفرخواست همان است که در قانون آمده است.

ماده 28- دبیرخانه دادسرا پرونده را به انضمام کیفرخواست به دفتر هیئت بدوی ارسال می نماید.

ماده 29- چنانچه متخلف دارای سوابق انتظامی دیگری باشد، به منظور رعایت تعدد و تکرار باید در کیفرخواست به آن تصریح شود.

ماده 30- در صورتی که فعل یا ترک فعل انتسابی در فرض وقوع و صحت، تخلف نباشد یا تخلف ادعایی متوجه مشتکی عنه نباشد یا دلایل برای تعقیب کافی نباشد، دادسرا قرار منع تعقیب صادر می کند.

ماده 31- در صورتی که متخلف فوت نموده یا دچار جنون گردد یا تخلف انتسابی مشمول مرور زمان باشد یا قبلاً همان تخلف مورد رسیدگی واقع و مختومه شده باشد، قرار موقوفی تعقیب صادر می شود.

تبصره - کلیه قرارهای صادره توسط دادیار باید با موافقت دادستان یا معاون اول وی باشد.

ماده 32- چنانچه دادستان با قرارهای منع یا موقوفی تعقیب موافقت نماید، قرار صادره باید با تذکر حق اعتراض به شاکی یا مرجع اعلام تخلف ابلاغ گردد. مهلت اعتراض بیست روز از تاریخ ابلاغ است و مرجع رسیدگی به آن هیئت بدوی انتظامی است.

ماده 33- در صورتی که رسیدگی به تخلف منوط به اثبات امری باشد که اتخاذ تصمیم در خصوص آن در صلاحیت مرجع دیگری بوده و تفکیک تخلف ممکن نباشد، رسیدگی تا تعیین تکلیف از مرجع صلاحیت دار متوقف و مراتب به شاکی ابلاغ می گردد.

ماده 34- در صورتی که چندین نفر در پرونده تحت تعقیب بوده و پرونده نسبت به تخلفات بعضی از آنان مهیای صدور کیفرخواست باشد، دادستان می تواند نسبت به آنها تعیین تکلیف نماید، مگر اینکه صدور کیفرخواست جداگانه با توجه به نحوه روابط و دخالت افراد، ممکن نباشد.

ماده 35- در صورتی که یک نفر به ارتکاب تخلفات متعددی در پرونده تحت تعقیب باشد و به نظر دادستان تحقیقات پرونده نسبت به بعضی از آن تخلفات کامل بوده و تفکیک آن بخش ممکن باشد، نسبت به همان قسمت کیفرخواست صادر شده و پرونده در مورد سایر قسمت ها مفتوح مانده و رسیدگی ادامه خواهد یافت.

ماده 36- چنانچه تخلف در حوزه نظام پزشکی دیگری واقع شده باشد، پرونده با صدور قرار عدم صلاحیت به آن مرجع ارسال می شود.

ماده 37- در صورتی که شکایت شاکی یا اعلام کننده واجد عنوان جزایی باشد، مراتب با صدور قرار عدم صلاحیت به مراجع قضایی اعلام می گردد.

تبصره- رسیدگی و اقدامات مراجع قضایی در هر حال مانع رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای متخلفان در دادسراها و هیئت‌های انتظامی نمی‌باشد.

ماده 38- چنانچه انجام تحقیقات در مورد تخلف اعلام شده یا انجام امر کارشناسی در حوزه نظام پزشکی دیگری لازم باشد، با اعطای نیابت، انجام آن مطالبه می‌شود. موارد نیابت و چگونگی اقدام باید تصریح شود. دادسراها و هیئت‌های انتظامی در حدود نیابت، اقدام و پرونده را اعاده می‌نمایند.

ماده 39- اعضای دادسراها و هیئت‌های انتظامی در موارد زیر در رسیدگی و صدور رأی شرکت نمی‌کنند:

الف- عضو هیئت (عضو دادسرا) یا همسر ایشان با شاکی یا مشتکی عنه، قرابت نسبی یا سببی تا درجه دوم از طبقه سوم داشته باشند. (قرابت یا نسبی است و یا سببی. قرابت نسبی به ترتیب طبقات ذیل است: طبقه اول- پدر، مادر، اولاد و اولاد اولاد. طبقه دوم- برادر و خواهر و اولاد آنها به علاوه اجداد و اجداد اجداد. طبقه سوم- عمو، عمه، دایی، خاله و اولاد آنها. در هر طبقه درجات قرب و بعد قرابت نسبی به عده نسل‌ها در آن طبقه معین می‌گردد. مثلاً در طبقه اول قرابت پدر و مادر با اولاد در درجه اول و نسبت به اولاد اولاد در درجه دوم از طبقه اول خواهد بود و یا در طبقه سوم قرابت عمو و دایی در درجه اول از طبقه سوم و قرابت اولاد آنها در درجه دوم از همان طبقه است. شایان ذکر است که هرکس در هر خط و درجه که با یک نفر قرابت نسبی داشته باشد، در همان خط و به همان درجه قرابت سببی با زوج یا زوجه او خواهد داشت.)

ب- عضو هیئت (عضو دادسرا) یا همسر ایشان با شاکی یا مشتکی عنه دعوای حقوقی یا جزایی داشته باشند.

ج- عضو هیئت (عضو دادسرا) یا همسر ایشان در دعوای طرح شده ذینفع باشند.

د- عضو هیئت یا عضو دادسرا قبلاً در پرونده اظهار نظر انتظامی نموده باشند.

تبصره 1- کارشناسان انتظامی برای هر پرونده فقط در یک مرحله می‌توانند اظهار نظر تخصصی نمایند.

تبصره 2- اعضای دادسرا و هیئت‌های انتظامی بدوی و تجدیدنظر و عالی نمی‌توانند همزمان در هیئت دیگری عضویت داشته باشند. (الحاقی مورخ ۸/۷/۱۳۹۵)

ماده 40- تصمیمات دادسرا از طریق دبیرخانه ابلاغ می‌شود.

باب دوم: هیئت بدوی انتظامی

فصل اول / حوزه صلاحیت

ماده 41- قلمرو صلاحیت هیئت بدوی حوزه‌ای است که توسط شورای عالی تعیین می‌شود و محل آن مقر نظام پزشکی آن شهرستان است.

ماده 42- رسیدگی به تخلف در هیئت بدوی که تخلف در حوزه آن واقع شده، به عمل می‌آید.

تبصره- شورای عالی می‌تواند در صورت درخواست رئیس هیئت‌مدیره نظام پزشکی شهرستان مربوط و یا رئیس کل سازمان، رسیدگی به تخلف واقع شده را به هیئت بدوی شهرستان دیگری محول نماید.

ماده 43- چنانچه شخصی مرتکب چندین تخلف در حوزه‌های مختلف شود، هیئتی به تخلفات او رسیدگی می‌نماید که مهم‌ترین تخلف با توجه به میزان مجازات در حوزه آن واقع شده است. چنانچه تخلفات ارتكابی از حیث مجازات انتظامی از یک درجه باشند، هیئتی که ابتدا شروع به رسیدگی کرده است صلاحیت دارد.

ماده 44- در مورد تعدد تخلف هرگاه تخلفات ارتكابی مختلف باشند، باید برای هریک از تخلفات، مجازات انتظامی جداگانه در نظر گرفته شود و اگر مختلف نباشند، تعدد تخلف از علل تشدید مجازات بوده و فقط یک مجازات انتظامی در نظر گرفته می‌شود.

ماده 45- هرکس به موجب رأی قطعی هیئت‌های انتظامی نظام پزشکی محکومیت حاصل نماید، چنانچه بعد از اجرای حکم، مرتکب تخلف انتظامی گردد، هیئت‌های انتظامی می‌توانند مجازات وی را تشدید نمایند.

تبصره- هرگاه در حین صدور رأی، محکومیت‌های سابق متخلف معلوم نبوده و بعداً محرز گردد، مراتب به هیئت صادرکننده حکم قطعی اعلام می‌گردد تا مطابق مقررات این ماده اقدام گردد.

ماده 46- چنانچه بین دو هیئت انتظامی واقع در حوزه یک استان در مورد صلاحیت محلی اختلاف شود، رفع اختلاف با هیئت تجدیدنظر انتظامی استان است و اگر بین دو هیئت انتظامی در استان‌های مختلف در مورد صلاحیت محلی اختلاف شود، رفع اختلاف با هیئت عالی انتظامی است.

فصل دوم / سازمان و تشکیلات هیئت بدوی انتظامی

ماده 47- ترکیب اعضای هیئت بدوی و طرز انتخاب آنان به ترتیبی است که در قانون آمده است. هیئت بدوی دارای دفتری است که تصدی آن با رئیس دفتر بوده و تحت نظارت رئیس هیئت انجام وظیفه می‌کند.

ماده 48- چنانچه هیئت بدوی دارای شعب متعدد باشد، رئیس شعبه اول مسئولیت امور اداری و ارجاع پرونده‌ها را عهده‌دار می‌باشد.

ماده 49- اعضای هر هیئت در اولین جلسه بارأی مخفی و به اکثریت آرا از بین خود یک نفر را به عنوان رئیس و یک نفر را به عنوان دبیر هیئت برای مدت دو سال انتخاب می نمایند. تجدید انتخاب ایشان برای دوره بعد بلاشکال است. تعیین تعداد جلسات هیئت و زمان تشکیل آن ها با توجه به تناسب پرونده ها و تراکم امور توسط اعضا تعیین می شود.

تبصره 1- مسئولیت اداره جلسات هیئت با رئیس و در غیاب وی با دبیر هیئت است و چنانچه هیچ یک از ایشان در جلسه حضور نداشته باشند، اعضای حاضر از بین خود و با اکثریت آرا یک نفر را برای اداره همان جلسه معین می نمایند.

تبصره 2- احکام رئیس و دبیر هیئت بدوی انتظامی توسط رئیس کل سازمان صادر می گردد.

ماده 50- اعضای هیئت بدوی مکلف اند به طور منظم در جلسات هیئت شرکت نمایند. در صورتی که بدون عذر موجه یا بدون موافقت قبلی رئیس هیئت، ظرف مدت یک سال در 3 جلسه متوالی یا 5 جلسه متناوب غیبت داشته باشند، با اعلام رئیس هیئت بدوی به رئیس هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان مربوط، نسبت به جایگزینی ایشان اقدام خواهد گردید.

فصل سوم / نحوه رسیدگی هیئت بدوی انتظامی

ماده 51- با وصول پرونده به هیئت بدوی، دفتر هیئت آن را به نوبت ثبت نموده و با دستور رئیس هیئت، مشتکی عنه را احضار نموده و کیفرخواست دادسرا و ضمائم آن را به رؤیت وی رسانده و اخطار می نماید چنانچه پاسخی داشته باشد کتباً و ظرف مدت ده روز به دفتر هیئت تسلیم نماید.

تبصره- رئیس هیئت می تواند در موارد ضرورت، پرونده را خارج از نوبت در هیئت مطرح نماید.

ماده 52- پس از وصول پاسخ یا عدم وصول آن و انقضای مهلت معین، پرونده به نظر رئیس همان هیئت می رسد.

ماده 53- پرونده ها به نوبت توسط رئیس هیئت به یکی از اعضا ارجاع می شود. عضو هیئت مکلف است ظرف مدت یک هفته خلاصه ای از جریان شکایت انتظامی و دلایل طرفین و چگونگی آن را ضمن اظهار عقیده خود کتباً اعلام نماید تا در جلسه هیئت مطرح شود. هیئت با توجه به تحقیقات انجام شده و گزارش کتبی عضو محقق به شرح آتی اتخاذ تصمیم می نماید:

الف- چنانچه اخذ توضیحی لازم باشد با تعیین وقت از طرفین دعوت به عمل می آید. موارد سؤال باید در صورت مجلس هیئت و در اخطاریه ها قید شده و زمان و محل جلسه نیز تصریح شود. در جلسه معین، هیئت در حدود موارد سؤال رسیدگی می نماید. عدم حضور طرفین مانع از رسیدگی و صدور رأی نمی باشد.

ب- در مواردی که از طرفین دعوت به عمل می آید، ابتدا از شاکی و شهود و کارشناس در صورتی که احضار شده باشند و سپس از مشتکی عنه و شهود و کارشناسی که معرفی کرده باشد تحقیق به عمل می آید.

ج- چنانچه تحقیقات کامل نباشد یا اخذ توضیح از کارشناس لازم باشد، هیئت می تواند رأساً نسبت به تکمیل تحقیقات اقدام نموده یا با ذکر موارد توضیح، از کارشناس یا کارشناسان کتباً استعلام نماید یا پرونده را با تصریح موارد نقص و چگونگی انجام تحقیقات به دادسرا اعاده دهد.

د- در صورتی که تحقیقات کامل و پرونده مهیای صدور رأی باشد، هیئت با اعلام ختم رسیدگی رأی مقتضی صادر می نماید.

ه- چنانچه هیئت معتقد باشد دلایل ابرازی برای احراز تخلف کفایت نداشته یا تخلف انتسابی به مشتکی عنه توجه ندارد یا فعل و ترک فعل انتسابی به فرض صحت، تخلف نیست، بدون لزوم تعیین وقت، حکم به برائت می دهد.

و- در صورتی که فعل یا ترک فعل انتسابی منطبق با عنوان دیگری جز آنچه که در کیفرخواست به آن استناد شده باشد، هیئت به تشخیص خود و با تطبیق تخلف با عنوان مورد نظر اقدام به صدور رأی می نماید.

ز- در مواردی که هیئت بدوی به دنبال اعتراض شاکی، قرار منع یا موقوفی تعقیب دادسرا را فسخ می کند، رأساً به ماهیت موضوع رسیدگی نموده و رأی مقتضی صادر می نماید.

ح- چنانچه معاینه یا تحقیق محلی ضروری باشد، به دستور رئیس هیئت، یکی از اعضای هیئت آن را اجرا می کند.

ماده 54- در صورتی که تخلف در حوزه هیئت بدوی دیگری واقع شده یا هیئت فاقد صلاحیت ذاتی باشد، با صدور قرار عدم صلاحیت پرونده را به مرجع مربوط ارسال می نماید.

ماده 55- هیئت بدوی در حدود کیفرخواست رسیدگی نموده و خارج از آن حق رسیدگی ندارد. چنانچه در جریان بررسی به تخلفات دیگری برخورد نماید، مکلف است آن را به دادسرا اعلام کند.

ماده 56- در صورتی که چندین نفر در پرونده تحت تعقیب بوده و پرونده نسبت به تخلفات بعضی از آنان مهیای صدور رأی باشد، هیئت می تواند با صدور رأی نسبت به آن بخش تعیین تکلیف نماید، مگر اینکه صدور رأی جداگانه با توجه به نحوه روابط و دخالت آنان ممکن نباشد.

ماده 57- در صورتی که یک نفر به ارتکاب تخلفات متعددی در پرونده تحت تعقیب باشد و به نظر هیئت بدوی تحقیقات پرونده نسبت به بعضی از آن تخلفات کامل بوده و تفکیک آن بخش ممکن باشد، هیئت همان قسمت را مورد رسیدگی و صدور رأی قرار می دهد و پرونده در مورد سایر قسمت ها مفتوح مانده و رسیدگی ادامه خواهد یافت.

ماده 58- چنانچه تخلفات یکی از صاحبان حرفه های پزشکی و وابسته در شعب متعدد هیئت بدوی مطرح باشد، به منظور رعایت تعدد و رسیدگی توأم و به دستور رئیس شعبه اول، پرونده ها به شعبه ای ارجاع می شود که تاریخ ارجاع آن مقدم است.

ماده 59- رأی هیئت بدوی به اکثریت آرا صادر و ابلاغ می‌شود. نظر اقلیت نیز در صورت مجلس ثبت می‌گردد.

ماده 60- هیئت بدوی می‌تواند از دادستان یا جانشین قانونی او برای دفاع از کیفرخواست دعوت به عمل آورد. عدم حضور ایشان مانع از رسیدگی نیست.

تبصره- دادستان می‌تواند در موارد ضروری برای دفاع از کیفرخواست با هماهنگی رئیس هیئت بدوی در جلسه هیئت شرکت نماید.

ماده 61- هیئت باید در ذیل رأی خود قابلیت و مهلت اعتراض و مرجع آن را تصریح نماید. این امر مانع از این نخواهد بود که اگر هیئت بدوی رأی غیرقطعی را قطعی اعلام کند هر یک از طرفین درخواست تجدیدنظر نمایند.

ماده 62- آرای هیئت بدوی باید مستدل و موجه بوده و مستند به قانون یا مقررات مربوط اعم از آئین‌نامه، تصویب‌نامه و مصوبات و دستورالعمل‌ها و نظامات معین باشد. چنانچه تخلف انتسابی، تخطی و نقض یکی از اصول علمی و موازین فنی بوده و در مقررات پزشکی فاقد عنوان صریح باشد، هیئت مکلف است مستند علمی و مأخذ و مرجع آن را در رأی خود ذکر نماید.

