

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تخلف انتظامی و کیفری و منشور حقوق بیماران

دکتر مسعود قادی پاشا
متخصص پزشکی قانونی
دانشیار سازمان پزشکی قانونی کشور

دکتر علی محمد علی محمدی
متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها
سازمان پزشکی قانونی کشور

اختلاف تخلف انتظامی با تخلف کیفری

اگر در کارمان کوتاهی کنیم مجازات ما چیست

آیا ایجاد عارضه قصور میباشد

چگونه میتوانیم از خودمان دفاع کنیم

آیا عدم تشخیص قصور میباشد

فرق رضایت با برائت چیست

Iran Aras River



امروزه علی رغم تلاش پزشکان میزان شکایت

رو به افزایش میباشد



در مقابل هر شکایت شفاهی 4 بیمار ناراضی

در مقابل یک شکایت کتبی 100 شکایت شفاهی

در واقع هر شکایت کتبی 400 بیمار ناراضی وجود دارد

افزایش شکایت

آمریکا در طی 20 سال میزان شکایت از سه تا چهار درصد شکایت به 27% افزایش یافته

در سوئد 5000 شکایت در سال مطرح می‌باشد

در ایران در طی 5 سال میزان شکایت دو برابر شده

• در سال 91.....4714 مورد شکایت

• در سال 92.....5148 مورد شکایت (2/9% رشد)

• در سال 96.....8713 مورد شکایت 3864 محکوم

• در سال 97.....9427 مورد شکایت 4318 محکوم 8 درصد
رشد

• در سال 99....10848 مورد شکایت 5032 محکوم

• از کل پرونده ها 46% قصور و 54% تبرئه شدند

• در 9 ماهه 1400 تعداد 8850 پرونده که نسبت به مدت مشابه سال قبل 11.8٪ رشد

• 4124 نفر محکوم 46٪

• تعداد متخصصین جراحی عمومی درگیر پرونده نفر 1378
نفر 9.6٪ از کل میباشد و نسبت به سال قبل 15٪ رشد داشت

• 627 مورد قصور 45.5٪ سال قبل 496 نفر قصور بوده
26٪ رشد داشته

بیشترین شکایت در کشور

1- جراحی عمومی 1378 در سال 99 در رتبه دوم قرار داشت

- 2- دندان پزشکی 1260
- 3- پرستاری 1226
- 4- جراحی زنان و زایمان 1083
- 5- پزشک عمومی 906
- 6- مسئول فنی 757 میزان قصور 67%
- 7- ارتوپدی 725

آمار رشته تخصصی برگزار شده در گروه جامعه جراحان

- از 14268 مورد 5375 جراحان بودند.....37.6% از کل
- نسبت به سال گذشته 10% رشد داشته است
- از این تعداد 36% قصور داشتند نسبت به سال گذشته 1% کاهش داشته



- بیشترین قصور:

- مسئولین فنی

- دندانپزشک

- بیشترین رشد:

- طب اورژانس، پرستاری و مامایی، جراحی پلاستیک، جراحی گوش حلق بینی

تخلف به دو دسته تقسیم می شود :

1- تخلف انتظامی

2- تخلف کیفری

تخلفات انتظامی :

◆ تخلفات صنفی و کوتاهی در امر درمان که منجر به نقص عضو و فوت نگردد .

محل بررسی تخلفات انتظامی در نظام پزشکی می باشد.

مجازات های تخلفات انتظامی

(الف) تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیات مدیره 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 رای در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل

(د) محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از سه ماه تا يك سال در محل ارتکاب تخلف

مجازات های تخلفات انتظامی

هـ) محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یکسال در تمام کشور

و) محرومیت از اشتغال به حرفه های پزشکی از بیش از یکسال تا پنج سال در تمام کشور

ز) محرومیت دائم از اشتغال به حرفه های پزشکی و وابسته در تمام کشور (1)

فصل اول - تعاریف

- ماده 1- قانون مجازات اسلامی مشتمل بر جرائم و مجازات‌های حدود، قصاص، دیات و تعزیرات، اقدامات تأمینی و تربیتی، شرایط و موانع مسئولیت کیفری و قواعد حاکم بر آنها است.
- ماده 2- هر رفتاری اعم از فعل یا ترک فعل که در قانون برای آن مجازات تعیین شده است جرم محسوب می‌شود.

تخلفات کیفری :

◆ تخلفاتی که جرم محسوب می شود و در قانون برای آن مجازات در نظر گرفته شده است مانند قصور کادر درمان

محل بررسی تخلفات کیفری در پزشکی قانونی و نظام پزشکی می باشد.

تعریف قصور یا تقصیر پزشکی:

قصور یعنی کوتاهی در امر درمان که منجر به نقص عضو یا فوت گردد

قصور وقتی رخ می دهد که سه شرط زیر وجود داشته باشد:

(1) مسئولیت بیمار را قبول کرده باشد

(2) در انجام وظیفه کوتاهی کرده باشد

(3) در نتیجه این کوتاهی بیمار دچار آسیب و زیان گردد

تقسیم به دو دسته تقسیم می شود :

(1) بی مباله

(2) بی احتیاطی

در بین موارد فوق بی مباله شدیدترین نوع قصور محسوب می شود . یعنی فرد کاری را که بایستی انجام می داده , انجام نداده است .



