Journal of Medical Council of Iran, Volume 44, Issue 1, 2026
https://doi.org/10.22034/44.1.6

Review

Review of the Criminal Procedure in Medical Offenses in Iran's Legal System Based on a Specialized Adjudication Approach

Abstract

The procedure for adjudicating medical offenses in Iran faces significant challenges, particularly the absence of a specialized adjudication structure aligned with the technical nature of such offenses. Judges and adjudicating bodies often lack sufficient medical expertise, relying heavily on expert opinions without an effective mechanism for verifying their validity. This article aims to critically review the current structure and propose a specialized model to enhance justice and procedural efficiency in dealing with medical offenses in Iran.

This study is conducted using a descriptive-analytical method, based on library research and analysis of domestic legal sources, statutes, and judicial procedures. Through case examples and oversight reports, the paper identifies systemic deficiencies and proposes a new model for specialized criminal procedure in medical cases. Ethical considerations: All scientific and academic integrity principles have been strictly observed. References are cited accurately, with no bias or personal judgments involved, and all materials are derived from reliable legal sources.

The findings reveal a lack of effective specialization in Iran's current procedure for medical offenses. Overreliance on expert opinion without oversight, the absence of specialized adjudication panels, excessive dependence of opinions on expert theory and limited judicial training in medical matters are among the main shortcomings. These issues contribute to potential violations of both defendants' and complainants' rights, undermining fair trial standards.

Redesigning the adjudication process for medical offenses based on a specialized approach is essential in Iran's legal system. The proposed model incorporating specialized panels, reforming expert witness protocols, and ongoing judicial education can significantly improve procedural justice and strengthen public trust in the healthcare system.

Keywords: Medical offenses, Specialized adjudication, Iran legal system, Medical expertise, Defendant's rights, Judicial reform, Forensic medicine.

Homayoun Fahimi[1]*, Abbasali Akbari[2], Fatemeh Ahadi[3], Mehrdad Teymoori[2]

[1] PhD Student of Criminal Law and Criminology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Law, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
[3] Associate Professor, Department of Law, Maragheh Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

*** Corresponding Author**
Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
Email: dr.akbari@iaut.ac.ir.com

Received: Nov 06 2025
Accepted: Jan 26 2026

Citation to this article
Fahimi H, Akbari A, Ahadi F, Teymoori M. Review of the Criminal Procedure in Medical Offenses in Iran's Legal System Based on a Specialized Adjudication Approach. *J Med Counc of Iran*. 2026;44(1):6-17.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

Copyright 2026, Journal of Medical Council of Iran.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial 4.0 International License.

مقاله مروری
Journal of Medical Council of Iran, Volume 44, Issue 1, 2026
https://doi.org/10.22034/44.1.6

بازنگری فرآیند رسیدگی به جرایم پزشکی در نظام حقوقی ایران بر پایه دادرسی تخصص‌محور

همایون فهیمی[1]، عباسعلی اکبری[2*]، فاطمه احدی[3]، مهرداد تیموری[2]

[1] دانشجوی دکتری تخصصی حقوق کیفری و جرم شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[2] استادیار گروه حقوق، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[3] دانشیار گروه حقوق، واحد مراغه، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:
واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
نشانی الکترونیک:
dr.akbari@iaut.ac.ir.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۱۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۰۶

چکیده

فرآیند رسیدگی به جرایم پزشکی در ایران با چالش‌های مهمی مواجه است که از جمله مهم‌ترین آن‌ها، نبود ساختار دادرسی تخصص‌محور متناسب با ماهیت فنی این دسته از جرایم است. در بسیاری از موارد، قاضی یا نهاد رسیدگی‌کننده ممکن است علم تخصصی لازم برای ارزیابی دقیق جرایم پزشکی را نداشته باشد و به‌ناچار بر نظر کارشناسی اتکا نماید، بی‌آن‌که سازوکار مؤثری برای ارزیابی و کنترل صحت این نظر وجود داشته باشد. هدف این مقاله، نقد ساختار موجود و ارائه چارچوبی نوین بر اساس دادرسی تخصص‌محور برای ارتقای عدالت و کارآمدی در رسیدگی به جرایم پزشکی در ایران است.