ماده 63- هیئت‌های بدوی انتظامی در مواردی که مطابق تبصره (3) ماده 35 قانون از طرف مراجع قضایی برای اعلام نظر کارشناسی و تخصصی مورد استعلام قرار می‌گیرند، می‌توانند رأساً نسبت به موضوع اظهارنظر نمایند. چنانچه اظهارنظر مستلزم جلب نظر کارشناس و دخالت اشخاص خبره باشد، می‌توانند نظر آنان یا کمیسیون‌های تخصصی مشورتی را استعلام و سپس با اظهارنظر خود به مراجع قضائی اعلام نمایند.

ماده 64- هیئت بدوی مکلف است در مهلتی که از طرف مراجع قضایی تعیین می‌گردد نسبت به موضوع اظهارنظر نموده و چنانچه این امر در مهلت معین مقدور نباشد، از مرجع مزبور استمهال نماید.

باب سوم: هیئت تجدیدنظر انتظامی

فصل اول / آرای قابل تجدیدنظر

ماده 65- آرای قابل تجدیدنظر هیئت‌های بدوی انتظامی عبارت‌اند از:

الف- احکام برائت یا محکومیت.

ب- قرارهای منع یا موقوفی تعقیب دادسرا که مورد تأیید هیئت بدوی انتظامی قرار گرفته است.

ماده 66- مرجع تجدیدنظرخواهی از آرای هیئت‌های بدوی هر حوزه انتظامی، هیئت تجدیدنظر مرکز همان استان است.

فصل دوم / اشخاص ذینفع جهت درخواست تجدیدنظر

ماده 67- اشخاص ذیل، حق درخواست تجدیدنظر را دارند:

الف- محکوم علیه یا نماینده قانونی او.

ب- شاکی یا مراجع مندرج در ماده 30 قانون.

ج- دادستان انتظامی در مواردی که دادسرای انتظامی مطابق با بندهای «ب، ج، د، ه» ماده 30 قانون تشکیل سازمان شروع به رسیدگی نموده است. (الحاقی مورخ ۸/۷/۱۳۹۵)

فصل سوم / درخواست تجدیدنظر و مقدمات رسیدگی

ماده 68- متقاضی تجدیدنظر باید درخواست خود را ظرف مهلت بیست روز از تاریخ ابلاغ رأی به دفتر هیئت بدوی صادرکننده رأی تسلیم نماید.

مرجع یادشده باید بلافاصله پس از وصول درخواست آن را ثبت نموده و رسیدی مشتمل بر تاریخ و نام متقاضی و طرف شکایت تسلیم نماید و روی کلیه برگه های درخواست تجدیدنظر، همان تاریخ را قید کند. این تاریخ، تاریخ تجدیدنظرخواهی محسوب می شود.

تبصره - پس از تسلیم درخواست تجدیدنظر، مدیر دفتر هیئت بدوی پس از تکمیل، اصل پرونده را ظرف مدت یک هفته به مرجع تجدیدنظر ارسال می نماید.

ماده 69- درخواست تجدیدنظر باید مشتمل بر نکات زیر باشد:

الف- نام و نام خانوادگی و محل سکونت و سایر مشخصات تجدیدنظرخواه و نماینده قانونی او (در صورتی که درخواست تجدیدنظر را نماینده داده باشد).

ب- نام و نام خانوادگی و محل سکونت و سایر مشخصات تجدیدنظر خوانده.

ج- رأی صادره که از آن تجدیدنظرخواهی شده، هیئت بدوی صادرکننده رأی و تاریخ ابلاغ.

د- دلایل تجدیدنظرخواهی.

ماده 70- درخواست تجدیدنظر و ضمائم آن باید در دو نسخه تنظیم و هزینه آن به میزانی که توسط شورای عالی تعیین شده، پرداخت گردد. چنانچه به تشخیص رئیس هیئت تجدیدنظر و یا رئیس هیئت مدیره نظام پزشکی محل، متقاضی فاقد بضاعت باشد از پرداخت هزینه معاف است.

ماده 71- مدیر دفتر هیئت تجدیدنظر ظرف مدت یک هفته از تاریخ وصول پرونده، درخواست تجدیدنظر و ضمائم آن را برای تجدیدنظر خوانده ارسال و یا آن را به رؤیت وی رسانده و اخطار می نماید چنانچه پاسخی دارد ظرف مدت ده روز تسلیم نماید.

ماده 72- چنانچه درخواست تجدیدنظر خارج از مهلت تقدیم شده باشد، هیئت تجدیدنظر قرار رد درخواست تجدیدنظرخواهی صادر می نماید.

ماده 73- چنانچه متقاضی تجدیدنظر درخواست خود را مسترد دارد، هیئت تجدیدنظر قرار رد آن را صادر نموده و رأی هیئت بدوی به قوت خود باقی خواهد ماند.

فصل چهارم / سازمان و ترکیب هیئت تجدیدنظر انتظامی

ماده 74- ترکیب هیئت تجدیدنظر و طرز انتخاب اعضای آن به ترتیبی است که در قانون آمده است. هیئت تجدیدنظر دارای دفتری است که تصدی آن با رئیس دفتر بوده و تحت نظارت رئیس هیئت انجام وظیفه می کند.

ماده 75- در صورتی که هیئت تجدیدنظر دارای شعب متعدد باشد، رئیس شعبه اول امور اداری و ارجاع پرونده ها را عهده دار است.

ماده 76- اعضای هیئت تجدیدنظر در اولین جلسه بارأی مخفی و به اکثریت آرا از بین خود یک نفر را به عنوان رئیس و یک نفر را به عنوان دبیر هیئت برای مدت دو سال انتخاب می نمایند. تجدید انتخاب ایشان برای دوره بعد بلاشکال است. تعیین تعداد جلسات هیئت و زمان تشکیل آن ها با توجه به تعداد و تناسب پرونده ها با مشاوره اعضا توسط رئیس هیئت تعیین می شود.

تبصره 1- اداره جلسات هیئت با رئیس و در غیاب او با دبیر هیئت خواهد بود و در صورتی که هیچ یک از ایشان در جلسه هیئت حضور نداشته باشند، اعضای حاضر از میان خود و با اکثریت آرا یک نفر را برای اداره همان جلسه انتخاب می نمایند.

تبصره 2- احکام رئیس و دبیر هیئت تجدیدنظر انتظامی توسط رئیس کل سازمان صادر می گردد.

ماده 77- اعضای هیئت تجدیدنظر مکلفاند به طور منظم در جلسات هیئت شرکت نمایند. در صورتی که بدون عذر موجه یا بدون موافقت قبلی رئیس هیئت، ظرف مدت یک سال در 3 جلسه متوالی یا 5 جلسه متناوب غیبت داشته باشند، با اعلام رئیس هیئت تجدیدنظر به رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی های استان مربوط، نسبت به جایگزینی ایشان اقدام خواهد گردید.

ماده 78- پس از وصول پرونده به هیئت تجدیدنظر، هیئت به نوبت رسیدگی می نماید. مگر اینکه به تشخیص رئیس هیئت رسیدگی خارج از نوبت لازم باشد.

ماده 79- پرونده ها به نوبت توسط رئیس هیئت به یکی از اعضا ارجاع می شود. عضو هیئت مکلف است ظرف یک هفته خلاصه ای از جریان پرونده و دلایل طرفین و جهات تجدیدنظرخواهی را ضمن اظهار عقیده خود کتباً اعلام نماید تا در اولین جلسه پس از آن مطرح شود. هیئت با توجه به تحقیقات به عمل آمده و گزارش کتبی عضو محقق و مشاوره، به شرح آتی اتخاذ تصمیم می نماید:

الف- چنانچه با توجه به مدافعات طرفین و دلایل آن، حضور طرفین برای اخذ توضیح لازم باشد با تعیین وقت از آنان دعوت به عمل می آورد. موارد سؤال در صورت مجلس هیئت و در احضاریه ها قید می شود. عدم حضور مانع رسیدگی نمی باشد.

تبصره- احضار طرفین و سایر ترتیبات مربوط به آن مطابق مقررات هیئت بدوی انتظامی است.

ب- اگر رأی تجدیدنظر خواسته در حدود قانون و مقررات مربوط صادر شده باشد، ضمن تأیید، آن را به هیئت بدوی صادرکننده رأی اعاده می دهد.

ج- چنانچه رأی از هیئت بدوی فاقد صلاحیت صادر شده باشد، هیئت تجدیدنظر آن را نقض و پرونده را به مرجع صالح ارجاع می نماید.

د- اگر عملی که محکوم علیه به علت ارتکاب آن محکوم شده به فرض ثبوت تخلف نباشد یا به لحاظ سایر جهات قانونی قابل تعقیب نبوده یا متوجه محکوم علیه نباشد و هیئت تجدیدنظر برائت محکوم علیه را احراز کند، رأی بدوی را نقض و برائت او را صادر می کند.

ذ- چنانچه رأی تجدیدنظر خواسته از حیث رعایت مقررات یا اصول و موازین علمی و فنی مخدوش یا غیرموجه باشد، هیئت رأی را نقض و رأی مقتضی صادر می نماید. (الحاقی مورخ ۸/۷/۱۳۹۵)

ه- چنانچه به نظر هیئت، تحقیقات کامل نباشد یا اخذ توضیح از کارشناس لازم باشد، هیئت می تواند رأساً تحقیقات موردنظر را انجام یا از کارشناس استعلام نموده یا اینکه انجام آن را از دادسرا و یا هیئت بدوی انتظامی بخواهد.

و- اگر رأی هیئت بدوی به صورت قرار باشد و به هر علت نقض شود، پرونده جهت رسیدگی به هیئت مذکور ارسال می شود. هیئت بدوی مکلف است به ماهیت موضوع رسیدگی و رأی صادر نماید.

ز- چنانچه سمت تجدیدنظرخواه محرز نباشد، هیئت قرار رد درخواست تجدیدنظرخواهی صادر می‌نماید.

ح- هیئت تجدیدنظر می‌تواند از دادستان یا جانشین قانونی او برای دفاع از کیفرخواست دعوت به عمل آورد. عدم حضور ایشان مانع از رسیدگی نیست.

تبصره- دادستان می‌تواند در موارد ضروری برای دفاع از کیفرخواست با هماهنگی رئیس هیئت تجدیدنظر در جلسه هیئت شرکت نماید.

ماده 80- هیئت تجدیدنظر به آنچه که موضوع رسیدگی هیئت بدوی قرار گرفته و نسبت به آن تجدیدنظرخواهی شده رسیدگی می‌نماید و خارج از آن حق رسیدگی ندارد.

تبصره- نسبت به مواردی که هیئت بدوی رسیدگی ننموده، هیئت تجدیدنظر با ذکر موارد، پرونده را جهت رسیدگی و صدور رأی به هیئت بدوی اعاده می‌نماید.

ماده 81- چنانچه رأی هیئت بدوی در اساس قضیه و چگونگی احراز تخلف، صحیح صادر شده باشد ولی از حیث تطبیق آن با ماده استنادی مواجه با اشکال باشد، هیئت تجدیدنظر ضمن اصلاح آن، رأی صادره را تأیید می‌نماید.

ماده 82- هیئت تجدیدنظر حق تشدید مجازات انتظامی را ندارد مگر اینکه شاکی از رأی صادره تجدیدنظرخواهی کرده باشد.

ماده 83- چنانچه در رأی هیئت بدوی از نظر احتساب مدت محکومیت یا تعیین مشخصات طرفین و یا تنظیم و نوشتن رأی، سهو قلم رخ داده باشد (مانند از قلم افتادن کلمه‌ای یا زیاد شدن آن) هیئت تجدیدنظر آن را تصحیح می‌نماید.

ماده 84- چنانچه یکی از صاحبان حرفه‌های پزشکی یا وابسته در شعب متعدد هیئت تجدیدنظر مرکز یک استان و در پرونده‌های متعدد تحت تعقیب باشد، رئیس شعبه اول پس از اطلاع، به منظور رسیدگی توأم و رعایت مقررات تعدد، پرونده ها را به شعبه‌ای که تاریخ ارجاع آن مقدم است ارجاع می‌دهد.

ماده 85- در صورتی که یک نفر به ارتکاب تخلفات متعددی در پرونده تعقیب و محکوم شده باشد و به نظر هیئت تجدیدنظر، تحقیقات پرونده نسبت به بعضی از آن تخلفات کامل بوده و تفکیک آن بخش نیز ممکن باشد، هیئت همان قسمت را مورد رسیدگی و صدور رأی قرار می‌دهد و پرونده در مورد سایر قسمت‌ها مفتوح مانده و رسیدگی ادامه خواهد یافت.

ماده 86- چنانچه اشخاص متعددی موضوع رسیدگی در هیئت تجدیدنظر باشند و به نظر هیئت، رسیدگی نسبت به شخص یا اشخاصی از آنان مهیای صدور رأی باشد، نسبت به آنان تعیین تکلیف خواهد شد.

ماده 87- آرای صادره از هیئت تجدیدنظر جز در مورد احکام محرومیت از اشتغال، قطعی است.

ماده 88- رأی هیئت تجدیدنظر به اکثریت آرا صادر و ابلاغ می‌شود. نظر اقلیت نیز در صورت مجلس هیئت ثبت می‌گردد.

ماده 89- هیئت در مورد آرای قابل تجدیدنظر مکلف است قابلیت اعتراض، مهلت و مرجع تجدیدنظر را در ذیل رأی تصریح کند.

ماده 90- هیئت تجدیدنظر انتظامی در مواردی که مطابق تبصره (5) ماده (35) قانون مکلف به رسیدگی به اعتراض نسبت به نظریه کارشناسی و تخصصی است، چنانچه نظریه کارشناسی هیئت بدوی مطابق مدارک و اوضاع و احوال مسلم و معلوم قضیه باشد، آن را تأیید و به مرجع مربوط اعلام می‌نماید و در صورتی که اظهار نظر نسبت به آن مستلزم جلب نظر کارشناسان دیگر باشد، می‌تواند نظر آنان را استعلام نموده و سپس با اظهار نظر صریح خود به مراجع قضائی اعلام نماید.

تبصره- هیئت تجدیدنظر مکلف است در مهلتی که از طرف مراجع قضائی تعیین می‌شود، نسبت به موضوع اظهار نظر نموده و چنانچه این امر در مهلت معین مقدور نباشد، از مرجع مزبور استمهال نماید.

باب چهارم: هیئت عالی انتظامی

فصل اول / سازمان و تشکیلات

ماده 91- مقر هیئت عالی در تهران است و ترکیب و طرز انتخاب اعضای آن همان است که در قانون پیش‌بینی شده است.

ماده 92- چنانچه هیئت عالی دارای شعب متعدد باشد، رئیس شعبه اول، عهده‌دار مسئولیت امور اداری از جمله ارجاع پرونده‌ها است.

ماده 93- هر هیئت دارای یک رئیس و یک دبیر می‌باشد که در اولین جلسه و بارأی مخفی اکثریت اعضا، برای مدت 2 سال انتخاب می‌شوند. تجدید انتخاب آن‌ها برای دوره بعد بلاشکال است. تعداد جلسات هیئت و زمان تشکیل آن‌ها با توجه به تناسب پرونده‌ها و تراکم امور با مشاوره اعضا توسط رئیس هیئت تعیین می‌شود.

تبصره 1- اداره جلسات با رئیس و در غیاب وی با دبیر هیئت بوده و چنانچه هیچ‌یک از ایشان در جلسه حضور نداشته باشند، اعضای حاضر از میان خود و با اکثریت آرا یک نفر را برای اداره همان جلسه انتخاب می‌نمایند.

تبصره 2- احکام رئیس و دبیر هیئت عالی انتظامی توسط رئیس کل سازمان صادر می‌گردد.

تبصره 3- اعضاء هیئت عالی مکلفاند به طور منظم در جلسات هیئت شرکت نمایند. در صورتی که بدون عذر موجه یا بدون موافقت قبلی رئیس هیئت ظرف مدت یک سال در 3 جلسه متوالی یا 5 جلسه متناوب غیبت داشته باشند، با اعلام رئیس هیئت عالی به رئیس کل سازمان، نسبت به جایگزینی ایشان اقدام خواهد گردید. (الحاقی مورخ ۵/۹/۱۳۹۴)

ماده 94- هیئت عالی دارای دفتری است که تصدی آن با رئیس دفتر بوده و تحت نظارت رئیس هیئت انجام وظیفه می کند.

فصل دوم / صلاحیت و حدود وظایف هیئت عالی انتظامی

ماده 95- صلاحیت و حدود وظایف هیئت عالی به شرح ذیل است:

الف- تجدیدنظر نسبت به آرای موضوع بندهای (د)، (ه)، (و) و (ز) تبصره یک ماده 28 قانون.

تبصره: منظور از آرای قابل تجدیدنظر اعم است از آرای محکومیت یا برائت صاحبان حرفه های پزشکی و وابسته در مورد محرومیت از اشتغال.

ب- رسیدگی مجدد نسبت به آرای قطعی بدوی یا تجدیدنظر که خلاف قانون صادر شده است، به درخواست رئیس کل سازمان.

