

جایگاه سازمان نظام پزشکی در نظام حقوق عمومی ایران

آرش جهان بخشی

کارشناسی ارشد حقوق مالی-اقتصادی، دانشگاه آزاد واحد بوئین زهرا

چکیده

تعیین رابطه حقوق و اخلاق از دغدغه های اصلی بزرگان حقوق است اینکه چگونه می توان اخلاق و به طور کلی تمدن یک کشور را منبع اصلی حقوق قرار داد و منابع ظاهری حقوق، از جمله قانون را تحت نفوذ آن درآورد؟ اینکه چگونه می توان عرف را در کنار قانون از منابع ظاهری حقوق قرار داد و قواعد اخلاقی را نه تنها از ورای قانون که قانونگذار ناگزیر از پیروی از آن باشد که در کنار قانون به عنوان منبع مستقیم حقوق مورد توجه قرار داد و این که چگونه می توان اخلاق حسنه و نظم عمومی را در دستگاه های اجرایی وزارتخانه ها و سازمان ها به عنوان موانع نفوذ قانون، اجرای صحیح قوانین، شناخت و کارکرد آنها را مطرح کرد و صیانت از حریم اخلاق را سرلوحه هر گونه تشخیص و تبیین و تفسیر قواعد حقوقی ساخت.

واژه های کلیدی: سازمان، حقوق عمومی ایران، قانون سازمان نظام پزشکی، حمایت صنفی، عدالت پزشکی

مقدمه

سازمان نظام پزشکی مدافع منافع جامعه پزشکی، مدعی آن و برخوردار از اقتدار حاکمیتی جهت رسیدگی به آن، در قلمرو صنفی و حرفه ای است هرگونه لطمه به حیثیت و حرمت جامعه پزشکی را بر نمی تابد برخوردار از تشکیلاتی است تا اشخاصی را که از درون حرفه به حیثیت این جامعه لطمه می زنند مورد تعقیب قرار دهد و به این ادعای خود رسیدگی کند، در بین اجزاء مختلف خدمت رسانی به جامعه و سیستم بهداشت و درمان، خدمات بیمارستانها و پزشکان مختلف در هر سطح در بوجود آمدن یک جامعه سالم نقش بسزایی دارد و حقوق عمومی در قالب سازمان نظام پزشکی به صورت خیلی وسیع به آن پرداخته و این مهم موشکافی می شود محور اصلی بحث سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ نظارت بر عملکرد سیستم بهداشت و درمان است و تاکید کرده که دولتها باید اطمینان یابند که سیستم مراقبت بهداشت و درمان کشورشان مساعدترین خدمات را برای جامعه تامین می کند، در طی ده سال گذشته بیمارستانها خود را با تغییرات محیطی وفق داده و در این راستا سیاستهای جدیدی جهت ارزیابی عملکرد بیمارستانها توسعه اعمال شده است و اما در خصوص ساختار سازمان نظام پزشکی و دارا بودن قانون خاص مهمترین مسئله این می باشد با توجه به اینکه این سازمان در بخش غیردولتی قرار دارد آیدار نظام حقوق عمومی چه جایگاهی دارد؟ تا چه میزان در تصمیمات حوزه بهداشت و درمان اثرگذاری داشته و دارد؟ و مردم تا چه میزان نسبت به این سازمان و تشکیلات آن شناخت کافی دارند دستگاه ها و سایر سازمانها و ارگان ها که در حقوق عمومی ایران تعریف شده اند خود نسبت به قدرت و جایگاه این سازمان اطلاع کافی دارند؟ با توجه به موارد ذکر شده برای اینکه ساختار و قدرت این سازمان که به نوعی یک بازو برای وزارت بهداشت و درمان می باشد و در حل مشکلات مردم نسبت به حوزه پزشکی و کاهش پرونده های قضایی موثر می باشد، وزارت بهداشت و درمان با تبلیغات موثر و اطلاع رسانی جمعی و معرفی این سازمان به مردم و حتی ارگانها و نهادهای دولتی می تواند در عمل نیز جایگاه سازمان نظام پزشکی را ارتقاء داده و به حل این موضوع کمک شایانی نمایند.....

مبحث اول: مفاهیم و تعاریف

گفتار اول: سازمان

سازمان Organization یک نهاد اجتماعی متشکل از افراد است که برای دستیابی به هدفی مشترک باهم همکاری و تشریک مساعی دارند. سازمان در محیطهای گوناگون کاربردهای متفاوتی دارد بنگاههای اقتصادی (شرکت های تجاری) سازمان های دولتی، سازمان های غیردولتی و سازمان های ائتلافی را نیز می توان به عنوان یک سازمان نام برد، سازمانها با ترکیب استعداد و تلاش افراد بسیاری می توانند به هدفها و مأموریت های مهمی دست پیدا کنند که دور از دسترس فرد قرار دارند هم چنین سازمانها می توانند بهره وری هر واحد از منابع (سرمایه و منابع انسانی) را افزایش دهند سازمانها کمک می کنند افراد هر وظیفه ای را سریع تر و با اشتباه کمتر در مقایسه با فعالیت انفرادی انجام دهند جوامع امروزی را دنیای سازمانی می نامند، زیرا در این دنیا و جوامع انسانها هر جایی که زندگی می کنند هر کاری که انجام می دهند با سازمانهای گوناگون در ارتباط اند و سازمانها بخشی از زندگی روزمره همه مردم را تشکیل می دهند، هر سازمانی برای آن که بتواند مؤثرتر و کارا تر فعالیت کند لازم است بر آن نوعی نگرش متفاوت از نگرش عادی حکم فرما باشد این نگرش ادراک کلی و همه جانبه و سیستماتیک از سازمان را فراهم آورد معنای سازمان از جمله موضوعاتی است که نظریه پردازان مدیریت در مورد آن توافق چندانی ندارند.

بنیاد اول: عوامل مشترک سازمانها

سازمان‌ها اعم از دولتی یا خصوصی، رسمی و غیر رسمی، کوچک و بزرگ دارای عوامل مشترکی به شرح زیر هستند:

- ۱- روشن‌ترین عامل برای تشکیل هر سازمانی اهداف آن سازمان است.
 - ۲- سازمان‌ها برای اهداف خود برنامه‌هایی را تنظیم می‌کنند.
 - ۳- سازمان‌ها برای نیل به اهداف و اجرای برنامه‌هایشان باید منابعی را به دست آورند و آن‌ها را به فعالیت‌های مورد نظر اختصاص دهند.
 - ۴- سازمان‌ها برای نیل به اهداف، اجرای برنامه‌ها و تامین منابع به مدیرانی نیاز دارد که آن‌ها را در این جهت هدایت کنند.
- بند دوم: سازمان رسمی

در سازمان رسمی مدیر روابط سازمانی را به طور مکتوب و به کمک نمودار با دقت هر چه بیشتر برای کارکنان تشریح می‌کند تغییرات بعدی در صورت لزوم می‌تواند به طور رسمی یا غیر رسمی انجام شود و سازمانی است که از شکل و ترکیب خاصی برخوردار بوده از یک سلسله همبستگی‌ها و روابط بین مشاغل و مقامات سازمانی براساس سلسله مراتب سازمانی به وجود آمده است سازمان رسمی معمولاً از سه منطقه‌ی مدیریت و یک منطقه‌ی اجرای عملیات تشکیل شده است.

- ۱- مدیران عالی مقام اداری.
- ۲- مدیران اجرایی یا مدیران واسطه در رده‌ی دوم.
- ۳- مدیران سرپرست.
- ۴- منطقه‌ی عملیاتی عبارت است، نظامی از فعالیت‌های هماهنگ گروهی از مردم است که با همکاری یکدیگر در جهت هدفی مشترک و تحت اقتدار و رهبری یک فرد به کار مشغولند.

سازمان رسمی آمیزه‌ای از گروه‌هایی از افراد است که از طریق بهم پیوستن و همکاری و ایفای نقش آگاهانه تحت یک نظم و سلسله مراتب سازمانی به منظور دستیابی به مقاصد مشخص و از قبل تعیین شده به فعالیت و اشتراک مساعی می‌پردازد به طور خلاصه می‌توان گفت که سازمان رسمی آمیزه‌ای از افراد و حاصل همکاری و ایفای نقش آگاهانه‌ی آن برای رسیدن به هدف‌های مشخصی است، سازمان رسمی طرح سازمانی که از طریق تقسیم کار می‌کوشد تا به هدف‌های سازمان نائل آید، سازمان رسمی به مجموعه روابط پیچیده‌ای که در بین عده‌ای افراد خاص با وظایف و مسوولیت‌های مشخص و بر اساس مقررات از پیش تعیین شده شکل گرفته و مدون گردیده است در سازمان رسمی موارد زیر مشخص است:

- ۱- سلسله ارتباطات رسمی مدون شده بین افراد.
- ۲- حدود قلمرو وظایف هر یک از مشاغل و صاحبان مشاغل.
- ۳- سلسله مراتب اداری.
- ۴- نوع مشاغل کارکنان سازمان و محل سازمانی آن‌ها.
- ۵- قدرت سازمانی و حیطه‌ی نظارت هر مقام در سازمان.
- ۶- واحدهای صف و ستاد در سازمان.

بند سوم: سازمان غیر رسمی

در سازمان غیر رسمی مدیر روابط سازمانی را به طور شفاهی برای کارکنان توضیح می‌دهد و این روابط را بر حسب نیاز تغییر می‌دهد سازمان غیر رسمی عبارت از به وجود آمدن نظامی از روابط متقابل شخصی و عاطفی و احساسی بین اعضای سازمان بدون داشتن هدف و مقصودی خود آگاه، عام و مشترک، سازمان غیر رسمی عبارت است نظامی از روابط متقابل افراد که به

منظور تاثیر گذاردن بر روی تصمیمات سازمان رسمی پدید می آید. (سازمان غیر رسمی رابطه ها و الگوهای همکاری و ارتباط های بین افراد که در نمودار سازمانی مشخص نشده است رادارامی باشد)

بند چهارم: سازمان وظیفه ای

در سازمان وظیفه ای اختیارات در دست مدیران متخصصی متمرکز شده است که مسئولیت تام وظیفه ای داشته که با تمامی کارکنان در ارتباط می باشند.

بند پنجم: سازمان دولتی

سازمان های دولتی و انواع آن در ایران سازمان های مجری سیاست و خط مشی دولت در دستگاه ها، موسسات و ادارات دولتی می گویند دستگاه های دولتی را در ایران به وزارتخانه، موسسات دولتی مستقل، سازمان وابسته، سازمان تابعه و شرکت های دولتی تقسیم کرده اند.

بند ششم: سازمان غیردولتی

از مفاهیمی است که با توجه به ساختار، هدف و همچنین این موضوع که سازمان های غیردولتی بر اساس **حقوق داخلی** دولت ها بوجود می آیند، امکان اجماع نظر پیرامون یک تعریف واحد را کم رنگ می نماید. این وجود با استفاده از برخی منابع سازمان های غیردولتی به هر سازمان منسجم و علنی گفته می شود که گروه های داوطلب مردمی به صورت قانونی تشکیل می دهند و هدف از تشکیل آن رفع نیاز **جامعه** یا گروه های خاصی از افراد بدون انگیزه های مادی و اقتصادی است. سازمان های غیردولتی می توانند فعالیت های خود را در چارچوب های داخلی تنظیم کنند یا به دنبال نفوذ در آئین ها و روش های تصمیم گیری بین المللی باشند.

بند هفتم: وزارتخانه

وزارتخانه: سازمانی است متشکل از تعدادی ادارات دولتی، که برای اداره ی عمومی معینی تشکیل گردیده و زیر نظر و مسئولیت یکی از اعضای هیات دولت به نام وزیر اداره می شود. مانند وزارت آموزش و پرورش یا وزارت علوم تحقیقات و فناوری در تشکیلات همه ی دولت ها مهم ترین واحد سازمانی وزارتخانه است که در کشور ما بر اساس قانون ایجاد و به این عنوان نامیده می شود.