این پژوهش به شیوه توصیفی-تحلیلی انجام شده و از روش کتابخانه‌ای و بررسی اسناد حقوقی، قوانین و آیین‌نامه‌های داخلی بهره گرفته است. همچنین با بهره‌گیری از نمونه‌هایی از رویه قضایی و گزارش‌های نهادهای ناظر، تحلیل انتقادی از وضعیت موجود صورت گرفته و در نهایت، مدل پیشنهادی برای بازنگری فرآیند دادرسی ارائه شده است.

یافته‌ها نشان می‌دهند که ساختار کنونی دادرسی جرایم پزشکی در ایران فاقد مکانیزم‌های تخصص‌محور مؤثر است؛ تکیه مطلق بر نظریه کارشناسی بدون حضور ناظر تخصصی در ترکیب مرجع رسیدگی، نبود رویه‌های پایدار، وابستگی بیش از حد آراء به نظریه کارشناسی و فقدان آموزش تخصصی برای قضات این حوزه، از مهم‌ترین چالش‌ها به‌شمار می‌روند. این نارسایی‌ها می‌توانند به نقض حقوق پزشک متهم، بیماران شاکی و اصول دادرسی منصفانه منجر شوند.

بازنگری فرآیند رسیدگی به جرایم پزشکی بر پایه دادرسی تخصص‌محور، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر در نظام حقوقی ایران است. این بازنگری می‌تواند با ایجاد مراجع ویژه (ترکیبی از قاضی و پزشک متخصص)، ارتقاء سازوکارهای کارشناسی، و آموزش مستمر قضات، تضمین عدالت دادرسی و اعتماد عمومی به نظام سلامت را تقویت کند.

کلمات کلیدی: جرایم پزشکی، دادرسی تخصص‌محور، نظام حقوقی ایران، کارشناسی پزشکی، حقوق متهم، عدالت قضایی، پزشکی‌قانونی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

Copyright 2026, Journal of Medical Council of Iran.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial 4.0 International License.

مقدمه

در نظام‌های حقوقی معاصر، اصل دادرسی منصفانه به عنوان یکی از ارکان بنیادین عدالت قضایی، مستلزم تضمین مجموعه‌ای از حقوق شکلی و ماهوی برای طرفین دعوا به‌ویژه متهمان در فرآیند رسیدگی است. در این میان، جرایم پزشکی به دلیل ماهیت تخصصی، پیچیده و اغلب مبهم خود، جایگاهی خاص در نظام عدالت کیفری دارند. رسیدگی به این دسته از جرایم، نه تنها به حفظ سلامت عمومی و صیانت از حقوق بیماران کمک می‌کند، بلکه در تضمین حقوق حرفه‌ای پزشکان و حفظ اعتماد عمومی به نظام سلامت نیز نقش حیاتی ایفا می‌نماید. با این حال، ساختار فعلی رسیدگی به جرایم پزشکی در ایران از نارسایی‌هایی رنج می‌برد. یکی از مهم‌ترین این نارسایی‌ها، فقدان سازوکارهای دادرسی تخصص‌محور است؛ به این معنا که مراجع رسیدگی‌کننده، اعم از دادگاه‌های کیفری یا هیئت‌های انتظامی، عموماً فاقد صلاحیت علمی لازم برای درک دقیق جنبه‌های فنی موضوعات پزشکی هستند. در نتیجه، مرجع قضایی ناگزیر از اتکای گسترده به نظریه کارشناسان است، بی‌آنکه سازوکار مشخص و شفاف برای ارزیابی، نظارت یا نقد این نظریه‌ها وجود داشته باشد. چنین وضعیتی می‌تواند منجر به تصمیماتی شود که نه تنها از حیث دادرسی منصفانه مخدوش‌اند، بلکه امکان تضییع حقوق پزشک یا شاکی را نیز در پی دارند. در ادبیات حقوقی ایران، گرچه موضوع دادرسی منصفانه مورد توجه قرار گرفته، اما پرداخت مستقل و تحلیلی به مفهوم «دادرسی تخصص‌محور» و ضرورت بازنگری ساختاری در فرآیند رسیدگی به جرایم پزشکی کمتر به چشم می‌خورد. اغلب پژوهش‌ها به بررسی کلی اصول دادرسی یا تطبیق نظام‌های حقوقی پرداخته‌اند، در حالی‌که خلأ رویکردی که به نقد نهادمحور فرآیند دادرسی و ارائه الگوی اصلاحی بپردازد، محسوس است. این مقاله با هدف نقد ساختار موجود و بازنگری فرآیند رسیدگی به جرایم پزشکی در نظام حقوقی ایران با تأکید بر اصل تخصص‌گرایی نگارش یافته است. پرسش اصلی پژوهش این است که آیا ساختار کنونی دادرسی در جرایم پزشکی، قادر به تضمین اصول دادرسی منصفانه با رویکرد تخصص‌محور است و اگر نه، چه سازوکارهایی باید جایگزین یا اصلاح شود تا عدالت دادرسی محقق گردد. فرضیه مطالعه بر این مبنا استوار است که نظام فعلی رسیدگی به جرایم پزشکی فاقد بنیان‌های تخصص‌محور مؤثر است و طراحی نهاد یا فرآیند جدید، با مشارکت مؤثر متخصصان پزشکی، می‌تواند موجب ارتقاء کیفیت دادرسی و تضمین حقوق طرفین شود. روش تحقیق در این پژوهش، توصیفی-تحلیلی است که بر مبنای منابع کتابخانه‌ای، اسناد قانونی، بررسی رویه‌های قضایی و تحلیل انتقادی ساختارهای موجود انجام شده است. در بخش نهایی مقاله نیز، مدلی پیشنهادی برای اصلاح فرآیند رسیدگی به جرایم پزشکی ارائه خواهد شد.