تبصره: منظور از آرای قطعی آرای است که یا در مهلت مقرر از آن تجدیدنظرخواهی نشده یا آرای که از هیئت تجدیدنظر انتظامی صادر شده باشد.

ج- رسیدگی به اعتراضات و شکایات اشخاص از طرز کار دادسراها و هیئت های بدوی و تجدیدنظر انتظامی.

د- نظارت عالی بر دادسراها و هیئت های بدوی و تجدیدنظر انتظامی.

ه- ایجاد هماهنگی و وحدت رویه در امور هیئت های انتظامی.

و- رسیدگی به اعتراض طرفین یا نمایندگان قانونی آنان نسبت به نظریه کارشناسی هیئت بدوی انتظامی موضوع تبصره (5) ماده (35) قانون.

فصل سوم / درخواست تجدیدنظر از هیئت عالی انتظامی و مقدمات و نحوه رسیدگی هیئت

ماده 96- اشخاص ذیل حق درخواست تجدیدنظر از هیئت عالی را دارند:

الف- محکوم علیه یا نماینده قانونی او.

ب- شاکی یا نماینده قانونی او.

ج- دادستان انتظامی در مواردی که دادرسی انتظامی مطابق با بندهای «ب، ج، د، ه» ماده 30 قانون تشکیل سازمان شروع به رسیدگی نموده است. (الحاقی مورخ ۸/۷/۱۳۹۵)

ماده 97- مهلت تجدیدنظرخواهی بیست روز از تاریخ ابلاغ رأی تجدیدنظر خواسته است. چنانچه اعتراض خارج از مهلت به عمل آمده باشد، هیئت قرار رد درخواست تجدیدنظرخواهی صادر می نماید.

ماده 98- هزینه تجدیدنظرخواهی در هیئت عالی مطابق مصوبه شورای عالی است. چنانچه متقاضی به تشخیص رئیس هیئت یا رئیس کل سازمان، فاقد استطاعت باشد، از پرداخت آن معاف خواهد بود.

ماده 99- چنانچه محکوم علیه از تعقیب دعوی تجدیدنظرخواهی در هیئت عالی منصرف شود و درخواست خود را مسترد نماید، هیئت قرار رد درخواست تجدیدنظرخواهی صادر نموده و رأی تجدیدنظر خواسته به قوت خود باقی خواهد ماند.

تبصره- چنانچه پس از استرداد درخواست تجدیدنظر، هیئت عالی رأی صادره را مخالف قوانین و مقررات و یا موازین علمی و فنی تشخیص دهد، می تواند رأساً به موضوع رسیدگی نموده و رأی مقتضی صادر نماید.

ماده 100- رسیدگی در هیئت به نوبت به عمل می آید، مگر اینکه به تشخیص رئیس هیئت، رسیدگی خارج از نوبت ضرورت داشته باشد.

ماده 101- رئیس هیئت، پرونده های ارجاعی را شخصاً بررسی و گزارش آن را تنظیم نموده یا به نوبت به یکی از اعضا ارجاع می نماید. عضو هیئت مکلف است ظرف یک هفته خلاصه ای از جریان پرونده و دلایل طرفین و جهات تجدیدنظرخواهی را ضمن اظهار عقیده خود کتباً اعلام نماید تا در جلسه بعدی هیئت مطرح شود. هیئت با توجه به گزارش عضو محقق و تحقیقات به عمل آمده، مشاوره نموده و به شرح آتی اتخاذ تصمیم می نماید:

الف- در صورتی که به نظر هیئت اخذ توضیحی از طرفین لازم باشد، با تعیین وقت رسیدگی از طرفین دعوت به عمل می آید. موارد اخذ توضیح در صورت مجلس هیئت و در احضاریه های طرفین قید می شود. عدم حضور مانع از رسیدگی نیست.

ب- در مواردی که از طرفین دعوت به عمل می آید، ابتدا از تجدیدنظرخواه یا شهود و کارشناس در صورتی که دعوت شده باشند و سپس از تجدیدنظر خوانده تحقیق می شود. خلاصه اظهارات طرفین باید در صورت مجلس ثبت شود.

ج- هیئت عالی منحصراً در حدود تجدیدنظرخواهی و آنچه که در مرحله تجدیدنظر بررسی شده است حق رسیدگی دارد. چنانچه در جریان بررسی به تخلف جدیدی برخورد نماید، پرونده را جهت رسیدگی به رئیس هیئت مدیره نظام پزشکی محل ارسال می نماید.

د- چنانچه رأی از هیئت بدوی یا تجدیدنظر فاقد صلاحیت صادر شده باشد، هیئت عالی ضمن نقض آن، پرونده را به مرجع صالح ارسال می نماید.

ه- در صورتی که رأی تجدیدنظر خواسته به صورت قرار باشد و به هر علتی نقض شود، پرونده جهت رسیدگی به هیئت تجدیدنظر ارسال می شود. هیئت تجدیدنظر مکلف است به ماهیت موضوع رسیدگی نموده و حکم مقتضی صادر نماید.

و- چنانچه رأی تجدیدنظر خواسته در حدود قانون و مقررات صادر شده باشد، هیئت ضمن تأیید رأی هیئت تجدیدنظر، پرونده را به مرجع مربوط اعاده می دهد.

ز- در صورتی که به نظر هیئت، تحقیقات پرونده کامل نباشد و اخذ توضیح از کارشناس یا شهود برای احراز و کشف واقع لازم باشد، هیئت می تواند رأساً و با دعوت از آنان تحقیقات موردنظر را انجام داده یا کتباً از کارشناس استعلام نماید یا رفع نقایص و تکمیل پرونده را با ذکر موارد نقص از دادسرا یا هیئت های انتظامی بخواهد.

ح- چنانچه رأی تجدیدنظر از حیث رعایت مقررات یا اصول و موازین علمی و فنی، مخدوش یا غیرموجه باشد، هیئت رأی را نقض و رأی مقتضی صادر می نماید.

ماده 102- مقرراتی که در دادرسی بدوی یا تجدیدنظر رعایت می شود، در مرحله رسیدگی در هیئت عالی نیز جاری است، مگر اینکه به موجب قانون یا مقررات آئین نامه ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

ماده 103- هیئت عالی می تواند از دادستان صادرکننده کیفرخواست یا جانشین قانونی او برای دفاع از کیفرخواست دعوت به عمل آورد. عدم حضور ایشان مانع از رسیدگی نیست.

تبصره- دادستان صادرکننده کیفرخواست یا جانشین قانونی او می تواند در موارد ضروری با هماهنگی رئیس هیأت عالی برای دفاع از کیفرخواست در جلسه هیئت شرکت نماید.

ماده 104- هیئت عالی باید در ذیل رأی خود قطعیت آن را تصریح نماید.

ماده 105- با توجه به تبصره الحاقی به ماده 40 قانون، اشخاصی که به آرای قطعی هیئت های بدوی، تجدیدنظر و عالی انتظامی اعتراض داشته باشند می بایست ظرف مدت یک ماه از تاریخ ابلاغ رأی، اعتراض خود را به دفتر هیئت صادرکننده رأی قطعی تسلیم و رسید دریافت نمایند. دفتر هیئت مکلف است اصل پرونده را ضمن برگ شماری، ظرف مدت یک هفته به دفتر کل دادگاه های تجدیدنظر دادگستری استان مربوط ارسال نماید.

تبصره- به درخواست تجدیدنظرخواهی، بر مبنای تعرفه مصوب قوه قضائیه تمبر الصاق می گردد.

فصل چهارم / نحوه رسیدگی به اعتراضات و شکایات از طرز کار هیأت های بدوی و تجدیدنظر انتظامی و اعمال نظارت بر آنها

ماده 106- چنانچه هیئت عالی در جریان رسیدگی به پرونده‌های انتظامی یا در تعقیب شکایت اشخاص یا اعلام مقامات و مراجع اعم از شورای عالی، رئیس‌کل، هیئت‌مدیره، شورای هماهنگی استان، دادستان و معاونین او هرگونه اخلال یا سوء جریانی مشاهده نماید، می‌تواند رأساً به موضوع رسیدگی کرده و مراتب را با ذکر چگونگی آن به هریک از ارکان سازمان که مسئولیت موضوع به عهده آن است، اعلام نموده و رفع آن را بخواهد.

ماده 107- در صورتی که سوء جریان ناشی از مسامحه در رسیدگی به وظایف محوله یا عدم رعایت بی‌طرفی یا اعمال غرض یا جهات دیگری باشد که به حسن جریان امور هیئت‌ها اخلال نماید، هیئت عالی می‌تواند عزل متخلف یا تعقیب انتظامی یا انحلال واحد را از رئیس‌کل سازمان درخواست نماید.

باب پنجم: اجرای احکام و تصمیمات هیئت‌های انتظامی

ماده 108- اجرای احکام و تصمیمات هیئت‌های انتظامی جز در مورد تذکر یا توبیخ شفاهی که در حضور هیئت‌مدیره نظام پزشکی محل صورت می‌گیرد، با دادسرای انتظامی است.

تبصره- آرای محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته در کل کشور (موضوع بندهای ه و ز تبصره یک ماده 28 قانون) توسط سازمان مرکزی جهت اجرای حکم به وزارت بهداشت منعکس گردد. (الحاقی مورخ ۸/۷/۱۳۹۵)

ماده 109- احکام برائت و قرارهای منع یا موقوفی تعقیب که از هیئت‌ها صادر می‌شود، مستلزم اقدام از ناحیه دادسرا نبوده و ابلاغ رأی کفایت دارد.

ماده 110- در مورد اجرای حکم تذکر یا توبیخ شفاهی موضوع بند (الف) ماده 28 قانون که باید در محضر هیئت‌مدیره به عمل آید، دفتر هیئت‌مدیره هماهنگی لازم را به عمل می‌آورد.

تبصره - مدت نصب آرای بند (ج) در تابلو اعلانات دو هفته می‌باشد.

ماده 111- احکام لازم‌الاجرا عبارت‌اند از:

الف- حکم هیئت بدوی که در مهلت مقرر نسبت به آن تجدیدنظرخواهی نشده باشد.

ب- حکم هیئت بدوی که مورد تأیید هیئت تجدیدنظر قرار گرفته باشد.

ج- حکم هیئت تجدیدنظر که پس از نقض رأی بدوی صادر شده باشد.

د- حکم هیئت تجدیدنظر در مورد محرومیت از اشتغال در صورتی که در مهلت مقرر از آن تجدیدنظرخواهی نشده باشد.

ه- حکم هیئت عالی در مورد محکومیت که پس از نقض یا تأیید رأی هیئت تجدیدنظر صادر شده باشد. (اصلاحی مورخ ۸/۷/۱۳۹۵)

و- حکم هیئت عالی که در مقام رسیدگی به درخواست رئیس کل سازمان صادر شده باشد.

ز- حکم قطعی که از دادگاه تجدیدنظر دادگستری استان صادر شده باشد.

ماده ۱۱۲- در مواردی که اجرای حکم باید توسط وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی یا مراجع و مقامات مؤسسات بهداشتی و درمانی اعم از دولتی یا غیردولتی به عمل آید، دادستان ضمن ارسال رونوشت حکم قطعی، دستور اجرای آن را صادر می‌نماید. خودداری و ممانعت از اجرای دستور، مستوجب تعقیب انتظامی است.

ماده ۱۱۳- رفع ابهام یا اجمال از حکم هیئت‌ها، با هیئت صادرکننده حکم قطعی است، لیکن رفع اشکالات مربوط به نحوه اجرای حکم با دادسرا است.

ماده ۱۱۴- آموزش نحوه اجرای حکم و نظارت کامل بر چگونگی اجرا با دادستان است. دادستان می‌تواند معاون یا یکی از دادیاران را به این منظور تعیین نماید.

ماده ۱۱۵- هرگاه رأی صادره راجع به چند نفر باشد و در موعد مقرر بعضی از ایشان از آن، تجدیدنظرخواهی کرده باشند، رأی مزبور نسبت به بقیه پس از انقضای مهلت تجدیدنظرخواهی قطعی و لازم‌الاجراست.

ماده ۱۱۶- واحد اجرای احکام مکلف است محکومیت‌های صاحبان حرفه‌های پزشکی و وابسته را در سوابق انتظامی ثبت و ضبط نموده و یک نسخه از رونوشت حکم را جهت درج در پرونده نظام پزشکی صاحبان حرفه‌های پزشکی پروانه‌دار، به آن مرجع ارسال نماید.

ماده ۱۱۷- چنانچه محکوم‌علیه در زمان اجرای حکم قطعی محرومیت از اشتغال به حرفه مربوط، در امر پزشکی یا حرفه موردنظر دخالت نماید، دادستان انتظامی مکلف است علاوه بر تعقیب انتظامی محکوم‌علیه (در مواردی که محرومیت از اشتغال دائم نباشد) فوراً مراتب را به دادستان عمومی و انقلاب جهت تعقیب کیفری به اتهام دخالت غیرمجاز در امور پزشکی اعلام نماید.

ماده ۱۱۸- دادستان انتظامی می‌تواند برای اجرای احکام محرومیت، از مقامات وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر مقامات ذی‌ربط استمداد نماید.

ماده ۱۱۹- چنانچه هنگام اجرای حکم، محکوم‌علیه فوت نموده یا دستخوش جنون شود، اجرای حکم موقوف می‌شود.

ماده 120- ابلاغ آرای هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی با هیئت صادرکننده رأی بوده و ابلاغ آرای هیئت عالی انتظامی با هیئت تجدیدنظر انتظامی استان مربوط می‌باشد.

باب ششم: نحوه رسیدگی به درخواست مجدد رئیس کل سازمان برای تجدیدنظر در آرای قطعی

ماده 121- چنانچه رئیس کل سازمان، آرای قطعی هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی را خلاف قانون تشخیص دهد، می‌تواند از هیئت عالی انتظامی درخواست بررسی مجدد پرونده را نماید.

تبصره- در صورتی که به تشخیص رئیس کل، پرونده جهت بررسی به هیئت عالی انتظامی ارسال گردد، اجرای رأی تا صدور رأی هیئت عالی متوقف خواهد شد.

ماده 122- در صورتی که هیئت عالی پس از رسیدگی‌های لازم، رأی صادره را مخالف قوانین و مقررات تشخیص دهد، آن را نقض و رأی مقتضی صادر می‌کند، در غیر این صورت قرار رد آن را صادر می‌نماید.

ماده 123- درخواست رسیدگی مجدد نسبت به هر پرونده فقط برای یک‌بار پذیرفته می‌شود.

ماده 124- درخواست رئیس کل سازمان فقط می‌تواند ناظر به آرای باشد که در زمان حکومت قانون جدید صادر شده است.

آیین‌نامه فوق مشتمل بر 124 ماده و 35 تبصره، در جلسه مورخ ۱۹/۶/۱۳۹۰ به تصویب شورای عالی سازمان رسید.

دستورالعمل نحوه کارشناسی و تشکیل کمیسیون‌های تخصصی در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

به استناد مواد 31 و 35 و تبصره‌های مرتبط قانون تشکیل سازمان و مواد 12، 13، 38، 39، 53، 63، 79، 90، 95 و 101 و تبصره‌های مرتبط آیین رسیدگی دادرها و هیئت‌های انتظامی سازمان و به منظور اظهارنظر تخصصی در ارتباط با پرونده های مطروحه در دادرها و هیئت‌های انتظامی و پرونده‌های ارجاعی از مراجع قضایی از کارشناسان امور پزشکی بهره گرفته می‌شود که در این دستورالعمل «کارشناس» و «کمیسیون کارشناسی» نامیده می‌شوند.

ماده 1- هدف از رجوع به کارشناس عبارت است از بررسی شکایت‌ها و رسیدگی به مراحل و سیر درمان از نظر:

الف: رعایت استانداردهای مصوب وزارت بهداشت و یا سازمان نظام پزشکی

ب: رعایت نظامات دولتی و مقررات صنفی

ج: ضرورت اقدامات درمانی به عمل آمده

د: رعایت اصول علمی در رسیدگی به بیمار (اقدام‌های تشخیصی و درمانی)

ه: مدنظر قرار دادن حقوق بیمار

و: رعایت اخلاق حرفه‌ای

ز: حفظ شأن و منزلت جامعه پزشکی

ح: کشف خطا و قصور احتمالی و عوامل مؤثر بر آن

تبصره 1: نظریه کارشناسی باید مستند به دلایل و متون علمی، آیین‌نامه‌ها و مقررات نظامات دولتی باشد.

تبصره 2: مقصود از متون علمی، جدیدترین کتب مرجع پزشکی است که مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

ماده 2- اعضای کارشناس نظام پزشکی با پیشنهاد معاون انتظامی در شهرهای بالای 500 نفر عضو و با حکم رئیس سازمان نظام پزشکی شهرستان مربوطه در رشته‌های مختلف منصوب می‌گردند.

ماده 3- اعضاء کارشناس نظام پزشکی برای مدت دو سال انتخاب می‌شوند و تجدید انتخاب ایشان برای دوره بعد بلاشکال است.