گفتار دوم: ماهیت سازمان نظام پزشکی ایران

سازمان نظام پزشکی ایران یک سازمان حقوقی است که موظف به اجرایی کردن قوانین مرتبط با امور پزشکی می باشد. سازمان نظام پزشکی ایران یک سیستم بهداشتی و نظارتی است که بعضی اوقات به عنوان سیستم مراقبت بهداشتی یا سیستم بهداشت و درمان شناخته می شود. سازماندهی افراد، موسسات و منابع که خدمات بهداشتی را برای برآورده ساختن نیازهای بهداشتی جمعیت هدف ارائه می دهد. سازمان نظام پزشکی به عنوان یک سازمان مستقل حرفه ای و در برگیرنده شاغلان حرف پزشکی است و طیف گسترده ای از حرف پزشکی در سراسر جهان با ساختار سازمانی مختلفی وجود دارد که به طور ذاتی باید نظام های پزشکی را با توجه به نیازها و منابع خود طراحی و توسعه دهند. گرچه عناصر مشترک تمام نظام های پزشکی مراقبت اولیه بهداشتی و اقدامات بهداشت عمومی هستند. اما در برخی کشورها برنامه ریزی سیستم بهداشتی بین شرکت کنندگان در بازار توزیع می شود، در میان دولت ها، اتحادیه های کارگری، موسسات خیریه، سازمان های مذهبی یا سایر سازمان ها که برای ارائه خدمات بهداشتی برنامه ریزی شده و به صورت هدفمند بین آنها یک تلاش هماهنگ وجود دارد. با این حال برنامه ریزی مراقبت های بهداشتی به عنوان اغلب تکاملی نه انقلابی توصیف شده است. اغلب نظام های پزشکی با دیدگاه کاهش یافته به

عنوان مثال کاهش آن به سیستم مراقبت بهداشتی تعریف شده است برای مثال در بسیاری از نشریات هر دو اصطلاحات به صورت تعویض استفاده می‌شوند برخی از نویسندگان استدلال‌هایی را برای گسترش مفهوم نظام های پزشکی ارائه کرده‌اند که نشان می‌دهد ابعاد بیشتری را باید در نظر گرفت نظام پزشکی نباید تنها از نظر مؤلفه‌های آنها بلکه از ارتباطات آن‌ها نیز بیان شود نظام پزشکی باید شامل نهاد یا بخش عرضه سیستم بهداشتی به جمعیت باشد؛ نظام پزشکی باید از لحاظ اهداف خود شامل نه تنها بهبود سلامت، مجری عدالت پزشکی، پاسخگویی به انتظارات قانونی، احترام به شأن و تأمین مالی عادلانه و غیره باشد؛ نظام پزشکی همچنین باید از لحاظ عملکرد تعریف شود، از جمله ارائه مستقیم خدمات چه اینکه خدمات پزشکی یا بهداشت عمومی هستند و یا سایر توابع فعال، نظیر نظارت، تأمین مالی و تولید منابع از جمله مواردی که احتمالاً پیچیده‌ترین چالش‌های نیروی کار جامعه پزشکی است. (نایت، ۱۳۹۷)

بنیاد اول: اهداف سازمان نظام پزشکی

۱- تحقق ارزش‌های عالی‌ه اسلام در امور پزشکی.

۲- پیشبرد و اصلاح امور پزشکی.

۳- ارتقای سطح دانش پزشکی.

۴- حمایت از حقوق بیماران.

۵- حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرف پزشکی.

۶- تنظیم روابط شاغلان حرف پزشکی با نهادهای دیگر.

بند دوم: تاریخچه سازمان نظام پزشکی

سازمان نظام پزشکی بزرگترین و قدیمی‌ترین سازمان غیردولتی در ایران پس از کانون وکلای می‌باشد که در تاریخ ۱۳۳۹/۱۰/۰۳ تأسیس گردیده است رئیس اولین دوره این سازمان در سال ۱۳۴۷ منوچهر اقبال بود و طی سال‌های مختلف یحیی عدل و ملکی در دوره های دوم و سوم بعد از انقلاب اسلامی ایران، هادی منافی، سید شهاب‌الدین صدر، علیرضا زالی، ایرج فاضل، محمدرضا ظفرقندی و محمد رئیس‌زاده رئیس این سازمان بوده‌اند آخرین رئیس کل سازمان دکتر محمد رئیس‌زاده است که در تاریخ ۹ مهر ۱۴۰۰ با رأی اعضای مجمع عمومی سازمان به این سمت انتخاب شد و سید ابراهیم رئیسی رئیس جمهور در ۱۱ مهر ۱۴۰۰ با صدور حکمی دکتر محمد رئیس‌زاده را برای مدت چهار سال به عنوان رئیس کل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران منصوب کرد، اولین قانون نظام پزشکی ایران در سال ۱۳۳۹ به تصویب رسید اکنون ۵۲ سال از آن زمان می‌گذرد و در طی این سال‌ها نظام پزشکی ایران با فراز و فرودهای متعددی همراه بوده است اولین انتخابات هیات مدیره نظام پزشکی در سال ۱۳۴۷ هجری شمسی انجام شد و فعالیت رسمی نظام پزشکی از آن زمان آغاز گردید از آن زمان تا پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷ نظام پزشکی ۴ دوره انتخابات و فعالیت داشت که به ترتیب آقایان دکتر منوچهر اقبال (۲ دوره) دکتر یحیی عدل و دکتر ملکی روسای ۴ دوره فعالیت نظام پزشکی در زمان قبل از انقلاب بودند پس از پیروزی انقلاب تاکنون ۱۰ دوره فعالیت نظام پزشکی قابل ذکر است که در طی این سال‌ها به ترتیب آقایان دکتر عباس شیبانی ۶۳ تا ۶۰ دکتر محمد علی حفیظی ۶۵ تا ۶۳ دکتر هادی منافی ۷۰ تا ۶۵ دکتر ایرج فاضل ۷۵ تا ۷۰ دکتر سید شهاب‌الدین صدر ۷۹ تا ۷۵ دکتر محمدرضا ظفرقندی ۸۳ تا ۷۹ دکتر سید شهاب‌الدین صدر ۹۱ تا ۸۷، ۸۷ تا ۸۳ دو دوره متوالی دکتر علیرضا زالی (۱۳۹۲-۱۳۹۶) دکتر ایرج فاضل (۱۳۹۶-۱۳۹۸) دکتر محمدرضا ظفرقندی (۱۳۹۸-۱۴۰۰) ریاست نظام پزشکی را برعهده داشتند و در هشتمین دوره

انتخابات دکتر محمد رئیس زاده با رای مجمع عمومی به عنوان رییس کل سازمان نظام پزشکی انتخاب گردیدند (بادینی ۱۳۹۷)

بند سوم: نظام پزشکی از چه زمانی وارد قوانین ایران شد

در اوایل دهه ۱۳۲۰ شمسی و زمانی که پیشنهاد تشکیل انجمن های پزشکی در شهرستان ها مطرح شدن نمایندگان مجلس شورای ملی با آن مخالفت کردند؛ چرا که آن زمان چنین لوایحی را نوعی تلف کردن می دانستند چهار سال بعد در سال ۱۳۲۴ با تصویب قانون وزارت بهداشت، نظام بهداشت و درمان به شکل نوین در ایران شکل گرفت و بر اساس ماده ۲۱ این قانون، اداره تنظیم امور پزشکی ایجاد و در آن عنوان شد: اداره تنظیم امور پزشکی بر کار پزشکان، دندان سازان، قابله ها، پزشک یاران، پرستاران و داروسازان نظارت خواهد کرد و برای رسیدگی به تخلفات صنفی طبابت مذکور در وزارت بهداشت یک محکمه پنج نفره تشکیل خواهد شد و دو نفر از پزشکان غیرموظف هم که هر ساله به وسیله کلیه پزشکان انتخاب می شوند از اعضای آن خواهند بود در سال ۱۳۲۹ (قانون بهداشت شهری) در جهت ساماندهی طبابت به تصویب رسید و در آن برای نخستین بار واژه (نظام پزشکی) وارد قوانین ایران شد در تبصره ماده ۳ این قانون آمد:

رسیدگی به تخلفات شغلی غیر جزایی پزشکان از وظایف نظام پزشکی است که در صورت عدم تشکیل نظام پزشکی، وظیفه شورای عالی بهداشت است که آئین نامه طبق نظر کمیسیون بهداشتی و دادگستری تنظیم شود در همین سال (جهان شاه صالح) که روزگاری رئیس دانشکده پزشکی دانشگاه تهران بود و در آن ایام سال ۱۳۲۹ وزیر بهداشتی نیز بودند نخستین لایحه نظام پزشکی ایران را به مجلس ارائه داد که این لایحه شش ماده ای نهایتاً با فوت نخست وزیر وقت (رزم آرا) در اسفند ماه همان سال مسکوت ماند پس از آن در سال ۱۳۳۴ باز هم بحث تشکیل نظام پزشکی مطرح شد اما کمیسیون بهداشتی مجلس لایحه را ناقص تشخیص داد و آن را تصویب نکرد در سال ۱۳۳۸ و در زمان نخست وزیر منوچهر اقبال عبدالحسین راجی وزیر بهداشتی وقت لایحه جدیدی درباره قانون نظام پزشکی به مجلس برد که در سوم خرداد ۱۳۳۹ به تصویب مجلس شورای ملی و در سوم دی ماه همان سال به تصویب مجلس سنا رسید این قانون ۱۴ ماده ۹ تبصره و ۱۲ بند داشت و در آن نظام پزشکی این گونه تعریف شده بود (نظام پزشکی سازمانی است مستقل و دارای شخصیت حقوقی و مرجع صلاحیت دار برای حفظ شئون و پیشرفت امور پزشکی و تنظیم روابط حرفه ای بین پزشکان و حفظ حقوق مردم و موسسات ملی دولتی در برابر صاحبان فنون پزشکی و بالعکس در سراسر کشور) (امیر ارجمند، ۱۳۹۵)

بند چهارم: نخستین انتخابات نظام پزشکی در ایران

طبق قانون انتخابات در هر شهری که حداقل ۲۵ نفر پزشک و دندان پزشک حضور داشتند نظام پزشکی تشکیل می شد، اولین قانون نظام پزشکی تنها هفت سال دوام آورد و تقریباً اجرا نشد در آذرماه ۱۳۴۶ موادی از آن اصلاح شد و حذف و اضافه هایی در آن صورت گرفت و در عمل اولین انتخابات نظام پزشکی در سال ۱۳۴۷ انجام شد، سازمان نظام پزشکی در سال ۱۳۴۸ تشکیل و با سخنرانی نخست وزیر وقت افتتاح شد و اولین شماره نظام پزشکی به دکتر اقبال اختصاص یافت و وی در اولین دوره انتخابات نظام پزشکی به عنوان رئیس نظام پزشکی برگزیده شد پس از آن نیز ماجرای تغییرات قانون نظام پزشکی همچنان ادامه داشت تا اینکه این قانون در سال ۱۳۵۴ بازنگری شد و محتوای آن به ۲۵ ماده، ۱۰ تبصره و ۱۲ بند افزایش یافت طبق ماده ۱۴ قانون سال ۱۳۵۴ صدور پروانه اشتغال به کار طبابت برای پزشکان و دندانپزشکان پس از تأیید آموزش از طرف وزارت علوم و آموزش عالی، بر عهده نظام پزشکی مرکز قرار گرفت همچنین طبق این قانون بود که رئیس سازمان نظام پزشکی به پیشنهاد هیات مدیره و درخواست نخست وزیر و به دستور شاه منصوب می شد همچنین در این قانون اختیارات و وظایف نظام پزشکی افزایش

یافت و برای اولین بار دارندگان مدرک دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی به عضویت در هیات مدیره مجاز شدند در سال ۱۳۵۶ چهارمین دوره انتخابات نظام پزشکی که در واقع آخرین دوره انتخابات نظام پزشکی پیش از انقلاب بود برگزار شد، یحیی عدل در دوره سوم و دکتر ملکی در دوره چهارم رئیس سازمان نظام پزشکی بودند. (محفوظی و همکاران، ۱۳۹۷)