روش کار

این پژوهش به شیوه توصیفی-تحلیلی انجام‌شده و از روش کتابخانه‌ای و بررسی اسناد حقوقی، قوانین و آیین‌نامه‌های داخلی بهره گرفته است. همچنین با بهره‌گیری از نمونه‌هایی از رویه قضایی و گزارش‌های نهادهای ناظر، تحلیل انتقادی از وضعیت موجود صورت گرفته و در نهایت، مدل پیشنهادی برای بازطراحی فرآیند دادرسی ارائه شده است.

نوآوری تحقیق

تابحال تحقیق مستقل و منسجمی در زمینه رسیدگی به جرایم پزشکی بر پایه دادرسی تخصص‌محور در نظام حقوقی ایران انجام نگرفته است و بدین ترتیب تاکید بر اجرای اصول دادرسی منصفانه در دادرسی‌های جرایم پزشکی و بررسی چالش‌های این مساله، مهم ترین نوآوری این تحقیق محسوب می‌شود.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهند که ساختار کنونی دادرسی جرایم پزشکی در ایران فاقد مکانیزم‌های تخصص‌محور مؤثر است؛ تکیه مطلق بر نظریه کارشناسی بدون حضور ناظر تخصصی در ترکیب مرجع رسیدگی، نبود رویه‌های پایدار و فقدان آموزش تخصصی برای قضات این حوزه، از مهم‌ترین چالش‌ها به‌شمار می‌روند. این نارسایی‌ها می‌توانند به نقض حقوق پزشک متهم، بیماران شاکی و اصول دادرسی منصفانه منجر شوند.

بحث

۱. مفهوم دادرسی تخصص‌محور در جرایم پزشکی

در نظام‌های حقوقی پیچیده، به‌ویژه در پرونده‌هایی که محوریت آن‌ها مباحث فنی و تخصصی نظیر جرایم پزشکی است، رویکرد «دادرسی تخصص‌محور» (specialized adjudication) به‌عنوان ابزاری جهت تقویت کیفیت و انصاف در فرآیند قضا مطرح می‌شود. این مدل بر پایه حضور قضات یا اعضای دادگاه با دانش پزشکی (یا حمایت از کارشناسان مستقل با صلاحیت بالا) استوار است. مشارکت مستقیم این افراد و امکان نقد نظام‌مند نظریات کارشناسی، راه را برای تصمیم‌گیری دقیق‌تر و مستندتر فراهم می‌سازد و در نتیجه احتمال خطای قضایی را کاهش می‌دهد (۱)، مرجع قضایی در چنین ساختاری با تکیه کمتری بر نظریات کارشناسی یک‌جانبه، توانایی تحلیل علمی خود را ارتقاء می‌دهد و ساختار دادرسی را ارتقاء می‌بخشد (۲). ماهیت پرونده‌های پزشکی شامل تشخیص بیماری، فرآیند درمان و پیامدهای پیچیده سلامت، به گونه‌ای است که حتی قضات موارد عمومی نیز بدون دانش فنی لازم، قادر به قضاوت دقیق