ماده 4- شرایط کارشناسان نظام پزشکی به شرح ذیل می‌باشد:

1- تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران

2- نداشتن فساد اخلاقی و مالی

3- داشتن حسن شهرت اجتماعی و شغلی و عمل به اجرای اصول پزشکی و رعایت اخلاق و شئون پزشکی

4- عدم سوءپیشینه انتظامی و کیفری

تبصره: در این گونه موارد سازمان نظام پزشکی از اداره سجل کیفری استعلام کتبی می‌نماید.

5- دارا بودن حداقل پنج سال سابقه اشتغال در حرفه مربوطه در خصوص دکترای رشته‌های عمومی و تخصصی و لیسانس‌های پروانه‌دار، مامایی و پرستاران

6- دارا بودن حداقل سه سال سابقه اشتغال در حرفه مربوطه در خصوص رشته‌های فوق تخصصی و فلوشیپ

7- داشتن توانایی کامل جسمی و روحی و فعال بودن در رشته تخصصی و به‌روز بودن اطلاعات علمی آن‌ها

ماده 5- دادستان انتظامی یا هیئت‌های انتظامی می‌توانند در صورت صلاحدید نظر یک کارشناس دارای صلاحیت در رشته مربوطه را استعلام نمایند، مگر در پرونده‌های کارشناسی قضایی که قاضی پرونده حسب موردنظر بر تعدد کارشناسان آن رشته داشته باشد.

تبصره 1- در پرونده‌های قضایی که قاضی حسب موردنظر بر برگزاری کمیسیون کارشناسی با تعداد معین کارشناس داشته باشد نتیجه کمیسیون کارشناسی عیناً به مرجع قضایی ارائه می‌شود.

تبصره 2- پیشنهاد می‌گردد در پرونده‌هایی که از طرف مراجع قضایی جهت اظهارنظر به سازمان ارجاع می‌گردد حتی المقدور یک نفر پزشکی قانونی به‌عنوان عضو کمیسیون کارشناسی حضورداشته باشد.

ماده 6- در هر جلسه کمیسیون کارشناسی بارأی اکثریت نسبی اعضای حاضر یک نفر به‌عنوان دبیر کمیسیون تعیین می‌گردد.

تبصره 1- وظیفه دبیر مطرح کردن پرونده‌ها در جلسه و انشاء صورت‌جلسه نظریه کارشناسی اکثریت اعضاء می‌باشد.

تبصره 2- با توجه به مصوبه (1) مورخ ۴/۶/۱۳۹۱ شورای عالی سازمان در پرونده‌های شکایتی انتظامی از پزشکان عمومی، کارشناسان پزشک عمومی به‌عنوان عضو کمیسیون کارشناسی حضورداشته باشد.

ماده 7- تاریخ برگزاری جلسه کارشناسی پس از تعیین نوبت توسط دادستان انتظامی، رئیس یا دبیر هیئت‌های انتظامی به‌صورت کتبی و تلفنی به نشانی کارشناس یا اعضای کمیسیون کارشناسی و طرفین پرونده ارسال و اعلام می‌گردد.

ماده 8- جهات رد اعضای دادرها و هیئت‌های انتظامی موضوع‌بندهای (الف)، (ب) و (ج) ماده 39 آیین رسیدگی دادرها و هیئت‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی در مورد اعضاء کارشناس نیز صادق است.

ماده 9- اعضای کارشناس برای هر پرونده فقط در یک مرحله (دادر، یا هیئت بدوی یا هیئت تجدیدنظر و یا هیئت عالی) می‌توانند اظهارنظر تخصصی نمایند.

ماده 10- هرگاه دادستان انتظامی یا هیئت‌های انتظامی نظریه کارشناسی را ناقص تشخیص دهند، قرار تکمیل آن را صادر و اجرای قرار را به همان کارشناس یا کمیسیون کارشناسی یا کارشناسان دیگر محول می‌کنند.

ماده 11- هرگاه نظریه کارشناسی به نظر دادستان انتظامی یا هیئت‌های انتظامی محل تردید باشد یا با اوضاع‌واحوال معلوم مورد کارشناسی مطابقت نداشته باشد یا بین نظریه کارشناسان اختلاف باشد، دادستان یا هیئت‌های انتظامی می‌توانند تا دو بار دیگر از سایر کارشناسان دعوت به عمل آورند.

ماده 12- در صورتی که نظریه کمیسیون پزشکی قانونی قبلاً در مورد موضوع پرونده انتظامی که جلب نظر کارشناس نسبت به آن لازم است، صادر شده باشد و نظریه مذکور با اوضاع و احوال محقق و معلوم مورد کارشناسی مطابقت داشته باشد، می تواند جهت کشف حقیقت و روشن شدن موضوع در رسیدگی انتظامی مورد استناد قرار گیرد.

این دستورالعمل در 12 ماده و 7 تبصره در جلسه مورخ ۵/۹/۱۳۹۴ به تصویب شورای عالی سازمان رسید.

دستورالعمل نحوه اسکن و امحاء پرونده های انتظامی

1- پرونده هایی که دستور منع تعقیب گرفته اند و هیچ گونه اعتراضی نداشته اند، یک سال پس از آخرین ابلاغ

2- پرونده هایی که حکم غیر محرومیت داشته اند بعد از 3 سال از اجرای حکم

3- پرونده هایی که حکم محرومیت موقت داشته اند بعد از 10 سال از اجرای حکم

4- در مورد پرونده هایی که محرومیت دائم دارند پرونده ها به صورت دائم نگهداری شوند.

5- نظریه کارشناسی هیئت های انتظامی برای مراجع قضایی بعد از 5 سال امحا گردد.

امحاء پرونده های انتظامی در صورتی انجام می گیرد که اوراق ذیل اسکن و در یک برنامه نرم افزاری ثبت گردد:

1- شکایت شاکی

2- دفاعیه مشتکی عنه

3- کلیه اوراق کارشناسی

4- کیفرخواست یا قرارهای صادره از دادسرا

5- آراء هیئت های انتظامی

6- آراء مراجع قضایی

7- اوراق سازمان پزشکی قانونی

8- مکاتبات با مراجع قضایی

این دستورالعمل در جلسه مورخ ۱/۵/۱۳۹۴ به تصویب شورای عالی سازمان رسید.

قانون شوراهای حل اختلاف

ماده 1- به منظور حل اختلاف و صلح و سازش بین اشخاص حقیقی و حقوقی غیردولتی، شوراهای حل اختلاف که در این قانون به اختصار «شورا» نامیده می‌شوند، تحت نظارت قوه قضائیه و با شرایط مقرر در این قانون تشکیل می‌گردد.

تبصره- تعیین محدوده فعالیت جغرافیایی شورا در هر حوزه قضائی به عهده رئیس همان حوزه قضائی می‌باشد.

ماده 2- شوراهای حل اختلاف در شهرها و در صورت لزوم در روستاها به تعداد لازم تشکیل می‌گردد.

تبصره- رئیس قوه قضائیه می‌تواند برای رسیدگی به امور خاص به ترتیب مقرر در این قانون شوراهای تخصصی تشکیل دهد.

ماده 3- هر شورا دارای رئیس، دو نفر عضو اصلی و یک نفر عضو علی‌البدل است و در صورت نیاز می‌تواند برای انجام وظایف خود دارای مسئول دفتر باشد که توسط رئیس حوزه قضائی مربوط پیشنهاد و ابلاغ آن از سوی رئیس کل دادگستری استان یا معاون ذی‌ربط وی صادر می‌شود.

ماده 4- در هر حوزه قضائی یک یا چند نفر قاضی دادگستری که قاضی شورا نامیده می‌شوند، مطابق مقررات این قانون انجام وظیفه می‌نمایند.

تبصره 1- قوه قضائیه می‌تواند برای تأمین قضات شورا از میان قضات شاغل یا بازنشسته استفاده نماید.

تبصره 2- مرکز امور شوراها می‌تواند از قضات شورا به صورت تمام‌وقت یا پاره‌وقت استفاده نماید.

تبصره 3- رئیس قوه قضائیه می‌تواند یک قاضی را برای چند شورا تعیین کند.

ماده 5- حکم انتصاب قاضی شورا توسط رئیس قوه قضائیه و حکم انتصاب هر یک از اعضای شورا پس از احراز شرایط مقرر در این قانون، با پیشنهاد رئیس کل دادگستری توسط رئیس مرکز امور شوراها صادر می‌شود.

ماده 6- اعضای شورا باید دارای شرایط زیر باشند:

الف- متدین به دین مبین اسلام

ب- تابعیت جمهوری اسلامی ایران

پ- التزام عملی به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و ولایت مطلقه فقیه

ت- حسن شهرت به امانت و دیانت و صحت عمل

ث- عدم استفاده از مشروبات الکلی و عدم اعتیاد به مواد مخدر یا روان گردان

ج- حداقل سی سال سن تمام

چ- کارت پایان خدمت و وظیفه عمومی یا معافیت از آن برای مشمولان

ح- حداقل مدرک کارشناسی یا مدرک حوزوی معادل برای تمام اعضای شورای حل اختلاف شهر و در شورای روستا سواد خواندن و نوشتن و ترجیحاً داشتن دیپلم و بالاتر

خ- متأهل بودن

د- سابقه سکونت در حوزه شورا حداقل به مدت شش ماه و تداوم سکونت پس از عضویت

ذ- نداشتن سابقه محکومیت مؤثر کیفری و عدم محرومیت از حقوق اجتماعی

تبصره 1- برای عضویت در شورا دارندگان مدرک دانشگاهی یا حوزوی در رشته‌های حقوق قضائی یا الهیات با گرایش فقه و مبانی حقوق اسلامی در اولویت هستند و حداقل یک نفر از اعضای شورای حل اختلاف شهر باید از میان دارندگان مدارک تحصیلی فوق باشد.

تبصره 2- افرادی که پیش از لازم‌الاجرا شدن این قانون به عضویت شوراها درآمده‌اند در صورت نداشتن شرایط موضوع بندهای (ح) و (خ) ادامه عضویتشان بلامانع است.

تبصره 3- رئیس قوه قضائیه می‌تواند برای صلح و سازش در دعاوی و شکایات اقلیت‌های دینی موضوع اصل سیزدهم (13) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، شورای حل اختلاف خاص آنان تشکیل دهد. اعضای این شورا باید متدین به دین خود باشند.

تبصره 4- اعضای شورا قبل از شروع به کار مکلف‌اند مطابق سوگندنامه‌ای که توسط رئیس قوه قضائیه تهیه و تصویب می‌شود، سوگند یاد نمایند.

ماده 7- قضات، کارکنان دادگستری، وکلا و مشاوران حقوقی، کارشناسان رسمی دادگستری و کارکنان نیروهای نظامی و انتظامی جمهوری اسلامی ایران و نیروهای اطلاعاتی تا زمانی که در سمت‌های شغلی خود هستند حق عضویت در شورا را ندارند.

ماده 8- در موارد زیر شوراها با تراضی طرفین برای صلح و سازش اقدام می‌نمایند:

الف- کلیه امور مدنی و حقوقی

ب- کلیه جرائم قابل گذشت

پ- جنبه خصوصی جرائم غیر قابل گذشت

تبصره- در صورتی که رسیدگی شورا با درخواست یکی از طرفین صورت پذیرد و طرف دیگر تا پایان جلسه اول عدم تمایل خود را برای رسیدگی در شورا اعلام نماید، شورا درخواست را بایگانی و طرفین را به مرجع صالح راهنمایی می نماید.

ماده 9- در موارد زیر، قاضی شورا با مشورت اعضای شورا رسیدگی و مبادرت به صدور رأی می نماید:

الف- دعاوی مالی راجع به اموال منقول تا نصاب دویست میلیون (200/000/000) ریال به جز مواردی که در تاریخ لازم الاجرا شدن این قانون در دادگستری مطرح می باشند.

ب- تمامی دعاوی مربوط به تخلیه عین مستأجره به جز دعاوی مربوط به سرقتی و حق کسب و پیشه

پ- دعاوی تعدیل اجاره بها به شرطی که در رابطه استیجاری اختلافی وجود نداشته باشد.

ت- صدور گواهی حصر وراثت، تحریر ترکه، مهر و موم ترکه و رفع آن

ث- ادعای اعسار از پرداخت محکوم به در صورتی که شورا نسبت به اصل دعوی رسیدگی کرده باشد.

ج- دعاوی خانواده راجع به جهیزیه، مهریه و نفقه تا نصاب مقرر در بند (الف) در صورتی که مشمول ماده (29)³ قانون حمایت خانواده مصوب ۱/۱۲/۱۳۹۱ نباشند.

چ- تأمین دلیل

ح- جرائم تعزیری که صرفاً مستوجب مجازات جزای نقدی درجه هشت باشد.

تبصره 1- بهای خواسته بر اساس نرخ واقعی آن تعیین می گردد، چنانچه نسبت به بهای خواسته بین اصحاب دعوی اختلاف حاصل شود و اختلاف مؤثر در صلاحیت شورا باشد، یا قاضی شورا نسبت به آن تردید کند قبل از شروع رسیدگی رأساً یا با جلب نظر کارشناس، بهای خواسته را تعیین می کند.

تبصره 2- شورای حل اختلاف مجاز به صدور حکم شلاق و حبس نمی باشد.

تبصره 3- صلاحیت شوراهای حل اختلاف روستا مستقر در روستا صرفاً صلح و سازش می باشد.

ماده 10- دعاوی زیر حتی با توافق طرفین قابل طرح در شورا نیست:

الف- اختلاف در اصل نکاح، اصل طلاق، فسخ نکاح، رجوع، نسب

ب- اختلاف در اصل وقفیت، وصیت، تولیت

پ- دعاوی راجع به حجر و ورشکستگی

ت- دعاوی راجع به اموال عمومی و دولتی

ث- اموری که به موجب قوانین دیگر در صلاحیت مراجع اختصاصی یا مراجع قضائی غیر دادگستری می باشد.

ماده 11- در کلیه اختلافات و دعاوی خانوادگی و سایر دعاوی مدنی و جرائم قابل گذشت، مرجع قضائی رسیدگی کننده می تواند با توجه به کیفیت دعوی با اختلاف و امکان حل و فصل آن از طریق صلح و سازش، فقط یک بار برای مدت حداکثر سه ماه موضوع را به شورا ارجاع نماید.

تبصره- در اجرای این ماده، شوراها مکلف اند برای حل و فصل دعوی یا اختلاف و ایجاد صلح و سازش تلاش کنند و نتیجه را اعم از حصول یا عدم حصول سازش در مهلت تعیین شده برای تنظیم گزارش اصلاحی یا ادامه رسیدگی به طور مستند به مرجع قضائی ارجاع کننده اعلام نمایند.

ماده 12- شوراها باید اقدامات لازم را برای حفظ اموال اشخاص صغیر، مجنون و غیر رشید که فاقد ولی یا قیم باشند و غایب مفقودالاثر، همچنین ماترک متوفای بلا وارث و اموال مجهول المالک به عمل آورند و بلافاصله مراتب را به مراجع صالح اعلام کنند. شوراها حق دخل و تصرف در هیچ یک از اموال مذکور را ندارند.

ماده 13- در صورت اختلاف در صلاحیت محلی شوراها به ترتیب زیر اقدام می شود:

الف- در مورد شوراهای واقع در یک حوزه قضائی، حل اختلاف یا شعبه اول دادگاه عمومی همان حوزه است.

ب- در مورد شوراهای واقع در حوزه های قضائی شهرستان های یک استان، حل اختلاف با شعبه اول دادگاه عمومی حوزه قضائی شهرستان مرکز استان است.

پ- در مورد شوراهای واقع در دو استان، حل اختلاف با شعبه اول دادگاه عمومی شهرستان مرکز استانی است که ابتدا به صلاحیت شورای واقع در آن استان اظهار نظر شده است.

ماده 14- در صورت بروز اختلاف در صلاحیت شورای حل اختلاف با سایر مراجع غیر دادگستری در یک حوزه قضائی، حل اختلاف با شعبه اول دادگاه عمومی حوزه قضائی مربوط است و در حوزه های قضائی مختلف یک استان، حل اختلاف با

شعبه اول دادگاه عمومی شهرستان مرکز همان استان است. در صورت بروز اختلاف شوراهاى حل اختلاف با مراجع غير دادگستري واقع در حوزه دو استان، به ترتيب مقرر در بند (پ) ماده (13) اين قانون عمل مى‌شود.

ماده 15- در صورت بروز اختلاف در صلاحيت بين شوراي حل اختلاف با مرجع قضائى، نظر مرجع قضائى لازم‌الاتباع است.

ماده 16- رسيدگى شوراها با درخواست كتبي يا شفاهى به عمل مى‌آيد. درخواست شفاهى در صورت مجلس قيد و به امضاي خواهان يا متقاضى مى‌رسد.

ماده 17- درخواست رسيدگى متضمن موارد زير است:

الف- نام و نام خانوادگى، مشخصات و نشانى طرفين دعوى

ب- موضوع خواسته و همچنين تقويم آن در امور مالى

پ- موضوع درخواست يا اتهام

ت- دلايل و مستندات درخواست يا شكايه

ماده 18- رسيدگى قاضى شورا از حيث اصول و قواعد، تابع مقررات قوانين آيين دادرسى مدنى و كيفرى است.