بند پنجم: مروری بر تاریخچه نظام پزشکی در سال‌های پس از انقلاب

قانون نظام پزشکی مربوط به سال ۱۳۵۴ پس از پیروزی انقلاب اسلامی و در سال ۱۳۵۹ دچار تغییر شد و در سال ۱۳۶۰ پنجمین انتخابات نظام پزشکی و به عبارت دیگر اولین انتخابات نظام پزشکی بعد از انقلاب برگزار و دکتر عباس شیبانی به عنوان رئیس هیات مدیره نظام پزشکی برگزیده شد. هر چند قانون نظام پزشکی در این سال‌ها تغییری نکرد اما با تصویب قانون اجازه تاسیس مطب در سال ۱۳۶۲ اختیار صدور پروانه مطب به وزارت بهداشتی و آگادار شد. در دی ماه ۱۳۶۳ قانون اصلاح موادی از قانون نظام پزشکی به تصویب رسید، هر چند این طرح در آن زمان مخالفان زیادی در مجلس داشت اما هنگام تصویب اعتراض چندانی به آن نشد. طبق مفاد این قانون، رئیس هیات مدیره نظام پزشکی به پیشنهاد هیات مدیره نظام پزشکی و با حکم وزیر بهداشت تعیین می‌شده. همچنین برای اولین بار عضویت داروسازی در نظام پزشکی الزامی شد. ششمین انتخابات نظام پزشکی و به عبارت دیگر دومین انتخابات نظام پزشکی پس از انقلاب در سال ۱۳۶۳ در شرایطی برگزار شد که تعداد پزشکان شهرستان‌ها به نحو چشمگیری افزایش یافته بود لذا آنها سهم بیشتری را در اداره نظام پزشکی طلب می‌کردند و نهایتاً محمدعلی حفیظی به عنوان رئیس نظام پزشکی انتخاب شد، در سال ۱۳۶۵ لایحه‌ای از سوی دولت تهیه شد که متعاقب آن بحث و کشمکش بر سر اختیارات و مسئولیت‌های نظام پزشکی همچنان ادامه داشت و برخی پزشکان لایحه پیشنهادی دولت را مغایر با استقلال صنفی نظام پزشکی می‌دانستند در نهایت این اعتراضات هیات مدیره نظام پزشکی منحل و هادی منافی به عنوان رئیس سازمان نظام پزشکی منصوب شد. در ابتدا منافی قرار بود برای دو ماه رئیس نظام پزشکی باشد اما به مدت ۷۲ ماه در این سمت ماندگار شد. در سال ۱۳۶۵ نیز دولت لایحه سازمان نظام پزشکی را از مجلس پس گرفت با اتفاقات سال ۱۳۶۵ دیگر لایحه‌ای از سوی دولت درباره سازمان نظام پزشکی ارائه نشد تا اینکه در سال ۱۳۶۹ طرح تشکیل سازمان نظام پزشکی توسط برخی از نمایندگان مجلس تهیه شد و به تصویب مجلس رسید و مقرر شد این قانون جدید به مدت پنج سال به صورت آزمایشی اجرا شود. قانون سال ۱۳۶۹ با ۳۳ ماده و ۳۴ تبصره تصویب شد. این قانون، سازمان نظام پزشکی را با تغییرات زیادی مواجه کرد. مثلاً طبق این قانون، تعریف سازمان نظام پزشکی و اهداف و وظایف آن که از سال ۱۳۳۹ تقریباً دست نخورده باقی مانده بود دچار تغییرات نمود. (عمویی و همکاران، ۱۳۹۹)

همچنین طبق قانون سال ۱۳۶۹ مقرر شد که رئیس کل سازمان نظام پزشکی را رئیس جمهور از میان سه نفر پزشک معرفی شده از طرف شورای عالی نظام پزشکی منصوب کند، عزل رئیس کل هم بر عهده رئیس جمهور بود. سرانجام هفتمین انتخابات نظام پزشکی در سال ۱۳۷۰ برگزار و ایرج فاضل به عنوان رئیس کل نظام پزشکی منصوب شد و حکم خود را از رئیس جمهور وقت دریافت کرد، در ماه سال ۱۳۷۴ قانون نظام پزشکی بار دیگر دستخوش تغییر شد و مشتمل بر ۳۱ ماده و ۳۵ تبصره به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. یکی از مفاد جدید این قانون ماده ۳۱ بود که بر مبنای آن شورای عالی نظام پزشکی موظف شد آرم جدید سازمان را تهیه کند و پس از تصویب و تأیید رئیس جمهور جایگزین آرم قبل نماید. البته اولین آرم نظام پزشکی به صورت شمشیری عمودی بود که ماری دور آن پیچیده شده بود و یک شاخه سنبل به صورت نیم دایره در پایین آرم قرار داشت، هشتمین دوره انتخابات نظام پزشکی بر مبنای قانون سال ۱۳۷۴ در سال ۱۳۷۵ برگزار شد و سید شهاب‌الدین صدر به عنوان رئیس کل نظام پزشکی منصوب شد. در دوره چهار ساله دیگر گذشت و نهمین انتخابات نظام پزشکی در

زمستان ۱۳۷۹ برگزار شد و از دل این انتخابات، محمدرضا ظفرقندی به عنوان رئیس انتخاب شد و اصلاح قانون نظام پزشکی در دستور کار سازمان قرار گرفت به این ترتیب بود که با مشارکت نمایندگان مجلس ششم، سرانجام در مهر ماه ۱۳۸۱ به صورت طرحی با امضای ۱۵ نماینده مجلس به صحن علنی تقدیم شد در این طرح اختیارات و وظایف سازمان نظام پزشکی افزایش یافت که مهم‌ترین شاخصه‌های آن کاهش تصدی‌گری دولت در عرصه سلامت و ارتقای جایگاه اجرایی و نظارتی نظام پزشکی بود این طرح پس از تصویب در مجلس ششم و ایرادات شورای نگهبان به مجمع تشخیص مصلحت نظام ارسال شد و سرانجام در آبان ماه ۱۳۸۳ در ۴۷ ماده در مجمع به تصویب رسید در انتخابات سال ۱۳۸۳ که بر اساس قانون جدید اجرا شد، شهاب‌الدین صدر برای بار دوم به عنوان رئیس کل سازمان نظام پزشکی انتخاب شد. در دوره چهار ساله ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۳ سازمان نظام پزشکی با فراز و نشیب‌هایی مواجه بود که مهم‌ترین آن، لغو اختیار نظام پزشکی در تعرفه‌گذاری خدمات پزشکی بخش غیردولتی بود، دهمین انتخابات نظام پزشکی نیز در زمستان ۱۳۸۷ در سراسر کشور برگزار شد و اعضای هیات مدیره ۱۹۰ نظام پزشکی سراسر کشور از میان ۴۱۵۰ کاندیدای واجد شرایط انتخاب شدند، در این دوره نیز صدر برای دومین بار متوالی و سومین بار متناوب به رئیس کلی نظام پزشکی رسید شاید بتوان تلخ‌ترین اتفاق صنفی در این دوره را خدشه‌دار شدن قانون نظام پزشکی و سلب موقت و پنج ساله اختیار نظام پزشکی در تعرفه‌گذاری خدمات پزشکی دانست. (بدخش، ۱۳۹۷)

بند ششم: اهمیت سازمان نظام پزشکی و دستاوردهای سازمان نظام پزشکی در طی سال‌های اخیر

سازمان نظام پزشکی با جمعیت بالغ بر دویست هزار نفر اعم از پزشکان و پیراپزشکان و سایر کارکنانی که به صورت اداری در بخش‌های مختلف در سازمان نظام پزشکی کل کشور و سایر استانها و شهرستانها مشغول به فعالیت می‌باشند که این جمعیت نشان از اهمیت این سازمان می‌باشد.

راه اندازی سیستم یکپارچه جهت استعلام اعضاء و کلیه حرف پزشکی، استعلام پزشک، صدور کارت عضویت در سازمان نظام پزشکی، صدور پروانه طبابت، نظارت و بازرسی بابت تعرفه‌های پزشکی و جلوگیری از تخلفات احتمالی، رسیدگی به شکایت‌های مردمی و صدور آرای متناسب، اظهار نظر و پاسخ به مراجع قضایی در خصوص تخلفات پزشکی و سایر خدمات. این سازمان یکی از قدیمی‌ترین و بزرگترین سازمانهای غیردولتی در کشورمان است که گستره و تاثیر آن هم به سبب اعضاء موضوعاتی که با آن سر و کار دارد و هم از باب موضوع سلامت و موارد مرتبط با آن دارای اهمیت است، در خصوص بررسی جایگاه سازمان نظام پزشکی باید به اهداف و وظایف این سازمان بنگریم که آیا در حال حاضر این سازمان وظایف و اهدافی را که برایش تعیین شده به درستی و به موقع انجام می‌دهد یا خیر؟ برای آسیب‌شناسی این موضوع باید نکات مختلفی را در نظر بگیریم، حتما قسمت بزرگی از این آسیب‌ها و ناکارآمدی‌های سازمان مستقیماً به کم‌کاری‌ها یا بعضاً سیاسی‌کاری‌ها و گروه‌گرایی‌ها و ... متولیان مربوط می‌شود به این معنی که مثلاً در بسیاری موارد سازمان برای انجام وظایف خود به دلیل ترجیح مسائل سیاسی و گروهی به مصالح عمومی اصلاً وارد نشده یا بعضاً مسیر درستی را برای پیگیری مسائل انتخاب نکرده است، عدم بهره‌گیری از ظرفیت عظیم اعضاء برای حل مسائل مبتلابه و حذف اعضاء از چرخه تصمیم‌سازی تا اجرا و نظارت، استفاده از نیروهای ناکارآمد در جایگاه‌های مختلف، فقدان شفافیت در حوزه‌های گوناگون، عدم توانایی تعامل سازنده و جذب همکاری دستگاه‌ها و مجموعه‌های مرتبط با حوزه سلامت در راستای اهداف سازمان و ... از جمله موارد دیگری هستند که مستقیماً در حوزه مسئولیت مدیران سازمان تعریف می‌شوند البته برای رفع ناکارآمدی و حل برخی مشکلات نیاز به اصلاح و بهبود برخی قوانین نیز وجود دارد که باید از طریق مراجع قانونی مربوطه پیگیری و اجرایی شود (بادینی، ۱۳۹۷)

ورود به حوزه سیاست و در واقع بهره‌گیری از سازمان نظام پزشکی برای اهداف سیاسی یکی از علل مهم ناکارآمدی است و به نوعی باید خط قرمز مدیران این سازمان باشد به همین دلیل شرعا و اخلاقا خلاف است که فردی در سازمان نظام پزشکی کار سیاسی و یا حتی کار اعتقادی صرف انجام دهد دلیل واضحی هم وجود دارد چرا که همه اعضای نظام پزشکی با تفکرات و سلیق مختلف اعتقادی و سیاسی سرمایه‌های مادی و معنوی خود را در اختیار این سازمان قرار می‌دهند تا ارکان سازمان امورات صنفی و وظایف قانونی خود را پیگیری کند، به همین دلیل هیچ‌کسی حق ندارد از این سرمایه‌های مادی و معنوی که متعلق به همه اعضای جامعه پزشکی با همه تفکرات و سلیق گوناگون است در راستای پیشبرد اهداف سیاسی و حتی اعتقادی خاص استفاده کند، سوءاستفاده از نظام پزشکی برای اهداف سیاسی خاص و عدم انجام وظایف قانونی پیش‌بینی شده برای این سازمان چه در حوزه صنف‌های زیرمجموعه نظام پزشکی و چه در حوزه موضوعات سلامت عمومی مرتبط با سازمان متضمن عوارض و اعتراضاتی است که در برهه‌هایی مثل انتخابات نظام پزشکی خود را به خوبی نشان می‌دهد طبیعتا با نامحرم دانستن اعضاء و تصمیم‌گیری پشت درهای بسته و بی‌توجهی به مطالبات فراوان و به حق اعضای سازمان، نمی‌توانیم انتظار مشارکت بالا را هم داشته باشیم و حتما شاهد شکل‌گیری دیوار بلند بی‌اعتمادی بین ارکان سازمان و اعضاء خواهیم بود، همان چیزی که در حال حاضر اتفاق افتاده است با توجه به مواردی که ذکر شد مهم‌ترین مطالبات گروه‌های مختلف اعضای سازمان نظام پزشکی در حوزه‌های متنوع و در دسته‌بندی‌هایی تعریف می‌شوند برای مثال در گروه پزشکان بحث معیشت و بویژه موضوع تعرفه‌های پزشکی، موضوع مالیات، پرونده الکترونیک سلامت و نسخه الکترونیک، تعامل با بیمه‌ها، رسیدگی به مشکلات و مسائل پزشکان جوان و دستیاران از جمله پرداختی‌ها، ساعت کاری، آموزش، بیمه و طرح اجباری و ... نحوه اجرای برخی قوانین مثل پزشک خانواده شهری و روستایی، حفظ و ارتقای وجهه اجتماعی جامعه پزشکی و بهبود تعامل دوطرفه رسانه‌های عمومی و رسمی با جامعه پزشکی، اختلافات بین رشته‌ای، شفاف‌سازی روندهای مختلف در نظام پزشکی به ویژه وضعیت مالی سازمان در جایگاه‌های گوناگون و ... از جمله مطالبات جامعه پزشکی است، در گروه‌های دیگر نیز کمابیش همین موارد بویژه مسائل معیشتی، موضوعات مربوط به مجوزها و قوانین و مقررات، مسائل حوزه آموزشی و تحصیلی و ... در صدر مطالبات وجود دارد البته در کنار رسیدگی به مطالبات اعضای سازمان یکی از وظایف مهم و شاید مغفول مانده نظام پزشکی حفظ و حمایت از حقوق بیماران است که در همه حوزه‌ها من جمله در مطبها و مراکز درمانی دولتی و غیردولتی در حوزه دارو و سایر شئون خدمات حوزه سلامت باید به شکل عملی مورد اجرا و پایش قرار گیرد و بسیاری از مشکلات و مسائل مبتلابه اعضای سازمان با پیگیری قوی، مستمر و مقتدرانه و استفاده از ظرفیت‌های قانونی موجود، با تعامل درون و برون‌سازمانی با سایر مجموعه‌های مرتبط با حوزه سلامت و همچنین بهره‌گیری از ظرفیت ارزشمند اعضای سازمان قابل حل می‌باشد البته در برخی از موضوعات احتمالا نیاز به همکاری و استفاده از نهادهای قانونگذار خواهد بود که آن هم با پیگیری از مجاری قانونی قابل دستیابی است. (امیرارجمند، ۱۳۹۷)