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

نیستند. این کمبود تخصصی، امکان تشتت آراء بین دادن نظر قضایی و نظر کارشناسان را افزایش می‌دهد؛ بنابراین، دادرسی تخصص‌محور ضروری است. نمونه‌هایی از این رویکرد در کشورهای پیشرفته مشاهده شده‌اند؛ دادگاه‌های سلامت (Health Courts) در ایالات متحده، سوئد و نیوزیلند، با حضور قضات آموزش‌دیده و کارشناسان بی‌طرف، ضمن کاهش زمان و هزینه رسیدگی، نرخ رضایت حقوقی را تا حد قابل‌توجهی افزایش داده‌اند (۳). به‌ویژه این سیستم‌ها با ایجاد رویه‌های تخصصی و سازوکار بازخورد منظم، سبب پرورش فرهنگ عمیق‌تر عدالت سلامت در کشورها شده‌اند (۴). اگرچه مبانی دادرسی منصفانه شامل بی‌طرفی مرجع، اصل تناظر، دسترسی به دادرسی علنی و برابری سلاح‌ها، اساس عدالت قضایی را تشکیل می‌دهند، ولی در پرونده‌های تخصصی می‌بایست فارغ از این اصول، دانش‌محور نیز باشند؛ یعنی عدالت حقوقی باید با عدالت علمی همراه شود. در نبود این رویکرد، عدالت تنها به صورت شکل‌بندی و حقوقی محقق می‌شود اما عملاً نوعی «عدالت ناقص» رقم می‌خورد که ممکن است به تضییع حقوق عوامل درگیر منجر شود (۵). تحقیقات نشان داده‌اند که طرح ادعاهای نادرست (False positive) از سوی دادگاه‌های عمومی در پرونده‌های پزشکی، که ناشی از تفسیر نادرست نظریات کارشناسی است، به ویژه در پرونده‌هایی با ابعاد فنی پیچیده، شایع بوده و اعتماد عمومی را کاهش داده است (۶). همچنین، پرونده‌های تخصص‌محور نه‌تنها خطاهای قبلی را کاهش داده، بلکه با استفاده از معیارهای ثابت و مسبق برای ارزیابی استانداردهای درمان، تصمیم‌گیری را عادلانه‌تر انجام می‌دهند (۷). برخی پژوهش‌ها نیز توضیح می‌دهند که استقلال نهادهای تخصصی می‌تواند تعادل منافع عمومی و حرفه‌ای را در دادگاه بازگرداند. به‌عنوان مثال در آمریکا، بهره‌گیری از کارشناسان بی‌طرف انتخاب‌شده توسط دادگاه، همراه با ضوابط اخلاقی برای جلوگیری از تعارض منافع، تا حد زیادی به اعتمادسازی کمک کرده است (۲). به علاوه، مدل‌هایی مانند دادگاه‌های سلامت با اتکا بر ساختارهای روایی، برای نخستین‌بار امکان حل و فصل سریع و دوستانه‌تر پرونده‌های پزشکی را فراهم کردند، بدون این‌که لطمه‌ای بر سیستم عدالت کیفری وارد شود. در نتیجه، دادرسی تخصص‌محور ضمن تداوم اصول دادرسی منصفانه، چارچوبی علمی و حرفه‌ای برای رسیدگی به جرایم پزشکی فراهم می‌کند، به‌شرط آن که با معیارهای دقیق انتخاب اعضای دادگاه، آموزش قضات و سازوکار نمایندگی علمی همراه شود. این مدل، راهبردی مؤثر برای مقابله با چالش پیچیده‌بازار سلامت کشورهاست. این مدل نیازمند بازطراحی نظام حقوقی ایران با هدف ارتقای دقت، کارآمدی و اعتماد عمومی است.