• مجازات تقصیر پزشکی؟

مجازات‌هاي اصلي

ماده 14- مجازات‌هاي مقرر در اين قانون چهار قسم است:

- الف- حد
- ب- قصاص
- پ- ديه
- ت- تعزير

- ديه در سال 92 به میزان 114 میلیون تومان
- ديه در سال 93 به میزان 150 میلیون تومان
- ديه در سال 98 به میزان 270 میلیون تومان
- ديه در سال 1400 به میزان 480 میلیون تومان

- ماده 555- هرگاه رفتار مرتكب و فوت مجني عليه هر دو در ماههاي حرام «محرم، رجب، ذي القعدة و ذي الحجه» يا در محدوده حرم مکه، واقع شود خواه جنایت عمدي خواه غير عمدي باشد، علاوه بر ديه نفس، يك سوم ديه نیز افزوده مي گردد. ساير مكانها و زمانهاي مقدس و متبرك مشمول حكم تغليظ ديه نيست.

- در موارد cp ديه 532%

آیا ایجاد عارضه قصور میباشد

یا عدم تشخیص قصور میباشد؟



امروزه علي رغم تلاشهاي پزشكان ،دندانپزشكان و ساير
كاركنان بخش بهداشت و درمان با وجود بهره وري از
امكانات در دسترس ميزان نارضايتي و شكايات بيماران رو به
افزايش ميباشد





منشور حقوق بیماران

حقوق بیمار یکی از محور های شاخص در تعریف
استانداردها جهت اعمال حاکمیت خدمات بالینی
است. در سال 1381 برای اولین بار منشور حقوق بیمار
در ایران تدوین و از سوی معاونت سلامت وزارت
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ گردید. با توجه
به ضرورت تدوین متنی جامع در مورد حقوق بیمار،
منشور حقوق بیمار در ایران با نگاهی نو و جامع و با
هدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سلامت و رعایت
موازین اخلاقی در عرصه درمان تدوین گردید که در این
مقاله متن نهایی منشور ارایه و مراحل تدوین آن
تشریح می گردد.

منشور حقوق بیمار در ایران

منشور جامع حقوق بیمار در 5 محور
کلی و 37 بند به همراه بینش و ارزش
و یک تبصره پایانی تنظیم گردیده
است.

دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

- ارائه خدمات سلامت باید :

(1-1) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛

(1-2) بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد ؛

(1-3) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد ؛

(1-4) بر اساس دانش روز باشد ؛

(1-5) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد ؛

(1-6) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد ؛

(1-7) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد ؛

(1-8) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد ؛

(1-9) توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار،

سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛

1- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

•
(1-10) در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد ؛
(1-11) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد ؛

(1-12) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد ؛

(1-13) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛

(1-14) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می‌باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد .

اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد .

• -

- (2-1) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :
- (2-2-1) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش ؛
- (2-2-1-2) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش ؛
- (2-2-1-3) نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشك، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر ؛
- (2-2-1-4) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار ؛
- (2-2-1-5) نحوه‌ی دسترسی به پزشك معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان ؛
- (2-2-1-6) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند .

- (2-1-7) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان ؛
(2-2) نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :
(2-2-1) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درك در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که :
- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).
- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد ؛
(2-2-2) بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید .

حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات - سلامت باید محترم شمرده شود

(3-1 محدودۀ انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد :

(3-1-1 انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط ؛

(3-1-2 انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور ؛

(3-1-3 شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری

وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت ؛

(3-1-4 قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از

پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص

دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

(3-1-5 اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد

ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان

ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات

سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد .

(3-2 شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد :

(3-2-1 انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه ، مبتنی بر دریافت

اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد ؛

(3-2-2 پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و

انتخاب داده شود .

ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

•

(4-1 رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛

(4-2 در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

(4-3 فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

(4-4 بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

دسترسي به نظام کارآمد رسيدگي به شکايات حق بیمار است .

•

(5-1) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذي صلاح شکایت نماید ؛

(5-2) بیماران حق دارند از نحوه رسيدگي و نتايج شکايت خود آگاه شوند ؛
(5-3) خسارت ناشي از خطاي ارائه کنندگان خدمات سلامت بايد پس از رسيدگي و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترين زمان ممکن جبران شود .
در اجراي مفاد اين منشور در صورتي که بیمار به هر دليلي فاقد ظرفيت تصميم‌گيري باشد، اعمال کليه حقوق بیمار - مذکور در اين منشور - بر عهدهي تصميم‌گیرندهي قانوني جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصميم‌گیرندهي جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک مي‌تواند از طريق مراجع ذيربط درخواست تجديد نظر در تصميم‌گيري را بنماید.
چنانچه بیماری که فاقد ظرفيت کافي براي تصميم‌گيري است، اما ميتواند در بخشي از روند درمان معقولانه تصميم بگیرد، بايد تصميم او محترم شمرده شود.