یکی از مسائل بحث برانگیز در ارتباط با نظام پزشکی نسبت آن با منافع عمومی است مثلا در حوزه تعرفه‌ها سازمان نظام پزشکی به دنبال افزایش تعرفه و بخش‌هایی از عموم مردم و برخی دستگاه‌های دولتی به دنبال کاهش تعرفه هستند این تعارضات چگونه حل خواهند شد؟ هدف اصلی سازمان نظام پزشکی حفظ و ارتقای سلامت عموم مردم است که در راستای این هدف، قانونگذار اهداف و وظایفی را برای سازمان تعریف کرده است مثلا وقتی در قانون سازمان نظام پزشکی، وظیفه حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرف پزشکی آمده این حمایت اگر به صورت منطقی و سنجیده باشد تاثیر خود را در ارتقای سلامت عمومی از طریق افزایش کیفیت و بهبود فعالیت‌های اعضای سازمان خواهد گذاشت مطمئنا تمام دستگاه‌های دولتی و ... هم

در جهت همین هدف اصلی گام بر می دارند البته در این بین ممکن است اختلاف برداشت هایی در مسائل مختلف وجود داشته باشد که آن هم با رجوع به قانون و تجربیات علمی و فنی قابل حل است مثلا در حوزه تعرفه ها می توان با بهره گیری از متخصصین اقتصاد سلامت و در نظر گرفتن مواردی مثل محاسبه قیمت تمام شده و فاکتورهای مرتبط با آن، در نظر گرفتن تورم و مباحث اقتصادی از این دست به یک الگوی علمی و فنی مورد توافق همه برای اعلام تعرفه های پزشکی دست یافت با توجه به موارد گفته شده سازمان نظام پزشکی طبق قانون دارای شخصیت حقوقی مستقل است و از این منظر کاملا غیردولتی محسوب می شود از طرف دیگر با توجه به وظایف قانونی محول شده به این سازمان و اهداف در نظر گرفته شده برای آن، ارتباط بسیار تنگاتنگی با سایر دستگاه ها بویژه وزارت بهداشت و برخی از وزارتخانه ها و دستگاه های دیگر دارد به همین دلیل تعامل و همکاری با این مجموعه ها یکی از اصول اساسی و اجتناب ناپذیر برای رسیدن به اهداف و جایگاه واقعی این سازمان شده است، البته این موضوع به هیچ عنوان به معنی نادیده گرفتن مطالبات و حقوق اعضای سازمان یا عموم مردم نیست و در نظر گرفتن اصول قانونی، فنی و اخلاقی از خط قرمزهای غیرقابل عبور در این تعاملات است. (منظم، ۱۳۹۷)

مبحث دوم: شخصیت حقوقی سازمان ها

در علم حقوق شخصیت حقوقی به تعریف (حقوق مدنی) اهلیت به معنی توانایی برای دارا شدن حقوق و تکالیف، و نیز توانایی اجرای آنهاست برای مثال وقتی می گوئیم انسان دارای شخصیت حقوقی است منظور این است که از لحاظ حقوقی، او توانایی دارد در اجتماع، صاحب حق و تکلیف شود و بتواند آنها را اجرا کند در اصل، عاملین حقوق، یعنی دارندگان حقوق و تکالیف انسانها هستند که موضوع اجتماع و حقوق به شمار می روند لکن در اجتماع برخی گروه ها، جمعیتها، موسسات و سازمان ها مانند اشخاص طبیعی دارای شخصیت حقوقی اند: یعنی دارای اموال و حقوق و تکالیفی هستند که به کلی از دارایی و حقوق و تکالیف افرادی که آنها را تشکیل داده اند جداست اینان به نام و برای خود با افراد دادهایی منعقد می کنند و اعمال حقوقی انجام می دهند و یا برای دفاع از حقوق خود در دادگستری طرح دعوی می کنند و نیز ممکن است مسئولیت پیدا کنند در اصطلاح حقوقی، این قبیل گروه ها، جمعیتها و موسسات را که دارای شخصیت حقوقی هستند و از لحاظ حقوقی وجودی جدا از تشکیل دهندگان خود دارند شخص حقوقی یا شخص معنوی می نامند، به آنها در حقوق فرانسه (اشخاص اخلاقی) و در حقوق انگلستان (هیات جمعی) می گویند (طباطبایی مومنی، ۱۳۹۰)

بنیاد اول: فواید عملی شخصیت حقوقی سازمان ها

اعطای شخصیت حقوقی به سازمان ها یک ضرورت اجتماعی است و اهمیت آن وقتی برای ما آشکار می شود که تالی فاسد فقدان شخصیت حقوقی سازمان ها را در مناسبات حقوقی در ذهن مجسم کنیم، اگر دولت فاقد شخصیت حقوقی بود ما نمی توانستیم به درستی بدانیم کارمندی که در یک سازمان، در یک وزارتخانه تصمیم می گیرد این تصمیم را به نام و برای خود می گیرد یا به نام و برای سازمان، عقد و یا قراردادی که منعقد می کند و یا اعمال حقوقی دیگری که انجام می دهد آیا برای خود اوست یا سازمان او؟ و مسئولیتی که پیدا می کند متوجه خود اوست و یا متوجه سازمان؟ در صورتی که وجود شخصیت حقوقی یک سازمان و یا موسسه در زندگی حقوقی به عنوان یک شخص ظاهر می گردد و به نام و برای خود سازمان است و در این بین کارمند یک واسطه بیش نیست، اهمیت اعطای شخصیت حقوقی به سازمانها وقتی برای ما بیشتر آشکار می شود که می بینیم در جامعه و زندگی حقوقی، دولت تنها شخص حقوقی نیست، بلکه سازمان های دیگری نیز وجود دارد که قانون آنها با شخصیت حقوقی می شناسد: مانند موسسات مستقل دولتی و شوراهای محلی مانند شورای ده، شهر، شهرستان و... این موسسات و سازمانها، به عنوان اشخاص حقوقی، با اشخاص طبیعی (افراد) و اشخاص حقوقی اعم از اشخاص خصوصی و یا

خارجی(بین المللی) دادو ستد می کنند و طرف حق و تکلیف قرار می گیرند و مسئولیتهایی پیدا می کنند که مسلماً بدون شناسایی شخصیت حقوقی برای آنها، یعنی شناسایی اهلیت برای برخورداری از حقوق مدنی(حق تمتع و حق استیفا)روابط و مناسبات بین آنها کلاف سردر گمی می شد و مشکلات و معطلات بزرگی به وجود می آمد علاوه بر این عمر آدمی کوتاه تر از آن است که بتواند با فعالیت های گروهی مهم و درازمدت هماهنگی کند در صورتیکه شناسایی شخصیت حقوقی برای سازمانها یا جمعیتها یا گروه ها سبب می شود که این سازمانها و جمعیتها بتوانند برای مدت طولانی و نامحدود تشکیل شوند و به فعالیت هایی که فراتر از عمر شخص طبیعی و نیروی خلاقه اوست ادامه دهند، شناسایی شخصیت حقوقی وسیله ای است برای دولت جهت حمایت از منافع مشترک مشروع و قانونی که به عنوان واقعیتهایی در جامعه مطرح می شوند و سلب توانایی از فعالیت های گروهی غیر قانونی می شود.(طباطبایی موتمنی، ۱۳۹۰)

گفتار اول: تاثیر سازمان نظام پزشکی از طریق رشد شاخص های سلامت و خدمات بهداشتی درمانی و رشد اقتصادی کشور

سلامت به عنوان یکی از مهمترین مقوله های سیاست گذاری اجتماعی محور اصلی توسعه اجتماعی است؛ مقوله ای که سهم تعیین کننده ای در ساختن و پویایی بخشیدن به دیگر عرصه های توسعه از جمله توسعه اقتصادی و سیاسی دارد نگاه به عوامل تعیین کننده در سلامت مؤید این حقیقت است که مجموعه سیاست گذاریها، دسترسی به مراقبتها، محیط اجتماعی و محیط فیزیکی افراد بر رفتار و بیولوژی آنان اثر می گذارد، به گونه ای که تغییر در رفتار می تواند منجر به تغییر در بیولوژی فرد شود با این نگاه اقتصاددانان بخش بهداشت و درمان معتقدند بر اساس تئوری سرمایه انسانی، سلامت پیش نیاز دستیابی به رفاه اجتماعی است، به گونه ای که با ارتقاء سلامت می توان به اهدافی همچون رشد در تولید ناخالص ملی واقعی، افزایش امنیت، اشتغال و ارتقاء بهره وری دست یافت. مصارف سلامتی که خود مبتنی بر منابع قابل تأمین است بر پرداخت و نوع خدمت اثرگذار بوده و رابطه دوطرفه دارد این موضوع موجب تغییر در تقاضا می گردد و به نوبه خود بر اشتغال کارکنان حوزه سلامت تاثیرگذار بوده و به علت ارائه خدمات مختلف، معاینات تشخیصی درمانی، رونق کارخانه های داروئی، غذایی، تجهیزاتی منجر به رشد و تولید داخلی شده و نهایتاً بر رفاه جامعه تاثیرگذار است بنابراین چنین می توان نتیجه گرفت که به دنبال وجود تقاضا برای دریافت خدمات سلامت، اشتغال ایجاد می شود که با اثر گذاری بر رشد در تولید داخلی موجب افزایش سطح رفاه می شود بنابراین سلامتی محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و دارای اهمیت ویژه ای در توسعه زیرساخت بخشهای مختلف جامعه است، هدف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم است تا بتوانند با برخورداری از سلامت کافی در فعالیتهای اقتصادی، اجتماعی سهم شون بعد از پیدایش مفهوم سرمایه انسانی، سهم مخارج بهداشتی و نقش آن در رشد اقتصادی GDP (تولید ناخالص داخلی) مورد توجه اقتصاددانان قرار گرفت هر چند تئوری های مبتنی بر اقتصاد نئوکلاسیک عواملی چون سرمایه های فیزیکی و فراوانی منابع طبیعی را به عنوان عوامل تعیین کننده رشد معرفی می نماید اما ضعف این تئوری ها در بیان تفاوت در عملکرد اقتصادی کشور های مختلف منجر توجه به اثر پیشرفت تکنولوژی و تراکم سرمایه های انسانی

در مسیر توسعه گردید، بر این اساس در دهه های اخیر توجه به کیفیت نیروی انسانی از جایگاه ویژه ای برخوردار شده است بر اساس گزارش ویژه سازمان ملل متحد در مورد توسعه انسانی، غالباً سهم هزینه های بهداشت و درمان در تولید ناخالص ملی کشورهای توسعه یافته نسبت به کشورهای در حال توسعه بیشتر است.