۲. تحلیل ساختار فعلی رسیدگی به جرایم پزشکی در ایران

در نظام حقوقی ایران، رسیدگی به جرایم و تخلفات پزشکی در قالب ساختاری با سه نهاد موازی دنبال می‌شود؛ دادگاه‌های عمومی کیفری، و دادسرا (از جمله دادسرای ویژه جرایم پزشکی) و سازمان نظام‌پزشکی با هیئت‌های انتظامی. این ساختار سه‌وجهی که از ظرفیت تخصصی ظاهری برخوردار است، در عمل با چالش‌های جدی مواجه بوده و گاهی در تضمین عدالت قضایی، کارآیی لازم را ندارد. بر این اساس، در این بخش سیستم قضایی ایران در جرایم پزشکی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۲-۱ نهادهای صالح رسیدگی به جرایم پزشکی در ایران؛ از منظر کیفری، هرگونه قصور یا خطای پزشک که منجر به جرح یا فوت بیمار شود، در محاکم عمومی بررسی می‌شود؛ با این حال، این محاکم غالباً فاقد تخصص فنی پزشکی هستند و تصمیم نهایی تقریباً به طور کامل بر مبنای نظر کارشناسان پزشکی اتخاذ می‌شود. تحقیقات نشان داده، آرای صادره در این پرونده‌ها تا حد زیادی متأثر از کیفیت نظریه کارشناسی بوده و گاهی دچار سردرگمی حقوقی شده است (۸). در مقابل نهاد انتظامی در چارچوب قانون نظام پزشکی (سال ۱۳۸۳) شکایات مربوط به تخلفات حرفه‌ای پزشکان را بررسی می‌کند؛ شکایاتی که توسط هیئت‌های انتظامی بدوی، تجدیدنظر استانی یا هیئت عالی رسیدگی می‌گردند و در صورت اعتراض، امکان ارجاع به دادگاه تجدیدنظر استان وجود دارد (۹). گرچه این فرآیند، ساختاری نظام‌مند و تخصصی دارد، استقلال لازم را ندارد و اعضای هیئت‌ها معمولاً از صنف انتخاب می‌شوند که موجب شبهه در بی‌طرفی حرفه‌ای است و تعریف دقیق تخلف انتظامی نیز اغلب جای بحث دارد. در راستای تخصصی‌تر کردن روند رسیدگی، قوه قضائیه، دادسرای ویژه جرایم پزشکی را بر اساس ماده ۲۵ قانون آیین دادرسی کیفری تأسیس کرد؛ نهادی که با استفاده از بازپرس، دادیار و کارشناسان فنی به بررسی مقدماتی پرونده می‌پردازد و پس از تکمیل تحقیقات، پرونده را به دادگاه عمومی ارجاع می‌دهد. اگرچه این اقدام گامی مثبت در مسیر تخصص‌گرایی به شمار می‌رود، اما چون مرحله قضایی نهایی در دادگاه‌های عمومی فاقد دانش تخصصی انجام می‌شود، تناقضی بنیادین در ساختار ایجاد شده است؛ آغاز تخصصی و پایان عمومی، بدون تضمین پیوستگی تخصص تا صدور حکم.

مجموع این ساختار باعث ایجاد پراکندگی در مسیر رسیدگی شده است. شکایات می‌توانند بطور همزمان در مسیر کیفری و هم انتظامی مطرح شوند، بدون آنکه سازوکاری شفاف برای ارجاع یا گزینش مسیر اصلی وجود داشته باشد. همچنین، تعاریف متناقض «تخلف انتظامی» و «جرم کیفری»، سردرگمی کیفری و انتظامی پدید می‌آورد و شفافیت آیین دادرسی را کاهش می‌دهد. اگرچه سازمان نظام‌پزشکی دارای هیئت‌هایی شبه‌قضایی است و از مجرایی رسمی تخلفات را می‌سنجد، اما بی‌طرفی صنفی و فقدان

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

نظارت مستقل، موجب تشتت در تصمیمات قضایی و شبه‌قضایی شده است. در واقع، ساختار فعلی هرچند در ظاهر تخصص را لحاظ کرده، اما از لحاظ عملی فاقد نظام یکپارچه تخصص‌محور است. دادسرای ویژه جرایم پزشکی تنها تا مرحله تحقیقات مقدماتی مسیر تخصصی را طی می‌کند، اما این تخصص در مرحله نهایی و صدور حکم ادامه نمی‌یابد و مسیر انتظامی نیز به‌دلیل فقدان معیارهای شفاف، قادر به ارزیابی دقیق و عینی تخلفات فنی نیست. این وضعیت از بی‌ثباتی، سردرگمی حقوقی و تبعات ناعادلانه برای پزشک یا شاکی حکایت دارد و نشان می‌دهد ساختار کنونی با همه ظرفیت‌های اولیه، به بازطراحی جدی نیاز دارد.