تبصره 1- اصول و قواعد حاكم بر رسيدگى شامل مقررات ناظر به صلاحيت، حق دفاع، حضور در دادرسى، رسيدگى به دلايل و مانند آن است.

تبصره 2- مقررات ناظر به صدور رأى، واخواهى، تجديدنظر و هزينه دادرسى، از حكم مقرر در اين ماده مستثنا و تابع اين قانون است.

ماده 19- رسيدگى شورا تابع تشريفات آيين دادرسى مدنى نيست.

تبصره 1- منظور از تشريفات در اين ماده، مقررات ناظر به شرايط شكلى دادخواست، نحوه ابلاغ، تعيين اوقات رسيدگى، جلسه دادرسى و مانند آن است.

تبصره 2- چنانچه خوانده با دعوت شورا در جلسه رسيدگى حاضر نشود و يا لايحه‌اى ارسال نكند و اين دعوت مطابق مقررات آيين دادرسى مدنى راجع به ابلاغ نباشد، شورا مكلف است او را با ارسال اخطاريه دعوت كند.

ماده 20- طرفين مى‌توانند شخصاً در شورا حضور يافته يا از وكيل دادگستري استفاده نمايند.

ماده 21- در مواردی که دعوای طاری یا مرتبط با دعوای اصلی از صلاحیت ذاتی شورا خارج باشد، رسیدگی به هر دو دعوی در مرجع قضائی صالح به عمل می‌آید.

ماده 22- شورای حل اختلاف علاوه بر رسیدگی به دلایل طرفین می‌تواند تحقیق محلی، معاینه محل، تأمین دلیل را نیز با ارجاع قاضی یا رئیس شورا توسط یکی از اعضاء به عمل آورد.

ماده 23- هزینه رسیدگی شورای حل اختلاف در کلیه مراحل، در دعوای کیفری و غیرمالی معادل هزینه دادرسی در محاکم دادگستری و در دعوای مالی معادل پنجاه درصد (50٪) آن است. رسیدگی به دعوای مشمول ماده (8) این قانون بدون هزینه دادرسی است.

درآمد حاصل از هزینه دادرسی، جریمه‌های قانونی و نیم عشر اجرای آرای موضوع این قانون و سایر موارد قانونی به خزانه‌داری کل کشور واریز و صد درصد (100٪) مبلغ واریزی از محل اعتبار خاصی که به همین منظور هر ساله در قانون بودجه کل کشور منظور می‌شود به شوراها اختصاص و پرداخت می‌شود تا به صورت کمک در موارد زیر هزینه گردد:

الف- پرداخت پاداش به اعضاء و کارکنان شوراها

ب- هزینه تعمیرات و تجهیزات و هزینه‌های اداری مرکز امور شوراها

پ- بیمه تأمین اجتماعی کارکنان و اعضای شورا

تبصره- رئیس قوه قضائیه می‌تواند از منابع موضوع این ماده برای پرداخت پاداش به قضات بازنشسته که در اجرای این قانون فعالیت می‌کنند، اختصاص دهد.

ماده 24- در صورت حصول سازش میان طرفین، چنانچه موضوع در صلاحیت شورا باشد گزارش اصلاحی صادر و پس از تأیید قاضی شورا به طرفین ابلاغ می‌شود، در غیر این صورت موضوع سازش و شرایط آن به ترتیبی که واقع شده است در صورت مجلس منعکس و مراتب به مرجع قضائی صالح اعلام می‌شود.

ماده 25- رأی صادره از سوی قاضی شورا حضوری است، مگر اینکه محکوم‌علیه یا وکیل او در هیچ‌یک از جلسات رسیدگی حاضر نشده و یا به طور کتبی نیز دفاع ننموده باشد.

ماده 26- محکوم‌علیه غایب حق دارد مطابق قانون آیین دادرسی مدنی به رأی غیابی اعتراض کند.

ماده 27- تمام آرای صادره موضوع ماده (9) این قانون ظرف مدت بیست روز از تاریخ ابلاغ، قابل تجدیدنظرخواهی می‌باشد. مرجع تجدیدنظر از آرای قاضی شورا، حسب مورد دادگاه عمومی حقوقی یا کیفری در همان حوزه قضائی

می‌باشد. چنانچه مرجع تجدیدنظر آرای صادره را نقض نماید، رأساً مبادرت به صدور رأی می‌کند. این رأی، قطعی است و اگر رسیدگی به موضوع در صلاحیت مرجع دیگری باشد، پرونده را به مرجع صالح ارسال می‌کند.

تبصره 1- گزارش اصلاحی شورا قابل اعتراض نمی‌باشد و قطعی است.

تبصره 2- هرگاه رأی مرجع تجدیدنظر در مقام رد صلاحیت شورا باشد رسیدگی ماهوی انجام و رأی اخیر به‌عنوان رأی شعبه بدوی تلقی و حسب مورد مطابق مقررات آیین دادرسی مدنی و کیفری قابل تجدیدنظر است.

تبصره 3- هزینه دادرسی رسیدگی در مراحل تجدیدنظرخواهی حسب مورد بر اساس هزینه دادرسی طرح دعوی در آن مرجع است.

ماده 28- هرگاه در تنظیم یا با نوشتن رأی سهو قلم رخ بدهد مانند از قلم افتادن کلمه‌ای یا اضافه شدن آن و یا اشتباه در محاسبه صورت گرفته باشد تا وقتی که نسبت به آرای مذکور اعتراض نشده است، قاضی شورا رأساً یا با درخواست ذی‌نفع رأی را تصحیح می‌کند و رأی تصحیح‌شده به طرفین ابلاغ می‌شود. تسلیم رونوشت رأی اصلی بدون رأی تصحیح‌شده ممنوع است.

ماده 29- اجرای آرای قطعی در امور مدنی به درخواست ذی‌نفع و با دستور قاضی شورا پس از صدور برگه اجرائیه مطابق مقررات مربوط به اجرای احکام مدنی و اجرای احکام قطعی در امور کیفری طبق مقررات آیین دادرسی کیفری توسط قاضی واحد اجرای احکام شورای حل اختلاف محل به عمل می‌آید.

تبصره- گزارش‌های اصلاحی تنظیم‌شده توسط شورای حل اختلاف به دستور قاضی شورا توسط واحد اجرای احکام شورای حل اختلاف اجرا می‌شود.

ماده 30- چنانچه محکوم‌علیه، محکوم‌به را پرداخت نکند و اموالی از وی به دست نیاید، با تقاضای ذی‌نفع و دستور قاضی شورا مراتب جهت اعمال قانون نحوه اجرای محکومیت‌های مالی به واحد اجرای احکام شورای حل اختلاف اعلام می‌شود.

ماده 31- عضویت در شورا افتخاری است. قوه قضائیه به تناسب فعالیت و میزان همکاری قضات، اعضاء و کارکنان شورا پاداش مناسب پرداخت می‌کند.

در خصوص اعضاء و کارکنان تمام‌وقت نیز با رعایت حداقل پرداخت حقوق مطابق قانون کار پاداش پرداخت می‌نماید.

ماده 32- در صورت فوت یا استعفا یا عزل اعضای شورا، عضو علی‌البدل با دعوت رئیس حوزه قضائی جایگزین عضو مذکور می‌شود.

تبصره- در غیاب عضو شورا، با دعوت رئیس شورا، عضو علی‌البدل عهده‌دار وظیفه وی می‌باشد.

ماده 33- چنانچه اعضاء يا كاركنان شورا در انجام وظائف قانونى خود مرتكب تخلف شوند و يا حضور و مشاركت مناسب در جلسات شورا نداشته باشند يا شرايط عضويت در شورا را از دست بدهند، رئيس حوزه قضائى مراتب را مستنداً جهت رسيدگى به هيئت رسيدگى كننده به تخلفات اعضاء و كاركنان شورا موضوع ماده (34) اين قانون اعلام مى كند.

ماده 34- هيئت رسيدگى كننده به تخلفات اعضاء شورا مركب از يك نفر قاضى با انتخاب رئيس كل دادگستري استان و رئيس شوراي حل اختلاف استان و مسئول حفاظت و اطلاعات دادگستري استان مى باشد.

تبصره- رئيس قوه قضائيه، هيئت يادشده را براى مدت سه سال منصوب مى كند و انتخاب مجدد آنان بلامانع است.

ماده 35- تخلفات اعضاء و كاركنان شورا به قرار زير است:

الف- اعمال و رفتار خلاف شئون شغلى يا عضويت

ب- عدم رعايت قوانين و مقررات مربوط

پ- ايجاد نارضايتى در ارباب رجوع يا انجام ندادن يا تاخير در انجام وظائف قانونى بدون دليل

ت- تبعيض يا اعمال غرض يا برقرارى روابط خارج از عرف ادارى با اشخاص مراجعه كننده

ث- ترك خدمت در خلال ساعات موظف ادارى بدون مجوز

ج- غيبت غيرموجه، تكرار در تاخير ورود به محل كار يا تكرار در تعجيل خروج از آن بدون كسب مجوز

چ- كم كارى يا سهل انگارى در انجام وظائف محول شده

ح- عدم رعايت حجاب اسلامى

خ- عدم رعايت شئون و شعائر اسلامى

د- اخذ هرگونه وجه، مال يا امتياز من غير حق

ذ- تسامح در حفظ اموال و اسناد و ايراد خسارت به اموال بيت المال

ر- ارائه گواهى يا گزارش خلاف در امور مربوط به شورا

ز- تسليم مدارك به اشخاصى كه حق دريافت آن را ندارند يا خوددارى از تسليم مدارك به اشخاصى كه حق دريافت آن را دارند.

ژ- اعتیاد به مواد مخدر یا روان گردان و استعمال آنها

س- غیبت غیرموجه به صورت متناوب یا متوالی تا چهار جلسه برای اعضاء و چهار روز برای کارکنان در طول ماه

ش- کارشکنی، شایعه پراکنی، وادار ساختن و تحریک دیگران به کارشکنی یا کم کاری و یا اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیرقانونی

ص- عضویت در یکی از فرقه های ضاله که مبانی آن از نظر اسلام مردود شناخته شده است.

ض- عضویت در سازمان هایی که مرامنامه یا اساسنامه آنها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها

ماده 36- چنانچه هیئت رسیدگی کننده بدوی پس از دعوت از عضو یا کارکنان شورا و شنیدن اظهارات و دفاعیات آنها تخلف آنان را احراز نماید به تناسب عمل ارتكابی در مورد ارتكاب به تخلفات پیش بینی شده دربندهای (الف) تا (خ) ماده (35) برای بار اول و دوم مرتکب را به یکی از مجازات های ردیف (الف) تا (پ) این ماده و در مورد تخلفات پیش بینی شده دربندهای (د) تا (ض) ماده (35) و تکرار تخلفات بندهای (الف) تا (خ) دربار سوم، مرتکب را به یکی از مجازات های پیش بینی شده دربندهای (ت) و یا (ث) این ماده به شرح زیر محکوم می کند:

الف- اخطار کتبی بدون درج در پرونده

ب- توبیخ کتبی با درج در پرونده

پ- کسر پاداش تا یک سوم به مدت یک ماه تا یک سال

ت- محرومیت از کار در شورا از یک ماه تا یک سال

ث- محرومیت دائمی از کار در شورا

ماده 37- آرای صادره از هیئت بدوی در مورد مجازات های مقرر دربندهای (الف) تا (پ) ماده (36) قطعی و در مورد بندهای (ت) و (ث) آن ماده ظرف مدت بیست روز پس از ابلاغ قابل تجدیدنظر در هیئت تجدیدنظر رسیدگی کننده به تخلفات اعضاء و کارکنان شورا است. این هیئت مرکب از سه عضو اصلی و یک عضو علی البدل است که از بین قضات دارای پایه (9) قضائی یا بالاتر با ابلاغ رئیس قوه قضائیه برای مدت سه سال منصوب می شوند و انتصاب مجدد آنها بلامانع است.

تبصره- هیئت موضوع این ماده در مرکز امور شوراهای تشکیل می شود، در صورت ضرورت با پیشنهاد رئیس امور شوراهای تشکیل آن در مراکز استان ها نیز بلامانع است.

ماده 38- چنانچه اعضای شورا در مقابل دریافت وجه یا سند پرداخت وجه یا مال یا ارائه خدمت به نفع یکی از طرفین اظهارنظر کنند، به مجازات بزه موضوع ماده (588) قانون مجازات اسلامی (کتاب پنجم- تعزیرات مصوب ۲/۳/۱۳۷۵) محکوم می‌شوند.

ماده 39- چنانچه قاضی شورا در انجام وظایف قانونی مربوط به شورا، مرتکب تخلف شود، مراتب توسط رئیس حوزه قضائی یا هیئت موضوع ماده (34) این قانون به دادسرای انتظامی قضات اعلام می‌شود تا مطابق مقررات مربوط به تخلفات و جرائم قضات رسیدگی شود.

ماده 40- چنانچه اعضای شورا در آزمون استخدام قضات، وکالت دادگستری، مشاور حقوقی یا کارشناس رسمی دادگستری پذیرفته شوند و حداقل سه سال سابقه همکاری با شورا داشته باشند و حسن سابقه آنان به تأیید رئیس کل دادگستری استان برسد مدت کارآموزی آنان به نصف، تقلیل می‌یابد.

تبصره- در صورت شرکت اعضاء و کارکنان شوراهای حل اختلاف موضوع این ماده در آزمون‌های استخدام اداری دادگستری از بیست درصد (20٪) سهمیه استخدام برخوردار و مدت خدمت آنان با تأیید رئیس شورای حل اختلاف استان از شرایط سنی کسر و همچنین این مدت رد صورت وجود سابقه قبلی مبنی بر پرداخت حق بیمه مطابق مقررات مربوطه، جزء سنوات خدمت آنان محسوب می‌شود.

ماده 41- پرونده‌هایی که تا زمان اجرای این قانون منتهی به اتخاذ تصمیم نشده باشد، با رعایت مقررات این قانون در شوراها رسیدگی و نسبت به آن‌ها اتخاذ تصمیم می‌شود.

ماده 42- در مواردی که شورا به‌عنوان داور مورد توافق طرفین به دعاوی و اختلافات رسیدگی می‌کند، رعایت مقررات مربوط به داوری مطابق قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور مدنی الزامی است.

ماده 43- جهت تقویت و توسعه شوراها، وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها و نهادهای دولتی و عمومی و قضائی، ملزم به همکاری با این نهاد، به‌ویژه تأمین و تخصیص نیروی اداری و قضائی لازم از طریق مأمور به خدمت شدن کارکنان دولت در شوراها هستند.

ماده 44- رئیس قوه قضائیه می‌تواند حسب نیاز، سالانه تعدادی از کارآموزان قضائی را به‌عنوان قاضی شورا تعیین نماید و نقل و انتقال آنان مطابق نقل و انتقال قضات می‌باشد.

ماده 45- دولت مکلف است هر ساله بودجه مورد نیاز شوراها را بر اساس بودجه پیشنهادی قوه قضائیه در قالب ردیف مستقل پیش‌بینی کند. تأمین امکانات اداری و تجهیزات و مکان و امور مالی و پشتیبانی شوراها به عهده قوه قضائیه است.

ماده 46- آیین نامه اجرایی این قانون ظرف مدت سه ماه از تاریخ تصویب آن، توسط وزیر دادگستری با همکاری مرکز امور شوراها تهیه می شود و به تصویب رئیس قوه قضائیه می رسد.

قانون فوق مشتمل بر چهل و شش ماده و بیست و هفت تبصره در جلسه مورخ شانزدهم آذرماه یک هزار و سیصد و نود و چهار کمیسیون قضائی و حقوقی مجلس شورای اسلامی طبق اصل هشتاد و پنجم (85) قانون اساسی تصویب گردید و پس از موافقت مجلس با اجرای آزمایشی آن به مدت سه سال در تاریخ ۹/۱۰/۱۳۹۴ به تأیید شورای نگهبان رسید.

علی لاریجانی - رئیس مجلس شورای اسلامی

آیین نامه اجرایی قانون شوراهای حل اختلاف

در اجرای ماده 46 قانون شوراهای حل اختلاف مصوب 1394 مجلس شورای اسلامی و بنا به پیشنهاد وزیر دادگستری، «آیین نامه اجرایی قانون شوراهای حل اختلاف» به شرح مواد آتی است.

ماده 1- اصطلاحات به کار برده شده در این آیین نامه دارای معانی ذیل می باشد:

1- قانون: قانون شوراهای حل اختلاف مصوب 1394 مجلس شورای اسلامی

2- آیین نامه: آیین نامه اجرایی قانون

3- شورا: شورای حل اختلاف موضوع قانون و آیین نامه

4- مرکز: مرکز امور شوراهای حل اختلاف کشور

5- رئیس یا ریاست شوراهای استان: رئیس یا ریاست شوراهای حل اختلاف هر استان

ماده 2- ریاست مرکز بر عهده یکی از معاونین رئیس قوه قضائیه خواهد بود که توسط ایشان منصوب می گردد.