این نکته نشانگر وجود یک ارتباط بین سلامت نیروی انسانی با رشد اقتصادی است بهداشت در واقع نوعی توانمندی است که به زندگی انسان ارزش بخشیده و نتیجه آن یعنی سلامتی نوعی ثروت است سلامت به همراه آموزش، تجربه و مهارت، اجزاء اصلی سرمایه انسانی را تشکیل می دهد اهمیت سرمایه انسانی به عنوان یک عامل تأثیرگذار بر رشد اقتصادی، توسط بکر ۱۹۶۴ چادویک ۱۹۶۵ و مینسر ۱۹۷۴ بیان گردید و زمینه ساز باز شدن مسیر ورود بهداشت و مخارج بهداشتی بر رشد اقتصادی از طریق بهبود شاخص های بهداشتی گردید، منکیو، رومرو و ل ۱۹۹۲ سرمایه انسانی را به عنوان یک عامل در کنار سایر عوامل وارد تابع تولید نمودند، نالس و اوون ۱۹۹۵ با بسط مدل آنها بهداشت را نیز به عنوان یکی از اجزاء سرمایه انسانی در مدل های رشد در نظر گرفتند در مدل نالس و اوون، بهداشت رشد اقتصادی را از طریق افزایش بهره وری نیروی کار به طور دائم تحت تاثیر قرار می دهد هزینه های بهداشتی، سلامت نیروی کار را افزایش داده و افراد سالم تر و دارای توانایی روانی و جسمی بالاتری را وارد فرآیند تولید نموده و باعث افزایش بهره وری می گردد و افزایش رشد اقتصادی را نتیجه می دهد وجود افراد سالم تر ترکیب مناسب تری برای عوامل تولید جهت افزایش بهره وری و رشد اقتصادی را فراهم می کند سلامت نیروی کار منجر به کاهش هزینه های رفع بیماری می شود و در نتیجه سرمایه گذاری های بیشتر انجام شده و رشد آینده سریع می شود نابرابری های زیادی در بسیاری از زمینه ها وجود دارد، این امر عمدتاً بدلیل نداشتن شناخت واقعی از عوامل موثر بر رشد مناطق بوده که منجر به اتخاذ سیاست های نامناسب می گردد لذا لازم است اثرات عوامل مختلف بر رشد اقتصادی مناطق مورد توجه واقع شود که از مهم ترین متغیر های تاثیرگذار بهداشت و سلامت نیروی کار است که در سطح استانی کمتر به آن توجه شده است.

بنادول: جایگاه بخش خصوصی در تنظیم فعالیت های اقتصادی

بررسی تجربیات پنج شکل بخش خصوصی نشان می دهد واگذار کردن برخی امور تنظیمی به این بخش موفقیت آمیز نبوده است، اموری چون تنظیم ورود و خروج فعالان اقتصادی به یک بازار و گذاری اختیار حل و فصل دعاوی به یکی از طرفین دعوا؛ قیمت گذاری در بازارهای حساسی که هنوز نیاز به قیمت گذاری دارد، در مقابل در نظر گرفتن نقش مشورتی برای بخش خصوصی به بهبود کیفیت تصمیم گیری ها منجر می شود و وجود بدنه کارشناسی در شکل های خصوصی می تواند در شناسایی مشکلات اعضاء، انتقال مطالبات به تصمیم سازان و ارائه راه حل های سیاستی نقشی تعیین کننده داشته باشد علاوه بر این فعالیت مؤثر شکل های بخش خصوصی مستلزم اجتناب از عضوگیری اجباری و الزام به ارائه خدمات برای جذب اعضای جدید است، در مجموع شواهد فوق تأییدی اولیه (و نه اثباتی) بر این فرضیه محوری است که زمانی استفاده از ظرفیت شکل های بخش خصوصی نافع

است که این نهادها مکمل و مقوم بازار باشند و در مقابل زمانی استفاده از ظرفیت تشکل های بخش خصوصی نافع نیست که این نهادها به محل بازتوزیع منافع تبدیل شوند. (نقش تشکل های بخش خصوصی در تنظیم امور اقتصادی، آسیب شناسی گذشته و مسیر آینده) نصیری ۱۳۹۰

گفتار دوم: رابطه مردم با سازمان نظام پزشکی و تاثیر سازمان در حوزه بهداشت و درمان

سازمان نظام پزشکی به عنوان بزرگترین نهاد صنفی با نزدیک به نیم قرن سابقه و دارای قانون خاص از بازوهای اصلی نظام سلامت در خدمت به مردم و شاغلین حرف پزشکی می باشد در طول سال های گذشته با وجود تمام مضیقه ها و مشکلات مالی و عدم استفاده از بودجه های دولتی فعالیتهای شایان توجهی در راستای خدمت به مردم و جلب رضایت آنها صورت پذیرفته است پرواضح است که فعالیتهای متنوع و متکثر سازمان با تاثیر از طرح ها و برنامه های بزرگ ملی سلامت در کشور به گونه ای طراحی می شود که بتواند پاسخگوی نیازهای حداقلی مردم را فراهم آورد استراتژی خدمت به مشتری موضوعی کلیدی است حساسترین عنصر در بررسی محیطی، آگاهی سازمان از مشتریان، تعیین اولویت بندی نیازهای مشتریان می باشد شاخص رضایت بیمار یکی از نشانگرهای کیفیت مراقبتهای بهداشتی و درمانی است که به صورت برآوردن نیازهای جسمی با انجام مراقبت حرفه ای، حمایتهای روانی، اجتماعی رضایتمندی از مراقبتهای او را تضمین می کند از ارائه خدمات جامع و همه جانبه به بیمار تعریف شده است رضایت مندی بیماران برآیند مجموعه پیچیده ای از عوامل گوناگون است و برای دستیابی به آن لازم است ابعاد متعددی از خدمات منجمله مراقبت های پرستاری، پزشکی، پشتیبانی و بخش های گوناگون سازمانی به طریقی با یکدیگر هماهنگ شده و با رعایت کامل حقوق بیمار در تمام ابعاد شرایط مناسبی را برای ایجاد و ارتقای آن فراهم سازد اهمیت موضوع رضایتمندی در نظام ارائه خدمات سلامت از آن رو بیشتر می شود که تجربه بیماری، ضرورت تبعیت و پی گیری فرایند درمان و مراقبت آسیب پذیری بیماران را افزایش داده و نیاز آنها را به حمایت همه جانبه بیشتر می کند هر چند که تغییر شرایط اجتماعی همزمان با ارتقای آگاهی عمومی نیز در سال های اخیر انتظارات بیماران را از نحوه دریافت خدمات بیشتر کرده است اما رضایتمندی بیماران را می توان به حالتی تعبیر کرد که بیماران در طول بستری نه تنها درمان و مراقبت های ضروری را دریافت می کنند بلکه از شرایط موجود و خدمات ارائه شده توسط کارکنان و کل نظام نیز راضی و خشنود بوده و تمایل داشته باشند که در صورت لزوم دوباره به آن مرکز مراجعه نمایند و فراتر از آن، مراجعه به مرکز فوق را به دیگران نیز توصیه کنند در دنیای امروز اهمیت سنجش رضایتمندی بیماران به عنوان یکی از معیارهای اساسی در تعیین کیفیت خدمات مراقبتی بر کسی پوشیده نیست به این ترتیب با فشارهایی که جوامع برای ارتقای کیفیت برآیند و فرایندهای مراقبت بر نظام های ارائه خدمات وارد می کنند آنها ناچارند که توجه و مسئولیت پذیری بیشتری از خود نشان داده و اولویت بیشتری را به حقوق مشتری که در سیستم خدمات بهداشتی همانا بیمار است اختصاص دهند امروزه در بیشتر کشورها بررسی رضایتمندی بیماران به عنوان یک شاخص مهم

کیفیت، مراقبت و سلامت محسوب شده و ضرورت تدارک برنامه‌هایی جهت ایجاد حفظ و ارتقای این احساس رضایت بیش از پیش به چشم می‌خورد.

گفتار سوم: ارتباط سازمان پزشکی بادستگاه‌هاوارگان‌ها
 رابطه سازمان نظام پزشکی و نظام سلامت کشور باقوه قضاییه

رابطه سازمان نظام پزشکی و نظام سلامت کشور با محاکم عمومی برای احقاق حق مردم در تامین سلامت به عنوان یک حق ذاتی به این معناست که هرکس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق، تمام خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار سالم و محیط زیست تمیز را دربرمیگیرد. توجه به اینکه سلامتی جنبه نسبی داشته و تعریف آن نسبت به افراد، محیط زندگی و کار آنان میتواند متفاوت باشد اصول مختلف قانون اساسی از جمله اصل ۲۹ حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی را برای همگان به رسمیت می‌شناسد. حق بر سلامتی به منزله حقوق بنیادین بشری در اسناد ملی و بین‌المللی جایگاهی ویژه دارد. اما گاهی همین حق دستاویز برخی ناعدالتی‌ها و تخلفات میشود که چهرهای دیگر را برای صاحبان حق و طرفین مقابل آن، کادر پزشکی و درمان در مقام احیاکننده آن به وجود می‌آورد. گاه اتفاقاتی که در فرایند درمان رخ می‌دهد خیلی زود تبدیل به پرونده‌هایی پیچیده میشوند. بازدید گذرا از دادسرای جرائم پزشکی و مشاهده پرونده بیماران گویای روشنی بر این مدعاست. سالانه افراد زیادی هنگام درمان در بیمارستانهای مختلف درحالی که با پای خویش روانه بیمارستان شده اند ناباورانه آسیبهایی بزرگی می‌بینند و گاه جان خود را از دست میدهند. از طرفی در چند دهه گذشته وسعت یافتن دانش بشری، ارتقای فناوریها، افزایش توانمندیهای انسانی در تشخیص و معالجه بیماریها، و تعدد راههای انتخابی برای پزشکان و بیماران، مسائل جدیدی را مطرح نموده که اصول اخلاق پزشکی را شکل میدهند. این اصول عمدتاً شامل مسائلی مانند احترام به انتخاب بیمار، ارائه اقدامات مفید و سودمند، جلوگیری از صدمه و آسیب و پیشگیری از ضرررسانی می‌شود. از آنجایی که مسئولیت مدنی پزشکان به مسئولیت قراردادی و غیرقراردادی (قهری) تقسیم می‌شود و چنانچه پزشک در معالجه بیمار موازین فنی و علمی پزشکی را رعایت نکند علاوه بر اینکه به تعهدات قراردادی خود با بیمار عمل نکرده، قواعد و مقررات آمره شغل پزشکی را نیز نقض کرده است در این رابطه قانون مجازات اسلامی در ماده ۴۹۵ مقرر داشته هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام میدهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد ضامن دپه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه براءت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ براءت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او معتبر نباشد و یا تحصیل براءت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، براءت از ولی مریض تحصیل می‌شود و همچنین از تبصره این ماده و نیز ماده ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی چنین بر می‌آید در صورت عدم قصور پزشک در علم و عمل، برای وی ضمان وجود ندارد، هرچند براءت اخذ نکرده باشد. به علاوه مطابق ماده ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی موارد ضروری که تحصیل براءت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض طبق مقررات اقدام به معالجه کند کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست، در این راستا دولت موظف است که یک برنامه جامع یا سیاست ملی برای تحقق آن در نظر بگیرد و در جهت ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی همه افراد ملت به بالاترین استاندارد قابل حصول جهت سلامتی تلاش کرده و با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب به حمایت کیفری از این حقوق بپردازد که در این خصوص سازمان نظام پزشکی قطعاً نقش چشمگیری در رسیدگی به تخلفات پزشکی خواهد داشت و در صورتی که جرمی حادث شده باشد موضوع سریعاً به مراجع قضائی ارسال می‌گردد و بالعکس و در شرایطی که محاکم موضوع راجع تشخیص ندهند با کسب نظر سازمان پرونده را از حیث کیفری مختومه و شاکی را به سازمان نظام پزشکی جهت پیگیری از حیث

تخلف پزشکی ارشادمی نمایندو به نظر می رسد باتوجه به تأکید قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به این حق و به رسمیت شناختن آن به عنوان حقوقی بنیادین که قانون اساسی را از این حیث به عنوان یک قانون اساسی پیشرو در جایگاه ممتازی قرار داده است پرداختن به حق برای سلامت در سیاست های کلی نظام و برنامه ریزی و سیاست گذاری وقانون گذاری های حمایتی به ویژه حمایت کیفری از آن در قوانین داخلی یکی از ضرورت های اساسی است که باید مورد توجه قانون گذار قرار گیرد. همچنین مستند به بند ماده ۲ سازمان نظام پزشکی در صورت استعلام و درخواست مراجع رسمی، سازمان اظهار نظر کارشناسی خود را در مورد جرائم پزشکی به مراجع مربوطه پاسخ میدهد.

گفتار چهارم: ارتباط سازمان نظام پزشکی با وزارت بهداشت

با آغاز طرح تحول نظام سلامت وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و سازمان های بیمه گر به عنوان سه ضلع مهم در نظام سلامت اقدام به همکاری نمودند تا وضعیت سلامت مردم را متحول کنند؛ طرحی که بزرگ ترین پروژه رفاهی و اجتماعی دولت یازدهم نام گرفت و روزه ای از امید را در نظام نابسامان سلامت نوید داد این در حالی بود که برخلاف دوره های قبل این بار وزارت بهداشت و نظام پزشکی همراه با یکدیگر پای کار آمده و حتی تفاهم نامه هایی هم در حوزه های مختلفی مانند غذا، دارو و انتقال خون میان آنها امضا شد در عین حال بعد از اجرای کتاب جدید تعرفه ها در قالب طرح تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ سامانه ۱۶۹۰ جهت نظارت بر عملکرد تعرفه های پزشکان راه اندازی و در سازمان نظام پزشکی مستقر شد تا انجام اقدامات نظارتی بر عهده صنف مربوطه گذاشته شود هر چند در ابتدا اوضاع خوب بود و اقدامات طبق برنامه پیش می رفت، اما به نظر می رسد چندی بعد از اجرایی شدن این بسته ارتباط میان وزارت بهداشتی ها و سازمان نظام پزشکی کمرنگ تر شد؛ موضوعی که مسئولین این دو دستگاه هیچگاه علنا آن را تأیید نکردند از سوی دیگر بی مهری های سازمان های بیمه گر در پرداخت مطالبات بیمارستان ها و پزشکان که هنوز هم هیچ مکانیسمی نتوانسته آنها را به طور کامل جبران کند و مواجهه تحول سلامت با بی پولی و از طرفی افزایش بار مراجعات مردم به سیستم سلامت کشور، انگشت اتهام را به سوی این طرح نشانه رفته و پزشکان کاهش درآمد خود را به گردن طرح تحول نظام سلامت می اندازند همچنین تاخیر در اعلام تعرفه های به نوعی دامن گیر سیستم بهداشت و درمان کشور شده است البته نظام پزشکی و وزارت بهداشتی ها می گویند که پیشنهادات تعرفه ای خود را در آبان ماه سال گذشته ارائه داده اند و دیگر بهانه ای برای تاخیر در اعلام تعرفه پذیرفته نیست، در عین حال سازمان نظام پزشکی نیز معتقد است که نباید تعدیلی در تعرفه های پیشنهادی رخ دهد چرا که این پیشنهادات با در نظر گرفتن شرایط حوزه سلامت و همراه با نظرات کارشناسی بوده است در عین حال سازمان نظام پزشکی اعلام کرده که در صورت تعدیل تعرفه های سال جدید در شورای عالی نظام پزشکی در این زمینه تصمیم گیری می شود با توجه به این موضوع، درباره نحوه ارتباط کنونی وزارت بهداشت با سازمان نظام پزشکی در این دوره روند تعیین تکلیف تعرفه ها و چالش هایی که در این زمینه ها وجود دارد می توانیم بگوییم که وزارت بهداشت با سازمان نظام پزشکی همکاری وسیع و تفاهم نامه های متعددی در دوره اخیر داشته اند، ولی تاخیر و مشکلات در تخصیص منابع عمدتاً از سوی سازمان های بیمه گر و تاخیر در تعیین تعرفه های جدید باعث ایجاد مشکل و فشار به ارائه کنندگان خدمات که عمدتاً پزشکان هستند شده است و گلایه و نارضایتی آنها را در پی داشته است.

مبحث سوم: جایگاه سازمان نظام پزشکی در قوانین

سازمان نظام پزشکی در نیم قرن فعالیت خود که با فراز و نشیب های بسیار همراه بوده علیرغم شایستگیها، توانمندیها و قابلیت های بیشمار جامعه پزشکی به دلیل فقدان انسجام اراده و اقتدار صنفی قادر به نقش آفرینی و تأثیرگذاری جدی در سیاست گذاری سلامت کشور نبوده است اگر چه انجمن های ملی پزشکان که تشکیلات متناظر نظام پزشکی در کشورها براساس اقتدار و اعتبار

ناشی از گرد هم آمدن پیشرفته به شمار می‌روند، اما صرفاً جامعه پزشکی بدون بهره‌مندی از اختیارات قانونی در سیاستگذاری نظام سلامت، تولید دانش، تعیین استانداردها و اطلاع‌رسانی نقش محوری ایفا کرده اندلکن براساس ویژگیهای جامعه شناختی همکاران و مطابق تجربه، نقش آفرینی جامعه پزشکی جز با اعطای اختیارات قانونی مقدور نبود و لذا فعالان عرصه پزشکی به اتفاق در این راستا به اصلاح قانون نظام پزشکی اهتمام ورزیدند و تصویب قانون جدید که ارتقای جایگاه، افزایش اختیارات، اصلاح ساختار، اصلاح روند رسیدگی به شکایات و نیز اصلاح سازوکار انتخابات و افزایش نقش جامعه پزشکی در شکل‌گیری، اداره و نظارت بر فعالیت ارکان سازمان نظام پزشکی را به همراه دارد به راستی می‌باید رویدادی مهم و نویدبخش رفع مشکلات جامعه پزشکی قلمداد شود البته به خاطر داشته باشیم که سرمایه اصلی جامعه پزشکی برای خروج از بن‌بستهای کنونی انسجام، وحدت، شهامت و درایت است و گرنه تصور بر طرف شدن یکباره و ناگهانی با مختصر اختیارات پیش‌بینی شده در قانون جدید حل تمامی مشکلات صرفاً اندیشی است بدون تردید حضور نقش آفرین جامعه پزشکی در عرصه سیاستگذاری سلامت و تعیین سرنوشت حرفه‌ای دوران یکجانبه‌گرایی در نظام سلامت را به پایان خواهد رسانید و افزایش انگیزه همکاران در کوتاه مدت و بلندمدت آثار عمیق در ارتقای کیفیت خدمات، رضایت هم‌میهنان، اصلاح بنیادین در نظام سلامت ملی و توسعه پزشکی ایران اسلامی را در پی خواهد داشت، سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران در راستای وظایف خویش مبنی بر بسترسازی مشارکت گسترده و فراگیر همکاران در عرصه تعیین سرنوشت حرفه‌ای، اقدام به انتشار قوانین و آئین‌نامه‌های نظام پزشکی می‌نماید و در پرتو ارتقای آگاهی همکاران از ظرفیتهای قانون جدید امیدوارانه دوران درخشان پزشکی کشور را به انتظار می‌نشیند، همچنین علاوه بر قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی آگاهی از برخی آئین‌نامه‌های دیگر سازمان نیز خالی از لطف نیست آئین‌نامه‌هایی مانند رسیدگی به تخلفات صنفی، نحوه تبلیغ و مقررات دیگری از آن قبیل مواردی هستند که هر عضو سازمان ممکن است در طول دوره عضویت خویش با آن برخورد داشته باشد امید که انتشار این آئین‌نامه‌ها در کنار قانون تشکیل سازمان، در بازپروری اطلاعات و آگاهی اعضای جامعه پزشکی نسبت به این مسایل نقش آفرین و مؤثر باشد قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران پس از تصویب در صحن علنی مجلس شورای اسلامی در تاریخ ۱۳۸۳/۱/۲۵ و پس از رفع اختلاف شورای نگهبان و مجلس و تصویب نهایی در تاریخ ۱۳۸۳/۸/۱۶ در مجمع تشخیص مصلحت نظام طی نامه شماره ۹۵۴۰۰ مورخ ۱۳۸۳/۹/۱۷ از مجلس به دولت ارسال و در تاریخ ۱۳۸۳/۹/۲۵ طی نامه شماره ۵۴۱۹۴ از سوی رئیس جمهور به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اجراء ابلاغ گردید.

گفتار اول: سیاست‌های کلان سازمان نظام پزشکی طبق قانون مربوطه

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران در چارچوب قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳/۱/۲۵ مجلس شورای اسلامی، با عنایت به سیاست‌های کلان نظام مقدس جمهوری اسلامی و به منظور شکوفایی استعدادها و بروز شایستگیهای جامعه پزشکی و نیز ارتقای سلامت در ایران اسلامی، سیاستهای ذیل را پیگیری می‌نماید:

۱- تدوین برنامه راهبردی جامعه پزشکی و تنظیم برنامه‌های جامع عملیاتی در دوره‌های زمانی پنج‌ساله.

۲- صیانت از قانون نظام پزشکی از طریق اجرای دقیق.

۳- فعالسازی تمام ظرفیتهای و تلاش مستمر برای تقویت این قانون.

۴- تلاش در ایجاد اصلاحات بنیادین در ساختار نظام سلامت با تکیه بر استقرار نظام پزشک خانواده.

۵- سطح بندی خدمات و ارجاع.

۶- تبیین جایگاه بخش خصوصی در نظام سلامت.

- ۷- تبیین شرح وظایف و تنظیم مناسبات گروه‌های مختلف پزشکی صیانت از قداست.
- ۸- منزلت و جایگاه والای جامعه پزشکی.
- ۹- تحکیم اعتماد متقابل جامعه پزشکی و مردم تبیین و ترویج اخلاق پزشکی به ویژه با بهره‌گیری از آموزه‌های دین مبین اسلام.
- ۱۰- ارتقای کیفیت و استانداردسازی خدمات پزشکی در جهت ارتقای سلامت و رضایتمندی هم‌میهنان.
- ۱۱- بسترسازی برای حضور فعال و مشارکت مؤثر جامعه پزشکی در مدیریت کشور.
- ۱۲- مشارکت فعال در تدوین و تصویب طرح‌ها، لوایح و آئین‌نامه‌های مرتبط با امور پزشکی.
- ۱۳- در صورت لزوم بازنگری ضوابط و مقررات مربوطه و بسترسازی برای حضور فعال و مشارکت مؤثر جامعه پزشکی در سیاستگذاری و اداره سازمان نظام پزشکی و نیز مدیریت کلان بخش سلامت کشور.
- ۱۴- پایه‌ریزی و پیگیری تعامل مؤثر با قوای سه‌گانه، نهادها و سازمانهای حکومتی و نیز سازمانهای غیردولتی و استفاده از ظرفیتهای آنها در راستای تحقق اهداف سازمان.
- ۱۵- ارتقای فرهنگ سلامت و آگاهی و نگرش جامعه در حوزه پزشکی و سلامت.
- ۱۶- ساماندهی آموزش مداوم جامعه پزشکی از طریق بازنگری ضوابط بر مبنای نیازهای علمی و حرف‌ها، با تأکید بر مشارکت فعال جامعه پزشکی در برنامه‌های آموزشی.
- ۱۷- فعال‌سازی ظرفیتهای پژوهشی با پایه‌گذاری سیستم تحقیقات با رویکرد تحقیقات کاربردی با اولویت پژوهشهای صنفی و مدیریتی توسعه فناوری اطلاعات در نظام سلامت و جامعه پزشکی.
- ۱۸- تلاش در جهت تولید و توسعه دانش و فن‌آوریهای راهبردی پزشکی در کشور.
- ۱۹- مشارکت در اصلاحات بنیادین آموزش پزشکی به ویژه بازنگری اهداف، محتوا و شیوه‌های آموزشی متناسب با نیازهای کشور و جایگاه حرف‌های جامعه پزشکی.
- ۲۰- افزایش وحدت و انسجام جامعه پزشکی برای مقابله با تهدیدها و استفاده از فرصتها بر خورد با مداخلات غیرعلمی در حوزه سلامت.
- ۲۱- ساماندهی رشته‌های نوین مرتبط با علوم پزشکی با رویکرد مبتنی بر شواهد و تائید مجامع علمی.
- ۲۲- تلاش در جهت ارتقای کیفی انجمنهای صنفی و علمی پزشکی.
- ۲۳- ارتقای فرهنگ قانون‌مداری جامعه پزشکی و تلاش در جهت تحقق عدالت در دسترسی آحاد جامعه به خدمات پزشکی با کیفیت مطلوب در سراسر کشور.
- ۲۴- ساماندهی تبلیغات در حوزه پزشکی و سلامت و تلاش در جهت تأمین حقوق بدیهی و نیازهای اساسی جامعه پزشکی و حذف تعهدات و محدودیتهای غیرمنطقی و ناعادلانه نسبت به جامعه.
- ۲۵- گسترش روابط با جامعه پزشکی، سازمانهای نظام پزشکی و مجامع علمی و صنفی پزشکی سایر کشورها به ویژه کشورهای اسلامی و کشورهای منطقه شناخت و معرفی شایسته، توانمندیها و دستاوردهای جامعه پزشکی ایرانی در داخل و خارج از کشور.
- ۲۶- ایجاد و توسعه ارتباط متقابل علمی و صنفی سازمان با جامعه پزشکی ایرانی خارج از کشور.
- ۲۷- صدور خدمات جامعه پزشکی کشور به سراسر جهان به ویژه کشورهای اسلامی و کشورهای منطقه.
- ۲۸- ساماندهی اقتصاد پزشکی کشور از طرق مختلف.