ماده 3- ریاست شوراهای استان بر عهده یکی از معاونین رئیس کل دادگستری استان و ریاست شوراها در حوزه قضایی شهرستان و بخش به عهده رئیس حوزه قضایی با یکی از قضات شاغل آن حوزه می باشد و شهرهایی که دارای مجتمع شورای حل اختلاف است، سرپرست آن از میان قضات شاغل در آن حوزه قضایی تعیین خواهد شد. رئیس کل دادگستری استان می تواند تمام یا بخشی از اختیارات خود را به یکی از معاونین خود محول نماید.

تبصره 1- نصب و عزل قاضی شورا برای حوزه قضایی شهرستان و بخش و مجتمع شورای حل اختلاف به عهده رئیس قوه قضاییه است. رئیس کل دادگستری استان با تأیید رئیس مرکز می‌تواند قضات مجرب را به کمیسیون نقل و انتقال قضات پیشنهاد کند.

تبصره 2- رئیس کل دادگستری استان با هماهنگی رئیس مرکز می‌تواند با تمایل قاضی شورای حل اختلاف، وی را به مدت شش ماه در حوزه همان استان مأمور کند. در صورت ضرورت، تمدید مأموریت به مدت شش ماه و برای یک نوبت بلامانع است.

ماده 4- وظایف و اختیارات مرکز به شرح زیر است:

1- پیشنهاد سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی شورا به رئیس قوه قضاییه جهت تصویب

2- پیشنهاد بودجه سالانه شوراها با هماهنگی معاونت راهبردی قوه قضاییه بر اساس برنامه مصوب و سیاست‌های اعلامی به رئیس قوه قضاییه جهت جری تشریفات قانونی

3- نظارت بر عملکرد شوراها

4- ابلاغ اعتبارات مصوب

5- برنامه‌ریزی، نیازسنجی، ارائه طریق برای بهبود وضعیت عملکرد شوراهای سراسر کشور، در چارچوب سیاست‌ها و برنامه‌های مصوب

6- پیشنهاد تشکیل شورای جدید یا ابقاء یا انحلال شوراهای موجود با هماهنگی با رئیس کل دادگستری استان به رئیس قوه قضاییه جهت تصویب

ماده 5- جذب و به‌کارگیری کارکنان و اعضای شورای حل اختلاف بر اساس مقررات قانون و ضرورت‌های تشکیلاتی و رعایت مراتب شایستگی و برابری فرصت‌ها و گزینش مطابق شیوه‌نامه‌ای است که توسط رئیس مرکز با هماهنگی معاونت منابع انسانی و مرکز حفاظت و اطلاعات قوه قضاییه تهیه و به تصویب رئیس قوه قضاییه می‌رسد.

ماده 6- رئیس شوراهای حل اختلاف هر حوزه برای انجام امور دفتری و بایگانی هر یک از شعب شورا، یک نفر مسئول دفتر و در صورت نیاز یک نفر متصدی امور دفتری و بایگانی را به رئیس کل دادگستری استان یا معاون ذی‌ربط وی جهت صدور ابلاغ پیشنهاد می‌نماید. مجتمع شورای حل اختلاف دارای تشکیلات ستادی می‌باشد که امکانات و تعداد نیروهای ستادی موردنیاز هر مجتمع بر اساس پیشنهاد رئیس شوراهای استان و تصویب مرکز خواهد بود.

ماده 7- اعضای اصلی و علی‌البدل شوراها توسط رئیس شوراهای شهرستان یا بخش از میان افراد واجد شرایط ماده 6 قانون به طریق مقرر در آیین‌نامه تعیین و به رئیس کل دادگستری استان معرفی می‌شوند تا وی پس از احراز صلاحیت و دارا بودن شرایط مقرر قانونی جهت صدور ابلاغ به رئیس مرکز اعلام نماید.

تبصره- اعضای شورا پس از انتصاب، مطابق سوگندنامه مصوب رئیس قوه قضاییه در حضور رئیس کل دادگستری استان یا معاون ذی‌ربط وی سوگند یاد می‌کنند.

ماده 8- تعیین نحوه حضور اعضای اصلی و علی‌البدل شورا از لحاظ روزها و ساعاتی که باید در محل خدمت حاضر شوند با توجه به حجم کار و مراجعین حسب مورد به عهده رئیس شوراهای شهرستان یا بخش و با اطلاع رئیس شوراهای استان خواهد بود و در هر حال مدت حضور و فعالیت اعضا و دبیران و سایر پرسنل کمتر از چهار ساعت در هر روز کاری نخواهد بود. چگونگی فعالیت شورا در هر حوزه قضایی به نحو مقتضی به اطلاع عموم می‌رسد.

ماده 9- به منظور تأمین قضاات شوراها رئیس قوه قضاییه هر ساله تعدادی از قضاات جدیدالاستخدام را با ابلاغ قاضی شورا به شوراها اختصاص می‌دهد و نیز از قضاات شاغل و بازنشسته در صورت تمایل به عنوان قاضی شورا به کار می‌گیرد. رئیس کل دادگستری استان با تأیید رئیس مرکز می‌تواند قضاات شاغل و بازنشسته را جهت خدمت در شورا به رئیس قوه قضاییه پیشنهاد دهند.

ماده 10- قاضی شورا در محل استقرار شورا انجام وظیفه می‌نماید و جلسات رسیدگی نیز در همان محل تشکیل می‌شود.

ماده 11- حوزه صلاحیت محلی هر شورا منطبق با حوزه قضایی مربوط است و حوزه هر شورا بر اساس اختصاص قسمتی از حوزه قضایی بخش یا شهرستان به شورا یا مجتمع‌های شورایی توسط رئیس حوزه قضایی مربوط تعیین می‌گردد.

ماده 12- شعب ویژه صلح و سازش موضوع مواد 8 و 11 قانون حسب مورد و بر اساس نیاز مراجع قضایی حتی‌المقدور در محل دادسرا یا محاکم تشکیل می‌شود.

ماده 13- شکایات، درخواست‌ها و دعاوی موضوع ماده 9 قانون که در صلاحیت شورا است مستقیماً در شورا مطرح می‌گردد، ضابطین دادگستری مکلف‌اند شکایات موضوع بند (ح) ماده مذکور را به شورای محل ارسال نمایند.

تبصره- شوراها می‌توانند در دعاوی و جرائم موضوع ماده 8 قانون، بعد از صدور رأی قطعی دادگاه نیز حسب درخواست طرفین، برای سازش در زمان معین، اقدام لازم را انجام دهند.

ماده 14- مراجع قضایی وظیفه‌ای در پذیرش دعاوی و درخواست‌ها و شکایاتی که در صلاحیت شورا است ندارند و در صورت مراجعه اشخاص آنان را به شورا هدایت می‌کنند.

ماده 15- عدم تمایل طرف دیگر دعوی یا شکایت، نسبت به رسیدگی توسط شورا موضوع تبصره ماده 8 قانون، می تواند با حضور نامبرده یا وکیل دادگستری یا قائم مقام قانونی وی در شورا اعلام گردد یا به صورت کتبی به عمل آید.

ماده 16- جرائم قابل گذشت مطابق قانون مجازات اسلامی یا قوانین موضوعه دیگر می باشد.

ماده 17- اموال عمومی موضوع بند «ت» ماده 10 قانون، شامل کلیه اموال عمومی از جمله اموال عمومی غیردولتی می باشد. اموال عمومی غیردولتی شامل اموال کلیه مؤسسات یا نهادهای عمومی غیردولتی موضوع ماده 3 قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب 1386 می باشد.

ماده 18- در اجرای ماده 12 قانون، چنانچه شورا به هر طریق از وجود اموال اشخاص محجور که بدون ولی یا قیم باشند، یا غایب مفقودالاثر یا ارث بدون وارث یا مال مجهول المالک در حوزه فعالیت خود اطلاع حاصل کند، مکلف است بدون فوت وقت و در صورت امکان با استفاده از ضابطین دادگستری، اقدام لازم را حسب مورد جهت حفظ و نگهداری اموال موصوف و جلوگیری از تضییع آن به عمل آورد و در اسرع وقت به مرجع قضایی اعلام نماید. در این مورد، هر کس از وجود اموال مذکور اطلاع یابد، می تواند مراتب را به نزدیک ترین شورا اطلاع دهد. اقدامات موضوع این ماده با توجه به نوع و کیفیت مال به تشخیص شورا بوده و خارج از نوبت به عمل می آید. هزینه نگهداری به عهده مالک یا مالکان خواهد بود و در صورت عدم شناسایی وی، از اموال یادشده طبق قانون اجرای احکام مدنی قابل وصول است.

ماده 19- جلسات شورا با حضور تمامی اعضا رسمیت می یابد و نظر مشورتی اکثریت مناط اعتبار است، در غیاب عضو اصلی عضو علی البدل جایگزین وی می شود.

ماده 20- در مجتمع شوراها ارجاع پرونده به شعب شورا به صورت رایانه ای و بر حسب نوع و اهمیت دعوی یا اختلاف و میزان توانمندی شعب صورت می گیرد. در صورت عدم وجود سیستم رایانه ای، به صورت عادی انجام می شود.

ماده 21- رسیدگی به درخواست هایی که به صورت شفاهی مطرح و در صورت مجلس درج می گردد، منوط به پرداخت هزینه دادرسی مطابق مقررات می باشد.

ماده 22- دعوی طاری موضوع ماده 21 قانون به دعاوی گفته می شود که از امور اتفاقی است و در جریان رسیدگی، از سوی یکی از اصحاب دعوی یا شخص ثالث با فرض وحدت منشأ و موضوع و ارتباط کامل با دعوی اصلی مطرح و توأمان مورد رسیدگی قرار می گیرد؛ مانند ورود شخص ثالث، جلب شخص ثالث و دعوی متقابل (مطابق ماده 17 قانون آئین دادرسی دادگاه های عمومی و انقلاب مدنی مصوب ۱۳۷۹/۱/۲۱).

ماده 23- در دعوای مدنی ضمن پرداخت هزینه دادرسی مقرر، درخواست به انضمام دلایل و مدارک، به تعداد خواندگان به اضافه یک نسخه تهیه و تحویل شورا می شود و در شکایت کیفری درخواست با ذکر نام، نام خانوادگی، سن، شماره ملی،

نشانی شاکی، طرف وی و قید محل دقیق وقوع جرم به همراه دلایل و مدارک و پس از پرداخت هزینه دادرسی مقرر به شورا ارائه می‌گردد. اشخاص حقوقی نیز باید شناسه ملی و مشخصات دقیق هویتی خود را قید کنند.

تبصره 1- درخواست‌ها از طریق سامانه خدمات الکترونیک قضایی به دفتر شورا ارسال می‌گردد. چنانچه به هر دلیل امکان ارسال آن به نحو الکترونیکی ممکن نباشد، به طریق مقتضی دیگر ارسال می‌گردد. در این صورت، دفتر شورای مربوط مکلف است درخواست‌های رسیده را ثبت کند و رسیدی با قید تاریخ، روز، ماه و سال به متقاضی تحویل دهد.

تبصره 2- درخواست باید دارای امضا یا معادل معتبر آن در سامانه الکترونیکی باشد.

تبصره 3- وصول الکترونیکی درخواست به سامانه خدمات الکترونیک قضایی، تاریخ اقامه دعوی محسوب و مراتب از طریق پیامک به اطلاع متقاضی می‌رسد که به منزله رسید است.

ماده 24- در موارد موضوع ماده 8 قانون اگر دعوی طرفین منجر به سازش شود، گزارش اصلاحی صادر سپس به تأیید قاضی شورا رسیده و به طرفین ابلاغ می‌شود.

ماده 25- قاضی شورا در موارد مذکور در ماده 9 قانون پس از مشورت با اعضای شورا و اخذ نظریه کتبی آنان مبادرت به صدور رأی می‌نماید، نظر اعضای شورا و مستندات باید ثبت و در پرونده منعکس گردد.

ماده 26- نتیجه رسیدگی در پرونده‌هایی که به موجب ماده 11 قانون، به شورا ارجاع می‌گردد، مستقیماً به مرجع قضایی ارجاع‌کننده اعلام می‌شود و نیازی به تأیید قاضی شورا ندارد.

ماده 27- پرونده‌های موضوع ماده 21 قانون با صدور قرار عدم صلاحیت رسیدگی مطابق مقررات مربوط، به مرجع قضایی صالح ارسال می‌گردد.

ماده 28- ابلاغ اوراق، آراء و تصمیمات شورا مطابق آیین‌نامه نحوه استفاده از سامانه‌های رایانه‌ای یا مخابراتی، مصوب ۲۴/۵/۱۳۹۵ رئیس قوه قضاییه خواهد بود.

ماده 29- در اجرای ماده 29 قانون، واحد اجرای احکام شورای حل اختلاف در هر حوزه قضایی شهرستان، بخش و مجتمع شورای حل اختلاف راه‌اندازی می‌گردد که مطابق ماده مذکور انجام وظیفه نماید.

ماده 30- در مواردی که انجام تکالیف قانونی و اجرای تصمیم شورا مستلزم همکاری مراجع دولتی یا عمومی یا ضابطین دادگستری است، مراجع مذکور مکلف به همکاری و ایفای وظیفه بوده و در صورت تخلف، حسب مورد متخلف مستوجب تعقیب کیفری، اداری یا انتظامی مقرر در قوانین و مقررات مربوط می‌باشد.

ماده 31- هیئت رسیدگی به تخلفات اعضا و کارکنان شورا در محل اداره و شوراهای استان مستقر خواهد شد. اداره هیئت به عهده رئیس شوراهای استان می‌باشد و در صورت لزوم دارای دبیر خواهد بود که توسط وی انتخاب می‌شود.

تبصره 1- جرائم اعضا و کارکنان شورا، مذکور در ماده 38 قانون توسط مراجع قضایی ذیصلاح رسیدگی می‌شود.

تبصره 2- فوق‌العاده جذب هیئت رسیدگی به تخلفات اعضا و کارکنان شورا همانند فوق‌العاده جذب هیئت رسیدگی به تخلفات کارکنان دولت می‌باشد.

ماده 32- سیاست‌گذاری امور آموزشی شوراهای از جهت نیازسنجی، طراحی (متناسب با نوع و میزان تحصیلات افراد) و اجرا، اصلاح و بازبینی دوره‌های آموزشی بدو و یا ضمن خدمت، دوره‌های آموزشی مهارت‌های حفاظتی و امنیتی تهیه و تولید منابع آموزشی، توسط معاونت منابع انسانی قوه قضاییه با همکاری مرکز و نیز مرکز حفاظت و اطلاعات قوه قضاییه در خصوص دوره‌های آموزش مربوط به عمل می‌آید.

ماده 33- مرکز موظف است در راستای ترویج فرهنگ صلح و سازش و اصلاح ذات‌البین، نسبت به تهیه برنامه سالانه فرهنگی شوراهای با هماهنگی معاونت فرهنگی قوه قضاییه اقدام نماید.

ماده 34- معاونت فرهنگی قوه قضاییه موظف است در راستای ترویج فرهنگ صلح و سازش و اصلاح ذات‌البین با هماهنگی مرکز زمینه لازم را جهت استفاده از ظرفیت‌های فرهنگی سایر دستگاه‌ها از قبیل وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها (نظیر صداوسیما و سایر رسانه‌ها) و نهادهای عمومی فراهم نماید.

ماده 35- اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های فرهنگی قوه قضاییه جهت انجام امور فرهنگی، تهیه و تولید منابع فرهنگی، برگزاری برنامه‌های مذهبی، تفریحی (دوره‌های زیارتی- سیاحتی) و ارائه خدمات فرهنگی به اعضا و کارکنان شوراهای خانواده آنان توسط معاونت فرهنگی قوه قضاییه با هماهنگی مرکز انجام می‌شود.

ماده 36- معاونین فرهنگی دادگستری استان‌ها مکلف‌اند تمامی سیاست‌ها و برنامه‌های فرهنگی ابلاغ‌شده از سوی معاونت فرهنگی قوه قضاییه را برای اعضا و کارکنان شورا نیز با هماهنگی رئیس شوراهای استان اجرا نمایند.

ماده 37- قوه قضاییه مکلف است جهت تسهیل و بالا بردن کیفیت جمع‌آوری و پالایش اطلاعات شوراهای نسبت به تجهیز شعب شوراهای کل کشور به سیستم مدیریت پرونده (CMS) اقدام نماید.

ماده 38- مرکز آمار و فناوری اطلاعات قوه قضاییه دارای وظایف زیر خواهد بود:

1- جمع‌آوری مکانیزه اطلاعات آماری و ارائه گزارش‌های ماهانه و دوره‌ای شوراهای

2- پیشنهاد اعتبار لازم و تأمین امکانات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری جهت اجرای سیستم مدیریت پرونده در شوراهای

3- در اختیار قرار دادن اطلاعات آماری موردنیاز مرکز در مورد شوراهای این اطلاعات در اختیار شخص رئیس مرکز قرار می‌گیرد.