۲۹- تلاش در جهت تغییر رویکرد دولت نسبت به سلامت و سرمایه گذاری کافی برای تأمین سلامت هم میهنان از طریق افزایش سهم سلامت از درآمد ناخالص داخلی و بودجه عمومی کشور.

۳۰- تلاش در جهت اصلاح سرانه درمان و تعرفه های خدمات پزشکی مطابق موازین کارشناسی و واقعیات اقتصادی.

۳۱- تلاش در جهت اصلاحات در ساختار و ساز و کار بیمه های سلامت و بیمه های اجتماعی با استفاده از تجربیات و الگوهای موفق جهان.

۳۲- طراحی سازوکار مناسب جهت تحقق عدالت از نظر درآمد میان گروههای مختلف جامعه پزشکی.

۳۳- تلاش در جهت ساماندهی وضعیت اشتغال جامعه پزشکی با استفاده بهینه از ظرفیتهای شغلی موجود و ایجاد ظرفیتهای جدید شغلی.

۳۴- پایه ریزی سازوکارهای مؤثر و کارا برای حل مشکلات اقتصادی و رفاهی جامعه پزشکی.

۳۵- بهره گیری از ظرفیتهای بخش خصوصی در حوزه نظام سلامت.

۳۶- اصلاح نگرش به منظور ارزش گذاری حقیقی خدمات پزشکی متناسب با حفظ کرامت انسانی، مسؤولیت‌های خطیر جامعه پزشکی و دشواریهای آرایه خدمات بهبود و تسریع در رسیدگی به شکایات پزشکی با محوریت صیانت از حقوق دریافت کنندگان خدمات پزشکی بازشناسی جامع خطاهای پزشکی با رویکرد سیستماتیک و برنامه ریزی.

گفتار دوم: بررسی خطاهای پزشکی در سازمان نظام پزشکی

اعتماد بیمار به پزشک و اطمینان از مهارت و طبابت بی کم و کاست اساس رابطه ی پزشک و بیمار است اما این دیدگاه در همه موارد پایدار نیست و از ناخشنودی تا پی گیری قانونی از سوی بیمار می تواند پیش رود هر گاه پزشک معالج در هر کدام از وظایف خود اعم از تشخیص و درمان کوتاهی کرده و پی گیری، مشاوره و راهنمایی لازم را بر پایه موازین علمی و فنی پزشکی و قوانین رایج کشور انجام نداده باشد مرتکب قصور پزشکی شده است که می تواند زمینه را برای نارضایتی و شکایت بیمار فراهم کند در هر صورت شکایت از پزشکان همواره به عنوان یکی از چالش برانگیزترین مسائل حرفه ای آنان مطرح بوده است این شرایط تنش زا علاوه بر اینکه زمان و هزینه زیادی را بر پزشک و بیمار تحمیل می کند برای نظام سلامت کشور نیز می تواند مخاطره آمیز باشد از سوی دیگر اعتراض نسبت به خدمات بهداشتی حق مسلم بیماران به عنوان محور برنامه ریزی های سلامت کشور است به منظور پیشگیری از بروز دعاوی حقوقی صنفی علیه پزشکان در وهله نخست باید این مقوله را کاملاً مورد شناسایی قرار داد و ابعاد مختلف آنرا از نظر آماری، گروههای در معرض خطر، زمینه های طرح شکایت، چگونگی رسیدگی به این قبیل دعاوی در مراجع مربوطه و غیره بررسی نمود مطالعات در کشورهای گوناگون نشان می دهد که به رغم پیشرفت فراوان در علوم پزشکی، میزان این شکایات در سراسر جهان رو به افزایش بوده است طبق گزارش های منتشر شده در ایالات متحده آمریکا سال ۱۹۹۰ تا ۱۹۸۶ میزان این نوع شکایات ۱۹/۱۰٪ افزایش یافته است حسب گزارشات منتشر شده، سالیانه ۹۸ هزار مرگ ناشی از خطاهای پزشکی در آمریکا به وقوع می پیوندد طی یک مطالعه آینده نگر بر روی بیماران بستری در سه بخش جراحی در آمریکا مشخص گردید که در مورد ۴۵/۸٪ بیماران یک یا چند خطای پزشکی به وقوع پیوسته که این خطاها در مورد ۲۱/۲٪ بیماران جدی و مخاطره آمیز بوده است آمار کشور ما نیز در این خصوص همسو با آمارهای جهانی است به این ترتیب که در استان تهران، میزان شکایات ناشی از قصور پزشکان به سازمان نظام پزشکی این استان از ۱۳۴ مورد در سال ۱۳۷۴ به ۱۲۷۰ مورد در سال ۱۳۸۴ افزایش یافته و در سال ۱۴۰۰ به ۱۲۰۰۰ مورد در کل کشور رسیده

است که در خصوص ۷۰۰ مورد منتهی به صدور رای شده است در بررسی استان های مختلف کشور آمار متفاوتی به چشم می خورد (صدرو همکاران)

در تهران بیشترین شکایات را از پزشکان ارتوپدی با ۲۰/۳۱ از مجموع شکایات گزارش کرده اند در حالیکه در استان کرمانشاه متخصصان زنان و زایمان با ۰/۱۹ بیشترین شکایات را به خود اختصاص داده اند، مؤلف این گونه نتیجه گیری کرده است که پنج عامل در حرفه پزشکی وجود دارد که مانع از بهبود کیفیت می گردد:

- ۱- اطلاعات ناکافی در مورد میزان بروز حوادث ناخواسته.
 - ۲- ناکافی بودن دستورالعملهای اجرائی پزشکی و ضعف در آنالیز نتایج حاصله.
 - ۳- وجود فرهنگ سرزنش و ملامت فرد خاطی.
 - ۴- ضرورت جبران خسارت بیمار آسیب دیده.
 - ۵- دشواری بیان واقعیات به بیماران با توجه به تفاوتهای فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بین جوامع مختلف و همچنین تفاوت در سیستمهای رسیدگی به این قبیل شکایات.
- مطالعات انجام شده در سایر کشورها گرچه میتواند به عنوان الگو مورد استفاده قرار گیرد معهذ قابل تعمیم به جامعه ما نمی باشد و ضروری است ابعاد مختلف موضوع در شرایط خاص اجتماعی ما مورد مطالعه قرار گیرد.
- گفتار سوم: رویکرد قانون برای پیشگیری از این خطاها
- مقابله با برخوردهای جبرآمیز و فراقانونی نسبت به جامعه پزشکی از طریق طرح دعاوی حقوقی در محاکم قانونی و مراجع ذیصلاح.

- ۱- حمایت از رویکرد کارشناسی متمرکز تخصصی در رسیدگی به شکایات پزشکی در محاکم قضایی.
- ۲- رعایت اولویت در رسیدگی به مشکلات صنفی گروههای پرجمعیت به ویژه پزشکان عمومی و گروه مامایی.
- ۳- تمرکز زدایی و تلاش در جهت توسعه و تقویت سازمان نظام پزشکی در شهرستانها.
- ۴- پایه ریزی سازوکارهای اطمینان بخش برای تأمین منابع و امکانات مورد نیاز سازمان نظام پزشکی و تحقق عدالت مالیاتی در جامعه پزشکی.

گفتار چهارم: دادرسی عادلانه و اصل سرعت در رسیدگی به تخلفات پزشکی در سازمان نظام پزشکی

امروزه حق برخورداری از دادرسی منصفانه در بردارنده مجموعه ای از اصول و قواعدی است که جهت رعایت حقوق طرفین در رسیدگی به دعوی آنان پیش بینی گردیده و تضمیناتی که در اسناد بین المللی حقوق بشر به عنوان یکی از حقوق به رسمیت شناخته شده مورد اشاره قرار گرفته محور و مبنای متحدالشکل نمودن آئین دادرسی در حوزه های مختلف می باشد، یکی از حوزه های مورد مطالعه هیأت های انتظامی پزشکی به عنوان بخشی از محاکم اداری است که در رسیدگی به تخلفات پزشکی از ساز و کار و تشریفات دادرسی خاص برخوردار می باشد هر چند دادرسی در هیأت های انتظامی پزشکی اکثراً با اصول دادرسی منصفانه در محاکم اداری و انتظامی می باشد اما به دلیل ماهیت خاص موضوعات مورد رسیدگی در مواردی نحوه دادرسی متفاوت است. (صادق تاری وردی، محمود عباسی، نشریه حقوق پزشکی) ۱۳۸۸

اسناد حقوق بشری زیادی انجام دادرسی بدون تأخیر را لازم میدانند این امر شامل دادرسی های مدنی نیز میشود، فرایند قضایی کند و دشوار، بدون دلیل موجه، اغلب به منزله انکار عدالت است در واقع یکی از شرایط بدیهی دادرسی عادلانه آن است که جریان رسیدگی تا جایی که ممکن است سریع باشد این امر هر چند بیشتر در مورد حقوق متهم کاربرد دارد نسبت به بزه دیده

هم کمال مطلوب است به خصوص وقتی که او دنبال تشفی خاطر است در حقوق آمریکا و به دنبال تصویب قانون حقوق بزه دیده مصوب ۲۰۰۴ گفته شده است (جهت احقاق حق بزه دیده جلسات رسیدگی دادگاه به سرعت و بدون تأخیر معقول تشکیل شود) هر قدر دستگاه عدالت کیفری بتواند سریعتر به بررسی آسیبه‌ها و نیازهای بزه دیده بپردازد، به همان میزان به کاهش آسیب بزه دیده کمک کرده است این حق (تسریع در رسیدگی) منافاتی هم با حق آمادگی متهم برای دفاع از خود ندارد و دادگاه موظف است بین این دو حق تعادل برقرار نماید (هاشمی ۱۳۹۷)

اصل تسریع در رسیدگی برای تضمین دادرسی، نقشی تعیین کننده دارد زیرا تأخیرهای ناروا ممکن است منجر به از بین رفتن ادله از جمله فراموشی شهود گردد حتی ممکن است تأخیر در اجرای عدالت باعث انتقام گیری شخصی شاکی از متهم شود در بند ۱ ماده ۶ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر آمده است (هر شخص در تعیین حقوق و تعهدات مدنی خود یا هر نوع اتهام جنایی علیه وی حق دارد از یک استماع دادرسی در محدوده‌ی زمانی مناسب توسط دادگاهی مستقل و بی طرف برخوردار باشد) در قسمت اول ماده ۱۵ اعلامیه اصول بنیادی عدالت برای بزه دیدگان و قربانیان سوءاستفاده از قدرت نیز آمده است (در صورت لزوم باید سازوکارهای قضایی و اداری ایجاد و تقویت شوند تا بزه دیده بتواند از طریق دادرسی های رسمی یا غیر رسمی که سریع، عادلانه، ارزان و قابل دسترس هستند به دادخواهی بپردازد) پرسش این قسمت آن است که آیا این اصل در رسیدگی به شکایات قربانیان تقصیر پزشکی مراعات میشود یا خیر؟ برای پاسخ به این سؤال پیش از هر چیز لازم است به رویه دادگاههای دادگستری در خصوص نحوه رسیدگی به پرونده های تقصیر پزشکی بپردازیم، بیمار چاره ای جز پیمودن یکی از این دو راه ندارد:

۱- یا مسیر خود را از مراجعه به سازمان نظام پزشکی طی میکند.

۲- یا آنکه از مسیر مراجعه به دادرسی های عمومی.

اگر بیمار یا اولیای دم او مسیر خود را از سازمان نظام پزشکی طی کنند، مطابق مواد ۳۰ الی ۴۰ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران علاوه بر مرحله دادرسی و به فرض هیات تجدیدنظر انتظامی و هیاتهای عالی موفقیت در آن باید سه مرحله (هیات انتظامی) را پشت سرگذارند افزون بر این، تبصره الحاقی ماده ۴۰ این قانون، مرحله دیگر انتظامی را هم بر این مراحل افزوده و آن دادگاه تجدیدنظر استان است علاوه بر این نهاد ماده ۴۰ هم چنین بیان شده است (چنانچه رئیس کل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران آرای قطعی هیاتهای بدوی و تجدیدنظر انتظامی استان را خلاف قانون تشخیص دهد میتواند از هیات عالی درخواست بررسی مجدد نماید رأی هیات عالی قطعی است) با این اوصاف ملاحظه می شود که صرف نظر از آنچه در ماده ۴۰ برای رسیدگی به این پرونده ها آمده، مقنن بعد از مرحله دادرسی، چهار مرحله یک بدوی و سه تجدیدنظر را پیش بینی کرده است که طی این مراحل بسیار زمانبر و هزینه بردار است بر این اساس است که میتوان مدعی شد به رغم اینکه در حقوق کیفری ماهوی پزشکی با مشکل جدی مواجه نیستیم این حقوق کیفری شکلی پزشکی است که راه وصول بیمار به حقوقش را دشوار و بسیار ناهموار می کند، گویی که حقوق کیفری شکلی به گونه ای است که سد راه تحقق حقوق کیفری ماهوی برای بیمار میشود، به این مراحل مختلف باید مراحل دادرسی و دادگاههای عمومی را هم اضافه کرد چون با طی تمامی این مراحل تازه بیمار موفق میشود محکومیت صنفی و انتظامی پزشک را از سازمان نظام پزشکی اخذ کند و هنوز راهی برای وصول زیان های وارد شده به خود ندارد و برای رسیدن به حقوق مالی خود باید مسیر دادگاه های عمومی حقوقی صلاحیتدار بدوی و تجدیدنظر را هم طی کند بدین ترتیب اگر بیمار قربانی تقصیر پزشکی مسیر احقاق حق خود را از دادرسی نظام پزشکی شروع کند کاری طاقت فرسا و طولانی را در پیش خواهد داشت و مراجع رسیدگی کننده به شکایت او هم عمدتاً هم شغل و همکار طرف اویند

که شائبه عدم بیطرفی و عدم استقلال هم در مورد آنها وجود دارد اما بیمار یا اولیای دم او مسیر شکایت خود را از دادسرای عمومی هم میتوانند طی کنند (در صورت وجود جرائم پزشکی) در این صورت دادسراهای استانهای سراسر کشور، جز تهران معمولاً این روش متمایل اند که به محض وصول شکایت در خصوص نفس تقصیر پزشک یا کادر پزشکی یا میزان آن، پرونده را مستند به ماده ۴۱ قانون سازمان نظام پزشکی که پیشتر ذکر شده هیات بدوی انتظامی سازمان نظام پزشکی ارجاع دهند و با اخذ نظریه این هیات تصمیم گیری کنند و در صورت اعتراض یکی از طرفین مجدداً به کسب نظر هیات تجدیدنظر انتظامی بپردازند و این اعتراض میتواند تا مرحله هیات تجدیدنظر عالی انتظامی هم دنبال شود ملاحظه میشود که مانند روش قبلی که طی مسیر از طریق سازمان نظام پزشکی شروع می شد این مسیر هم پرپیچ و خم و حتی هزینه بردار است افزون بر این هر چند هیات بدوی طبق تبصره ماده ۴۱ قانون نظام پزشکی موظف است ظرف دو ماه نظر مشورتی خود را به دادسرا اعلام کند عملاً برخی از این هیاتها در برخی از استانها تا سه برابر معمول یا بیشتر مدت زمان قانونی هم به اظهار نظر مشورتی کارشناسی خود مبادرت نمی ورزند بدین ترتیب با توجه به فراوانی مراحل اعتراض و نهای و قطعیت سیر پرونده به این معیار مهم دادرسی عادلانه یعنی اصل سرعت در رسیدگی هم توجهی نمیشود در حالی که بنا به یک ضرب المثل انگلیسی (تأخیر در اجرای عدالت انکار عدالت است) بر این اساس نیازمند طرحی نو در رسیدگی به شکایات قربانیان تقصیر پزشکی هستیم این در حالی است که بر اساس نظر اغلب فقها اصل مسئولیت محض یا مطلق پزشک در جنایات علیه نفس، عضو یا منافع وارد شده به مریض پذیرفته شده (پوربافرانی)

پزشک اعم از آنکه مرتکب تقصیر شده یا نشده باشد ملزم به جبران آن به شکل پرداخت دیه است و علاوه بر آن از حیث مقررات قانونی هم نه تنها تقصیر که قصور پزشک هم موجب ضمان وی دانسته شده است توضیح اینکه در قلمرو حقوق کیفری پزشکی، مقنن علاوه بر تقصیر پزشکی، قصور پزشکی را هم موجب ضمان و مسئولیت پزشکان میدانند در قصور درجه بی احتیاطی یا بی مبالاتی پزشک همانند حالت تقصیر در تبصره ماده ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ چشمگیر نیست و در نتیجه متهم قابلیت سرزنش کمتری هم نسبت به حالت تقصیر دارد؛ ولی در عین حال باز هم ضامن است بر این اساس در تبصره ۱ ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ هم گفته شده است: در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد گوئی مقنن با توجه به اهمیت سلامتی انسانها و جان آنها نه تنها (تقصیر) که رکن روانی همه جرائم غیر عمدی را تشکیل می دهد که (قصور) را هم که درجات بسیار کمتری از خطرناکی و قابلیت سرزنش را دارد رکن روانی جرائم غیر عمدی پزشکان دانسته و حتی در صورت وجود قصور هم پزشک را ضامن و دارای مسئولیت می داند حال این نظر غالب و حداقل مشهور فقهی و این رویکرد قانون ماهوی را با روند شکلی تعبیه شده برای رسیدگی به جرائم ناشی از تقصیر پزشکی مقایسه کنیم بدین سان باید پذیرفت که با این حقوق کیفری شکلی نابسامان حقوق کیفری ماهوی پزشکی تا حدود زیادی جز نقشی بر کاغذ چیز دیگری نیست و منویات فقها به پیروی از آن ها مقنن در عالم خارج چنانکه باید و شاید محقق نمی شود.

نتیجه گیری

جایگاه واژه ایست از قلمرو ارکان مسئولیت ها و اهداف سازمان ها که به حوزه حقوق یا نهاد ولی در این حوزه در ذیل هدف عالی حقوق اصالت یافته است با وجود این مسئولیت در حوزه حقوق نیز چهره واحدی ندارد هر یک از چهره های مسئولیت در قلمرو پزشکی نیز دارای مبانی، هدف، ارکان، قلمرو و آثار خاصی هستند و با تحلیل اهداف اشاره شده من جمله تاثیر رسیدگی به تخلفات پزشکی تاثیر سازمان نظام پزشکی در حوزه بهداشت و درمان نقش و ارتباط سازمان با سایر دستگاه ها و همچنین

بررسی کلی جایگاه سازمان پزشکی در نظام حقوق عمومی ایران که به طور مفصل به آن‌ها اشاره گردیده است و با شناخت مبنا و هدف سازمان نظام پزشکی توانستیم با ساختار این سازمان و محدوده آن آشنا شویم با توجه به تعریف سازمان نظام پزشکی در ساختار حقوق عمومی ایران توانستیم به این نتیجه و جمع‌بندی رسیده که با وجود قانون سازمان نظام پزشکی مصوب سال ۱۳۸۳ متأسفانه این سازمان هرچند از نظر حقوقی دارای ساختار می باشد اما به دلیل عدم توجه حاکمیت و وزارت بهداشت و درمان به این سازمان از جایگاه مناسبی برخوردار نمیباشد و به تبع آن مردم نیز اطلاع دقیقی از شرح و وظایف آن ندارند و حتی در مواقعی که پزشک تخلف پزشکی انجام داده است به مراجع قضایی جهت احقاق حق خود مراجعه می نمایند در جایی که رسالت ذاتی سازمان نظام پزشکی رسیدگی به اینگونه تخلفات می باشد در ارتباط سازمان با سایر دستگاه‌ها در صورت نیاز و شناخت دستگاه‌های دولتی و غیردولتی از ساختار و مسئولیت‌های این سازمان می توان شاهد تعاملات خوبی در زمینه مشاوره و اظهار نظر بود و این نکته قابل تامل است که متأسفانه خود جامعه پزشکی نیز به قوانین اشراف کامل نداشته و دچار تخلفات و کم کاری‌ها در زمینه شغلی خود می شوند که نتیجه آن آراء صادره از هیات‌های بدوی و تجدید نظر و محاکم عمومی و همچنین چندین رای وحدت رویه در خصوص تخلفات و مسئولیت‌های پزشکی می باشیم که به نظر اگر جامعه پزشکی آشنا و آگاه به قوانین مربوطه می بود قطعاً آمار شکایت‌ها کمتر از این می شد و در رابطه مردم و سازمان که آن هم به دلیل عدم شناخت مردم از وجود چنین سازمانی و چگونگی وظایف آن می توان به این نتیجه رسید که متأسفانه جامعه ایران شناخت کافی و وافی از سازمان نظام پزشکی و وظایف آن به عنوان مرجع تظلم خواهی در حوزه پزشکی را ندارند اما فرای از سوالات و فرضیه‌های ذکر شده که به جمع بندی و نتایج فوق منتهی می شود در پایان این مقاله توانستیم با موارد ذکر شده آشنا و به این نتیجه برسیم اگر از ظرفیت‌های سازمان نظام پزشکی به درستی استفاده شود می توانیم شاهد کاهش تخلفات پزشکی و رشد در حوزه بهداشت و درمان و همچنین تاثیرات اقتصادی آن در زندگی مردم، کشور و جامعه پزشکی باشیم.

منابع

- (کتب، مقالات، پایان نامه‌ها، آرای قضایی و سایر انواع اسناد مکتوب به زبان فارسی، انگلیسی، فرانسه یا عربی)
۱. مجله تقلب/مجله بهداشت روان و جامعه، نمیه مهر ۱۳۸۸ شماره ۴۳ (صفحه ۱) اصل دادرسی منصفانه در محاکم اداری و هیات‌های انتظامی پزشکی (تاروردی، صادق، عباسی، محمود)
 ۲. مجله حقوق پزشکی، تابستان ۱۳۸۸، شماره ۹ از صفحه ۱۱۳ تا ۱۴۸ (۳۶ صفحه مقاله، نحوه رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای) (اردشیر شیخ آزادی، قدیانی محمدحسن)
 ۳. (مجله پزشکی قانونی ایران، پاییز ۱۳۸۶) صفحه ۱۷۱ تا ۱۸۰
 ۴. ۱۰ صفحه مجله اخلاق و تاریخ پزشکی (رابطه علل شکایات بیماران علیه پزشک) از صفحه ۸۷ تا ۹۶
 ۵. ۱۰ صفحه مجله حقوق پزشکی (حقوق بیماران و چالش‌های قضایی) توحیدی عسگری پوراز صفحه ۶۱ تا ۷۴
 ۶. ۱۳ صفحه مجله پزشکی قانونی ایران (بررسی قوانین مرتبط با رسیدگی به تخلفات پزشکی) جودکی، رشیدیان، آرش پاییز ۱۳۸۹ از صفحه ۲۱۵ تا ۲۲۴
 ۷. مجله حقوق پزشکی (درآمدی بر برخی از موانع تحقق عدالت کیفری پزشکی). (علیرضایی، پاییز ۱۳۹۸ از صفحه ۸ تا ۲۸)

۸. مجله مجلس و راهبرد(نقش تشکل های بخش خصوصی در تنظیم امور اقتصادی، آسیب شناسی گذشته و مسیر آینده)نصیری زمستان ۱۳۹۰ از صفحه ۲۲ تا ۱۸۵.
۹. کنوانسیون ارو پایبی حقوق بشر.
۱۰. اعلامیه اصول بنیادی عدالت برای بزه دیدگان و قربانیان سوءاستفاده از قدرت.
۱۱. قانون اساسی.
۱۲. قانون مدنی.
۱۳. قانون مسئولیت مدنی.
۱۴. قانون مجازات اسلامی.
۱۵. قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۸۳.
۱۶. حقوق اداری دکتر منوچهر طباطبایی موتمنی.

Abstract:

Determining the relationship between law and morality is one of the main concerns of legal scholars. How can morality and civilization in general be made the main source of law and the apparent sources of law, including the law, be influenced by it?

How can custom be removed from the apparent sources of its influence in addition to the law?

It is inevitable to follow it (which was considered next to the law as a direct source of rights? And how can good morals and public order be put forward in the executive bodies of ministries and organizations as obstacles to the influence of the law, the correct implementation of the laws, and their knowledge and operation? And he made the protection of the privacy of morals the main topic of any recognition and explanation and interpretation of legal rules.

key words: Organization.publiclawoffran. law of organization of medical system.Union support.Medical justice