4- تأمین کلیه نیازهای فناوری شوراهای را (اعم از سخت‌افزار، نرم‌افزار، زیرساخت و پشتیبانی) بر اساس اعتبارات مصوب با هماهنگی با مرکز

5- آموزش نیروهای انسانی در زمینه کاربری و نگهداری سیستم‌ها

6- پالایش اطلاعات آماری، تحلیل‌های مرتبط، رتبه‌بندی و سایر امور مدیریتی مرتبط با اطلاعات آماری شوراهای

ماده 39- رئیس مرکز می‌تواند در اجرای وظایف خود به‌موجب قانون و آیین‌نامه با تشکیل کمیسیون مشورتی مرکز مرکب از اعضا زیر از نظریات مشورتی آن استفاده نماید.

1- رئیس مرکز به‌عنوان رئیس

2- معاون قضایی مرکز به‌عنوان عضو

3- معاون اداری، مالی و پشتیبانی مرکز به‌عنوان عضو

4- معاون آمار و برنامه‌ریزی و امور فرهنگی شورا به‌عنوان عضو

5- مدیرکل بازرسی، نظارت و ارزشیابی مرکز به‌عنوان عضو

6- مدیرکل برنامه‌ریزی مرکز به‌عنوان عضو و دبیر کمیسیون برنامه‌ریزی

7- مدیرکل مالی و پشتیبانی مرکز به‌عنوان عضو

8- مدیرکل حفاظت و اطلاعات مرکز به‌عنوان عضو

9- رئیس شوراهای استان تهران به نمایندگی از شورای استان‌ها به‌عنوان عضو مدعو

تبصره- این کمیسیون متناسب با مباحث مطروحه می‌تواند از یک یا چند نفر از افراد آگاه قوه قضاییه جهت شرکت در جلسات و به‌عنوان عضو مدعو دعوت به عمل آورد.

ماده 40- قوه قضاییه مکلف است حسب نیاز شوراهای، نسبت به اصلاح ساختار تشکیلاتی، اخذ مجوزهای قانونی در مورد تأمین نیروی انسانی و ملزومات موردنیاز اقدام نماید.

تبصره 1- تأمین کادر اداری و قضایی موردنیاز شوراها تا تکمیل مراحل جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی برای پست‌های مصوب، از طریق مأمور به خدمت شدن کارکنان قوه قضاییه در شوراها صورت می‌پذیرد.

تبصره 2- انتصاب و جابجایی کارمندان در پست‌های حساس و پست‌های مدیریتی علاوه بر شرایط مندرج در مقررات مربوط، مستلزم احراز صلاحیت‌های اخلاقی، اجتماعی، اعتقادی و اخذ نظر حفاظت‌واطلاعات می‌باشد.

ماده 41- معاونت راهبردی قوه قضاییه مکلف است بودجه موردنیاز شوراها را حل اختلاف کشور را در کلیه امور اعم از پاداش اعضا و کارکنان افتخاری (در ردیف مستقل)، تأمین لوازم مصرفی و اقلام اداری، اجاره‌بهای ساختمان‌ها، بهره‌وری و اضافه‌کار قضات شورا، تجهیزات و امکانات اداری، احداث، خرید ساختمان و توسعه فضاهای اداری، امور انفورماتیک، آموزشی، فرهنگی، تأمین خودرو، امور پشتیبانی، رفاهی را به‌عنوان بخشی از بودجه دادگستری با پیشنهاد مرکز در بودجه سنواتی پیش‌بینی و اعتبار مربوطه را در طول سال مالی اختصاص دهد. همچنین، معاونت فوق موظف است کلیه اهداف و برنامه‌های شوراها را با هماهنگی کامل با مرکز تهیه نماید.

ماده 42- معاونت راهبردی موظف است به‌منظور تسهیل و تسریع در امور شوراها حل اختلاف سهم بودجه شورای حل اختلاف را در هر بخش اعم از آموزشی، فرهنگی، انفورماتیک، رفاهی و پشتیبانی (جاری و تملک) را تعیین و مراتب را در آغاز هر سال مالی به معاونت مربوط (در ستاد) و مرکز ابلاغ نماید.

ماده 43- شورا موظف است درآمد حاصل از هزینه دادرسی، جرائم قانونی و نیم عشر اجرایی موضوع قانون و سایر موارد قانونی را با رعایت ماده 23 قانون از طریق واریز نقدی یا الکترونیکی به حساب بانکی ویژه درآمدهای شورا وصول و به خزانه واریز نماید.

تبصره- مرکز با همکاری معاونت راهبردی و با هماهنگی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و خزانه‌داری کل کشور نسبت به ایجاد ردیف‌های درآمدی و اعتبار هزینه‌ای موارد فوق و همچنین اخذ 100٪ تخصیص و توزیع اعتبار برابر ضوابط قانونی اقدام خواهد نمود.

ماده 44- پاداش آن دسته از اعضا و کارکنان شوراها که از کارکنان مأمور به خدمت ادارات دولتی یا قوه قضاییه نیستند با لحاظ حجم کمی و کیفی پرونده‌های رسیدگی شده، ساعات اشتغال، وضعیت محل خدمت و سایر عوامل مؤثر در اجرای ماده 31 قانون به‌موجب دستورالعملی خواهد بود که توسط مرکز تهیه می‌شود.

ماده 45- پرداخت بهره‌وری و اضافه‌کار شاغلان در شورا همانند کارکنان و قضات دادگستری و مطابق با دستورالعمل پرداخت بهره‌وری و اضافه‌کار که با همکاری شورا توسط معاونت راهبردی تهیه و ابلاغ گردیده اقدام می‌شود.

ماده 46- مرکز حفاظت و اطلاعات قوه قضاییه در صورت تأمین نیرو و امکانات لازم موظف است حفاظت کارکنان، اسناد و اطلاعات و حفاظت فیزیکی از اماکن شوراهای را تأمین نماید. رده‌های حفاظتی شوراهای و سایر سازوکارهای لازم توسط کارگروه مشترک مرکز حفاظت و اطلاعات قوه قضاییه و مرکز تدوین خواهد شد.

ماده 47- اقدامات اجرایی لازم در راستای ماده 43 قانون توسط مرکز با هماهنگی معاونت منابع انسانی و معاونت راهبردی قوه قضاییه به عمل می‌آید.

ماده 48- مرکز ضمن اعمال نظارت بر شوراهای سراسر کشور موظف است گزارش عملکرد سالانه شوراهای را اخذ و با بررسی و ارزیابی و ارائه پیشنهادها لازم به رئیس قوه قضاییه ارائه نماید.

ماده 49- اداره کل بازرسی، نظارت و ارزشیابی مرکز با نظارت معاون قضایی رئیس مرکز و هماهنگی رئیس کل دادگستری استان، بازرسی و نظارت دوره‌ای و موردی از شوراهای سراسر کشور را به عمل می‌آورد و ضمن تجزیه و تحلیل نقاط قوت و ضعف شوراهای کشور پیشنهادهای لازم را برای بهبود عملکرد شوراهای از طریق رئیس مرکز به استان‌های مربوط اعلام می‌دارد.

ماده 50- رئیس کل دادگستری استان، مکلف است نظارت مؤثر بر عملکرد شوراهای حوزه مأموریت خود معمول دارد.

ماده 51- رئیس شوراهای استان ضمن مدیریت شوراهای حوزه استان موظف است با برنامه‌ریزی مدون بر امور شوراهای نظارت نماید. همچنین، رئیس شوراهای شهرستان و بخش نیز به ترتیب مذکور در این ماده عهده‌دار مسئولیت فوق می‌باشند. رئیس هر شعبه نیز بر امور اداری و دفتری نظارت کرده تا قوانین و مقررات به نحو صحیح اجرا گردد.

ماده 52- رؤسای شوراهای استان مکلف هستند موارد ارجاعی از مرکز را از حیث بازرسی و شکایت موردی بررسی و نتیجه را کتباً به مرکز اعلام دارند.

ماده 53- واحد بازرسی، نظارت و ارزشیابی در هر استان با پیشنهاد رئیس شوراهای استان و با حکم رئیس کل دادگستری آن استان تشکیل می‌شود تا با انجام بازرسی‌های دوره‌ای و موردی توسط قضات، ضمن نظارت بر عملکرد شوراهای استان، به شکایت اشخاص علیه شوراهای رسیدگی و پیشنهادهای لازم را برای بهبود عملکرد از طریق رئیس شوراهای استان به حوزه شوراهای مربوط ابلاغ و نتیجه را نیز جهت اعلام به مرکز و رئیس کل دادگستری استان گزارش نماید.

ماده 54- این آیین‌نامه جایگزین آیین‌نامه شوراهای حل اختلاف، مصوب ۱۶/۱/۱۳۸۸ رئیس وقت قوه قضاییه می‌باشد و توسط وزیر دادگستری با همکاری مرکز امور شوراهای تهیه و در 54 ماده و 13 تبصره در تاریخ ۴/۱۰/۱۳۹۵ به تصویب رئیس قوه قضاییه رسید.

صادق آملی لاریجانی - رئیس قوه قضاییه

فصل ششم

دستورالعمل جامع اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی

مقدمه

اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی فرآیندی است که به منظور بهبود ارائه خدمات درمانی و کاهش موارد مورتالیتی و موربیدیتی بیماران صورت می پذیرد، لذا در راستای ارتقای روند انتقال و اعزام بیماران از بیمارستان و تعیین حدود مسئولیت کادر انتقال بیمار بین مراکز درمانی، دستورالعمل جامع و یکپارچه اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی تدوین گردیده است

هدف کلی

ساماندهی، ارتقاء کیفیت و ایمنی فرآیند اعزام و انتقال گیرندگان و ارائه کنندگان خدمت بین مراکز درمانی

راهکارهای اختصاصی

- بهبود فرآیند اخذ پذیرش اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی با توجه به سطح بندی سیستم ارجاع
- کاهش موارد مورتالیتی و موربیدیتی بیماران در فرآیند اعزام و انتقال
- افزایش رضایت مندی گیرندگان خدمت
- پیشگیری از اعزامهای بی مورد و غیر ضرور

محورهای اجرایی

- مدیریت واحد و یکپارچه اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی
- تعیین فرایند اعزام و انتقال بیماران، نحوه هماهنگی بین مراکز درمانی و الزامات
- تعیین تیم اعزام و انتقال، شرح مسئولیت و ویژگی های آن
- نحوه کنترل و نظارت بر آمبولانس و ملزومات و تجهیزات
- تعیین نحوه نظارت بر فرآیند اعزام و انتقال بین مراکز درمانی

شمول دستورالعمل

همه مراکز بهداشتی درمانی کشور اعم از دانشگاهی و غیر دانشگاهی، دولتی و غیر دولتی مشمول این دستورالعمل می باشند.

ماده ۱: تعاریف

وزارت بهداشت

منظور از وزارت بهداشت در این دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

سازمان اورژانس کشور

منظور از سازمان در این دستورالعمل سازمان اورژانس کشور می باشد.

معاونت درمان

منظور از معاونت در این دستورالعمل، معاونت درمان وزارت متبوع می باشد.

دانشگاه

منظور دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی می باشند که در این دستورالعمل به اختصار دانشگاه اطلاق خواهد شد.

مرکز پایش مراقبتهای درمانی و ستاد هدایت MCMC

مرکز پایش مراقبتهای درمانی و ستاد هدایت یک مرکز شبانه روزی است که طبق ضوابط و مقررات وزارت بهداشت با هدف هدایت بیماران بین مراکز درمانی اعم از دانشگاهی و غیردانشگاهی، دولتی و غیردولتی و همچنین پایش نحوه ارائه خدمات درمانی به منظور اصلاح فرآیندها و مداخله‌ی مؤثر راه اندازی شده و زیر نظر سازمان اورژانس کشور فعالیت می نماید.

مرکز درمانی

منظور از مرکز درمانی در این دستورالعمل تمام بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی اعم از دولتی، غیردولتی، دانشگاهی و غیردانشگاهی می باشد.

اعزام/انتقال

در این دستورالعمل هر گونه جابه جایی بیمار از یک مرکز درمانی به مرکز درمانی دیگر، اعزام/انتقال نامیده می شود.

پزشک معالج

مسئول اصلی درمان بیمار است که کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی تحت نظر ایشان انجام می شود.

کادر درمانی اعزام/انتقال

منظور کارکنان درمانی هستند که بر اساس مفاد این دستورالعمل جهت همراهی و انجام اقدامات مراقبتی و درمانی بیمار در زمان اعزام و انتقال به کارگیری می شوند.

ماده ۲: اصل اساسی

رؤسای دانشگاههای علوم پزشکی/ شبکه های بهداشت / مراکز درمانی موظف می باشند با فراهم آوردن امکانات، تجهیزات و نیروی متخصص مورد نیاز، شرایطی را فراهم نمایند که کمترین تعداد اعزام و انتقال بین مراکز درمانی انجام گیرد.

ماده ۳: اعزام/ انتقال

منظور انتقال بیمار از یک مرکز درمانی به مرکز درمانی دیگر، و ادامه روند درمان در مرکز درمانی مقصد می باشد و شامل موارد زیر است:

الف- اعزام و انتقال درون شهری درون دانشگاهی: انتقال از یک مرکز درمانی به یک مرکز درمانی دیگر در یک شهر در حوزه دانشگاه

ب- اعزام و انتقال بین شهری درون دانشگاهی: انتقال از یک مرکز درمانی به یک مرکز درمانی در شهر دیگر در حد دانشگاه

ج - اعزام و انتقال بین دانشگاهی: انتقال از یک مرکز درمانی به یک مرکز درمانی دیگر در خارج از حوزه دانشگاه

ماده ۴: علت اعزام و انتقال

یک مرکز درمانی در شرایط زیر می تواند بیماران خود را به مراکز درمانی دیگر منتقل نماید:

الف - کمبود امکانات و تجهیزات تشخیصی درمانی نسبت به نوع و شدت بیماری

ب - فقدان یا کمبود تخصص مورد نیاز در مرکز درمانی

ماده ۵: درخواست کننده اعزام و انتقال

1. مسئولیت تشخیص و صدور درخواست اعزام و انتقال بیمار بستری، برعهده پزشک معالج وی می باشد.

2. در مواردی که بیمار به اورژانس مراجعه نموده و نیاز فوری به اعزام و انتقال دارد، صدور درخواست اعزام و انتقال بر عهده پزشک معالج می باشد.

3. درخواست اعزام و انتقال و نوع مراقبتهای مورد نیاز حین فرآیند انتقال باید توسط پزشک معالج بیمار در پرونده بیمار درج گردد.

ماده ۶: کادر درمانی اعزام/انتقال

پزشک معالج بیمار، مسئول تعیین سطح تخصص و تجربه کادر درمانی، تجهیزات و امکانات مورد نیاز برای فرآیند اعزام و

انتقال با توجه به وضعیت موجود می باشد. سوپروایزر بالینی حاضر در هر نوبت کاری مسئول تعیین فرد براساس سطوح تعیین شده، تدارک تجهیزات و امکانات مورد نیاز طبق درخواست پزشک معالج بیمار و نظارت بر نحوه انجام فرآیند می باشد.

سطوح کادر درمانی

پزشک معالج بیمار می تواند بر اساس شرایط بیمار و با در نظر گرفتن وضعیت موجود مراکز درمانی، کادر درمانی را از سطوح زیر انتخاب نماید:

- پزشک متخصص و یا دستیار تخصصی
- پزشک عمومی
- اینترن
- پرستار مراقبت ویژه
- کارشناس / کارشناس ارشد پرستاری
- کارشناس یا کاردان هوشبری
- کارشناس یا کاردان فوریتهای پزشکی
- کارشناس / کارشناس ارشد مامایی
- بهیار
- کمک پرستار

توجه:

1. با توجه به وخامت وضعیت بالینی بیمار، پزشک معالج می تواند همزمان سطوح مختلف کادر درمانی را جهت حضور در این فرآیند درخواست نماید.
- تبصره: در صورت نیاز به حضور پزشک متخصص در تیم اعزام، دستور پزشک فوق تخصص هم رشته یا مسئول فنی مرکز درمانی الزامی است.
2. در خصوص اعزام و انتقال کودکان، نوزادان و مادران پرخطر رعایت آییننامهها و دستورالعملهای ابلاغی دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت متبوع الزامی است.
3. اولویت با حضور کادر درمانی همگن مطابق با طرح انطباق می باشد.
4. تدوین برنامه ماهانه تیم اعزام و انتقال توسط مرکز درمانی الزامی است.
5. اعضای تیم اعزام و انتقال موظف می باشند در مواقع اعلام توسط سوپروایزر بالینی کشیک، در کمترین زمان ممکن برای اعزام و انتقال بیمار حضور یابند.
6. سوپروایزر بالینی کشیک در هر نوبت کاری، مسئول کنترل حضور و نظارت بر عملکرد تیم اعزام/ انتقال می باشد. تصمیم در خصوص به کارگیری کارکنان درمانی حاضر در نوبت کاری/ خارج از شیفت (آنکال) جهت حضور در تیم

اعزام و انتقال با صلاحدید سوپروایزر بالینی کشیک می باشد.

تبصره: در صورت استفاده از کارکنان حاضر در نوبت کاری، سوپروایزر بالینی کشیک موظف به تأمین نیروی جانشین می باشد.

7. مدیر پرستاری موظف است برنامه نوبت کاری و شماره تماس کادر درمانی تیم اعزام و انتقال را به صورت لیست ماهانه تهیه و یک نسخه از برنامه ماهانه مذکور را به مرکز پایش مراقبت های درمانی و ستاد هدایت دانشگاه ارسال نماید.

8. در صورت به کارگیری آمبولانس خصوصی در اعزام و انتقال بیمار، رعایت سطوح کادر درمانی مطابق ماده ۶ الزامی می باشد.

9. در صورت به کارگیری آمبولانس هوایی جهت اعزام و انتقال بیمار، رعایت مفاد دستورالعمل جامع خدمات آمبولانس هوایی ضروری می باشد، برای اجرای این امر الزامی است هماهنگی از طریق مرکز پایش مراقبت های درمانی با مرکز هدایت عملیات بحران “EOC” دانشگاه صورت پذیرد، در استان تهران اجرای این فرآیند از طریق EOC وزارت متبوع قابل انجام است.

ماده ۷: حدود مسئولیت ها و شرح وظایف

1. پزشک معالج بیمار موظف است علت انجام اعزام و انتقال را به بیمار یا خانواده وی توضیح داده و سپس با هماهنگ نمودن سوپروایزر کشیک اقدام به اخذ رضایت بصورت کتبی از بیمار یا ولی قانونی وی نموده و فرم مربوطه را تکمیل نماید.

2. همه افراد حقیقی و حقوقی درگیر در امر اعزام و انتقال بیمار موظف به رعایت شأن و کرامت انسانی وی طی این فرآیند می باشند.

3. الزامی است تمامی رویه های مرتبط با فرآیند اعزام و انتقال بیمار با رعایت موارد ایمنی و کنترل عفونت صورت پذیرد.

4. مرکز درمانی مبداء موظف است اقدامات تشخیصی و درمانی جهت تثبیت نمودن شرایط بالینی بیمار درحد امکانات را انجام داده و سپس بیمار را منتقل نماید.

5. پزشک معالج بیمار مرکز درمانی مبداء تا زمان تحویل کامل بیمار به مرکز درمانی مقصد، مسئولیت درمانی بیمار را عهده دار می باشد.

6. پزشک معالج مرکز درمانی مبداء مسئولیت ارائه شرح حال به پزشک پذیرش دهنده مرکز درمانی مقصد را جهت اخذ پذیرش، به عهده دارد.

7. تیم اعزام و انتقال موظف می باشند در حین انتقال بیمار، بر بالین وی و در قسمت کابین عقب حضور داشته باشند.

8. مسئولیت مراقبت و تأمین ایمنی بیمار تا زمان تحویل وی به بیمارستان مقصد بر عهده تیم اعزام و انتقال می باشد.

9. پس از تحویل بیمار به بیمارستان مقصد، مسئولیت بیمار با پزشک مقیم یا آنکال بیمارستان مقصد است.

10. مأموریت‌های درمانی خارج از بیمارستان کادر درمانی و تیم اعزام و انتقال، الزامی است توسط بیمه مسئولیت حرفه-ای پزشکان و پرستاران پوشش داده شود.
11. ضروری است فرآیندهای اعزام و انتقال بین دانشگاهی با هماهنگی مرکز پایش مراقبت‌های درمانی و ستاد هدایت دانشگاه مبداء و مقصد انجام پذیرد و از هماهنگی مستقیم مرکز درمانی مبداء با پزشک یا سوپروایزر مرکز درمانی مقصد خودداری گردد.
12. در صورت هماهنگی بین مراکز درمانی بدون رعایت الزامات اعزام و انتقال بیمار، چنانچه مشکلی بروز نماید مرکز پایش مراقبت‌های درمانی و ستاد هدایت دانشگاه و وزارت متبوع، ملزم به بررسی نابسامانی احتمالی ایجاد شده بوده و با دانشگاه و مرکز درمانی مربوطه برخورد قانونی انجام خواهد شد.

ماده ۱۳: نوع پوشش کادر درمانی اعزام / انتقال

استفاده از لباس فرم و تأمین ملزومات و تجهیزات حفاظت فردی بر اساس قوانین مصوب برای تیم اعزام و انتقال و راننده آمبولانس الزامی می باشد.

ماده ۹: بررسی دوره ای سلامت کادر درمانی اعزام / انتقال

14.

کنترل سالانه سلامت جسمی و روانی برای کادر درمانی اعزام و انتقال به ویژه رانندگان آمبولانس الزامی بوده و رئیس شبکه بهداشت/ رئیس یا مسئول فنی مرکز درمانی، مسئولیت نظارت برانجام آن را عهده دار می باشد.

ماده ۱۰: دوره های آموزشی کادر درمانی اعزام / انتقال

شرکت مستمر و دوره ای (حداقل سالانه) تیم اعزام و انتقال در دوره های آموزشی مرتبط با اخذ مدرک معتبر ضروری بوده و دانشگاه و مرکز درمانی موظف به تعیین نوع آموزش و اجرای این برنامه می باشند.

ماده ۱۱: وسیله اعزام / انتقال

مرکز درمانی می تواند بیمار را بر اساس نوع و شدت بیماری و مسافت تا مرکز درمانی مقصد، با یکی از انواع آمبولانس منتقل نماید.

انواع آمبولانس

آمبولانس تیپ A

آمبولانسی است که جهت حمل و نقل بیماران غیراورژانسی طراحی و تجهیز شده است و مشمول رعایت مقررات استانداردهای ملی ایران و دستورالعمل ها و ضوابط سازمان اورژانس کشور می باشد.

آمبولانسی تیپ B

آمبولانسی است که به منظور پایش، درمان و انتقال بیماران یا مصدومین طراحی و تجهیز شده است و مشمول رعایت مقررات استانداردهای ملی ایران و دستورالعمل ها و ضوابط سازمان اورژانس کشور می باشد.

آمبولانسی تیپ C

آمبولانسی که به منظور پایش، درمان های پیشرفته و انتقال بیماران یا مصدومین نیازمند خدمات مراقبتی ویژه طراحی و تجهیز شده است و مشمول رعایت مقررات استانداردهای ملی ایران و دستورالعمل ها و ضوابط سازمان اورژانس کشور می باشد.

تبصره: در حال حاضر با توجه به عدم وجود آمبولانسی تیپ C در کشور می توان از آمبولانسی های با تجهیزات پیشرفته و مطابق با استانداردهای اورژانس پیش بیمارستانی استفاده نمود. برای تحقق این فرآیند ضروری است هماهنگی از طریق مرکز پایش مراقبت های درمانی با مرکز هدایت عملیات بحران EOC دانشگاه صورت پذیرد.

آمبولانسی هوایی

بالگرد مجهز به تجهیزات پزشکی و ارتباطی است که از آن صرفاً برای انتقال بیماران و مصدومین به مراکز درمانی استفاده می گردد.

توجه:

1. مرکز درمانی مبداء موظف است آمبولانسی مورد نیاز اعزام و انتقال را فراهم نموده و یا از بخش خصوصی خرید خدمت نماید.
2. آمبولانسی که برای اعزام و انتقال بیمار استفاده می شود بالاخص در موارد انتقال بین شهری و بین استانی، ترجیحاً مجهز به GPS باشد
3. آمبولانسی که برای اعزام و انتقال بیمار استفاده می شود بایستی دارای تجهیزات پایه بوده و علاوه بر آن برای اعزام و انتقال بیماران با شرایط خاص، تجهیزات لازم به آمبولانسی اضافه شود.
4. الزامی است آمبولانسی که برای اعزام و انتقال بیماران استفاده می شود، مجهز به سیستم ارتباطی مناسب بوده و در کل مسیرهای انتقال، امکان برقراری ارتباط با مراکز مرتبط را دارا باشد.
5. الزامی است آمبولانسی که برای اعزام و انتقال بیماران استفاده می شود، دارای پوشش بیمه ای مناسب جهت تردد آمبولانسی در کل کشور برای تأمین خسارت احتمالی مالی و جانی راننده، بیمار، تیم اعزام و انتقال و همراه بیمار باشد. تبصره: در صورت حمل مادر باردار ضروری است پوشش بیمه ای، نوزاد یا نوزادان متولد شده یا جنین در حین اعزام و انتقال را نیز در برگیرد.
6. آمبولانسی خصوصی طرف قرارداد با مرکز درمانی که برای اعزام و انتقال بیمار استفاده می شود از نظر شرایط، تجهیزات درمانی و تخصص و مهارت کادر درمانی، لازم است شرایط آمبولانسی های ملکی را دارا بوده و در این خصوص رعایت ضوابط و اصول آئین نامه تأسیس مراکز خدمات آمبولانسی خصوصی الزامی می باشد.
7. الزامی است ترتیبی اتخاذ گردد که در متن قرارداد با بخش خصوصی این عبارت قید شود " در صورت نیاز و درخواست

پزشک معالج بیمار، موسسه‌ی طرف قرارداد موظف به تأمین آمبولانس تیپ B، تیپ C یا آمبولانس تجهیز شده مطابق با استاندارد اورژانس پیش بیمارستانی می باشد."

8. رئیس شبکه بهداشت/ رئیس یا مسئول فنی مرکز درمانی موظف است آمبولانس مورد نیاز و تسهیلات و تجهیزات لازم برای اعزام و انتقال بیمار را تأمین نماید.
9. راننده آمبولانس موظف است در ابتدای هر نوبت کاری وسیله نقلیه را از لحاظ سلامت، ایمنی و کارکرد فنی کنترل نموده و در چک لیست مربوطه ثبت نماید.
10. سوپروایزر بالینی کشیک موظف است در ابتدای هر نوبت کاری وجود وسایل و تجهیزات بالینی را در آمبولانس کنترل نموده و در چک لیست مربوطه ثبت نماید.
11. سوپروایزر بالینی کشیک موظف است قبل و بعد از اعزام و انتقال بیمار، وسایل و تجهیزات درمانی مورد نیاز را بررسی از کارکرد صحیح آنها اطمینان حاصل نماید و تغییر و تحول در پایان هر نوبت کاری به صورت مکتوب انجام شود.
12. در مواردی که تأمین آمبولانس از طریق خرید خدمت از بخش خصوصی صورت می‌پذیرد، مسئولیت نظارت بر آمبولانس، تجهیزات و کادر درمانی برعهده مسئول فنی مرکز درمانی می‌باشد.
- تبصره ۱:** در مورد مذکور مسئول فنی مؤسسه آمبولانس خصوصی، مسئول پاسخگویی به مسئول فنی مرکز درمانی می‌باشد.
- تبصره ۲:** در صورتی که مسئول فنی در مرکز درمانی حضور نداشته باشد، مسئولیت فوق برعهده سوپروایزر بالینی کشیک می‌باشد.
13. تأکید می‌شود آمبولانسی که برای اعزام و انتقال بیمار استفاده می‌شود در آغاز هر نوبت کاری و پس از انجام هر نوبت اعزام و انتقال تجهیز و آماده به کار باشد.

ماده ۱۲: الزامات اعزام و انتقال بیمار

1. الزامی است کلیه موارد درخواست اعزام و انتقال بیمار قبل از شروع فرآیند پذیرش، توسط مرکز درمانی مبداء در سامانه پایش داده‌های مراقبت‌های درمانی "MCMC" ثبت گردد و مسئولین و کارشناسان مرکز پایش مراقبت‌های درمانی و ستاد هدایت دانشگاه، بلافاصله پس از دریافت و مشاهده فرم درخواست اعزام بیمار در سامانه، مستندات فرم مذکور را بررسی نموده و پس از حصول اطمینان از تکمیل بودن آن، فرآیند اخذ پذیرش جهت اعزام و انتقال بیمار را شروع نمایند.
2. الزامی است کلیه موارد اعزام و انتقال بیمار با اطلاع و هماهنگی مرکز پایش مراقبت‌های درمانی و ستاد هدایت دانشگاه انجام شود و کادر درمانی بیمارستانها مجاز نمی‌باشند بدون هماهنگی با مرکز پایش مراقبت‌های درمانی و ستاد هدایت دانشگاه/دانشکده، بیمار را به سایر مراکز درمانی منتقل نمایند.
3. در خصوص فرآیند پذیرش مستقیم (بر اساس تعریف این فرآیند در سامانه MCMC برای برخی از دانشگاهها و دانشکده‌های علوم پزشکی) ضروری است انتقال بیمار بین مرکز درمانی مبداء و مقصد با هماهنگی مرکز پایش مراقبت‌های درمانی و ستاد هدایت دانشگاه/دانشکده انجام شده و تکمیل فرم اعزام قبل از شروع فرآیند انتقال

بیمار الزامی می باشد.

4. کلیه مسئولین مراکز درمانی، مدیران گروههای آموزشی، اعضای هیات علمی، متخصصین، دستیاران، پزشکان عمومی و همچنین سایر دست اندرکاران اخذ و اعطاء پذیرش اعزام و انتقال بیماران، موظف به همکاری همه جانبه با سوپروایزر کشیک مرکز درمانی و مرکز پایش مراقبت های درمانی و ستاد هدایت دانشگاه در اجرای فرآیند اعزام/انتقال می باشند.

ماده ۱۳: مستند سازی فرآیند اعزام و انتقال

کلیه مراحل اعزام و انتقال بیمار بایستی به طور کامل در پرونده بیمار و فرم های مربوطه ثبت و به شرح ذیل مستندسازی گردد:

1. اقدامات انجام شده در فرآیند اخذ پذیرش با ذکر زمان و تاریخ در پرونده درج شود.
2. مسئولیت صحت اطلاعات فرم درخواست اعزام و انتقال بیمار در سامانه MCMC بر عهده ی پزشک معالج بیمار در مرکز درمانی مبداء می باشد.
3. تیم اعزام و انتقال موظف می باشد در حین انجام فرآیند انتقال، ارزیابی مستمر از وضعیت بالینی بیمار انجام داده و زمان دقیق، تاریخ، مقصد، مسیر، علت انتقال، خلاصه ای از وضعیت بیمار، اقدامات انجام شده حین انتقال را در فرم اعزام (در قسمت مربوط به مسیر انتقال) ثبت نماید.
4. الزامی است گزارش وضعیت بیمار به صورت شفاهی و کتبی توسط اعزام و انتقال به کادر درمانی تحویل گیرنده بیمار در مرکز درمانی مقصد ارائه شود.

ماده ۱۴: اجرا، نظارت و کنترل

1. مسئولیت حسن اجرای دستورالعمل حاضر، بر عهده رئیس دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می باشد.
2. نظارت بر نحوه اجرای فعالیت ها و عملکرد مراکز درمانی در خصوص این دستورالعمل از زمان ابلاغ بر عهده مرکز پایش مراقبت های درمانی و ستاد هدایت دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی می باشد.

منابع :

- 1- قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱
- 2- قانون مجازات اسلامی بخش تعزیرات حکومتی مصوب ۱۳۷۵/۰۳/۰۲
- 3- قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۹۲/۱۲/۰۴ با اعمال متن اصلاحی مصوب ۹۴/۰۳/۲۴
- 4- قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹/۰۲/۰۷
- 5- مجموعه قوانین و مقررات بهداشتی، درمانی و آموزش پزشکی ۱۳۸۸
- 6- اساسنامه سازمان فوریت‌های پیش‌بیمارستانی اورژانس کشور (مصوبه شماره ۱۵۰۹۱۴/ت ۵۴۵۹۴ هـ مورخ ۱۳۹۶/۱۱/۲۸ هیئت وزیران)
- 7- قانون نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳/۰۱/۲۵
- 8- آیین رسیدگی دادرسی‌ها و هیات‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۹۰/۰۶/۱۹
- 9- آیین‌نامه مدیریت ایمنی حمل و نقل و سوانح رانندگی مصوب ۱۳۸۸/۰۶/۰۴ هیات وزیران با آخرین اصلاحات ۱۴/۵/۱۳۹۷
- 10- آیین‌نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی کشور مصوب ۱۳۸۶/۹/۲۵
- 11- قانون ممنوعیت بازداشت کسانی که مصدومین را به مراکز درمانی منتقل می‌نمایند قانون مصوب ۱۳۸۰/۱۲/۲
- 12- قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۴۵
- 13- آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴/۰۳/۰۵ اصلاحیه مورخ ۱۳۷۸/۰۲/۱۹ هیات وزیران
- 14- آیین‌نامه راهنمایی و رانندگی مصوب ۱۳۸۴/۰۴/۰۸
- 15- افراسیاب، محبوب، جرایم پزشکی، دارویی و غذایی، تهران، انتشارات قوه قضائیه
- 16- کتاب اورژانس‌های طبی پایه
- 17- قانون نظام پزشکی کشور و آیین‌نامه رسیدگی در نظام پزشکی
- 18- دستورالعمل جامع اعزام انتقال بین مراکز درمانی