۲-۲ فرآیند دادرسی: از شکایت تا صدور حکم: در نظام رسیدگی به جرایم پزشکی ایران، مسیر حقوقی از لحظه طرح شکایت آغاز می‌شود و تا حصول حکم در دادگاه یا هیئت انتظامی ادامه می‌یابد؛ فرایندی که در عین شفافیت قانونی، با چالش‌هایی در اجرا شناخته شده است. متقاضی می‌تواند هم در مسیر کیفری و هم هم‌زمان در مسیر انتظامی شکایت کند که این دوگانگی در عمل به سردرگمی، طولانی‌شدن رسیدگی‌ها و گاه تضاد آرای هم‌زمان منجر شده است. ابتدا شکایت می‌تواند به دو طریق تنظیم شود: مسیر کیفری؛ شاکی شکایت خود را به دادسرای عمومی یا دادسرای ویژه جرایم پزشکی تسلیم می‌کند. پرونده پس از ثبت در دفتر ثبت اظهارات و مشخص شدن دقیق موضوع، به مرحله تحقیقات مقدماتی وارد می‌شود؛ این مرحله شامل احضار پزشک، اخذ دفاعیات اولیه، جمع‌آوری دلایل و نیز مراجعه به کارشناسان پزشکی قانونی است. سپس در صورت احراز وجود جرایم، دادسرا کیفرخواست صادر و پرونده را به دادگاه احاله می‌دهد؛ و در غیر این صورت، با صدور قرار منع تعقیب ختم تحقیقات اعلام می‌گردد. مسیر انتظامی؛ شکایت انتظامی ابتدا به دبیرخانه نظام‌پزشکی شهرستان ارائه می‌شود (طبق ماده ۳۳ آیین‌نامه انتظامی)، که بعد از ثبت رسمی، پرونده به هیئت بدوی انتظامی ارجاع می‌شود. هیئت بدوی موظف است ظرف یک ماه، گزارش مقدماتی را با استفاده از عضو محقق و مستندات موجود آماده کرده و پزشک متهم را برای دفاع کتبی یا شفاهی دعوت کند. پس از دریافت توضیحات یا عدم حضور متهم در مهلت مقرر، هیئت رأی خود را با ذکر دلایل موجه و مستند اتخاذ می‌کند. در صورت اعتراض، پرونده به هیئت تجدیدنظر استان و در نهایت هیئت عالی انتظامی ارسال می‌شود، و رأی هیئت عالی قطعی است. در مسیر انتظامی، امکان ارجاع پرونده به دادسرا نیز وجود دارد، اگر هیئت انتظامی پزشکی به تخلفی با جریمه انتظامی، بدون ماهیت جرم کیفری برسد، پرونده متوقف نمی‌شود و ادامه رسیدگی منوط به رسیدگی کیفری نیز خواهد بود. همچنین پس از صدور قرار منع تعقیب کیفری، نظام‌پزشکی می‌تواند درخواست رسیدگی را ادامه دهد (آیین‌نامه انتظامی مواد ۵۶ و ۵۷).

نکته کلیدی این است که مسیر انتظامی و کیفری از هم مجزا نیستند. شکایت انتظامی می‌تواند مانع پیگرد کیفری نشود و به عکس نیز مسیر کیفری تأثیری بر رسیدگی انتظامی ندارد؛ این باعث شده متقاضی ناظر بر چند مسیر هم‌زمان باشد و زمان، انرژی و هزینه بیشتری صرف شود (۱۰). در مسیر کیفری، تحقیقات مقدماتی تأکید فراوانی بر نظریه کارشناسان پزشکی قانونی دارد. پس از صدور کیفرخواست، مراحل دادرسی در دادگاه کیفری برگزار می‌شود، که شامل احضار شاکی، متهم، شاهدان و صدور رأی با امکان اعتراض به دادگاه تجدیدنظر است. در بسیاری از پرونده‌ها، کیفیت نظریه کارشناسی پزشکی بازیگر اصلی در نتیجه نهایی بوده است (۱۱). در مسیر انتظامی هم، پس از صدور رأی قطعی، امکان اعتراض کیفری به دادگاه وجود ندارد ولی پزشک محروم‌شده می‌تواند از طریق دیوان عدالت اداری درخواست ابطال رای انتظامی را مطرح کند. این مجازالتعرض بودن مسیر انتظامی تاحدودی حقوق متهم را تضمین می‌کند، اما فرآیند آن گاهی طولانی و دارای پیچیدگی اداری است. مهم‌ترین مشکلات این فرآیند عبارتند از: طولانی شدن رسیدگی در هر دو مسیر (کیفری و انتظامی)؛ تضاد احتمالی آرای کیفری و انتظامی برای یک پرونده؛ تأخیر یا فقدان توجه به دفاعیات پزشک در مرحله انتظامی (عضو محقق صرفاً گزارش می‌دهد)؛ تمرکز بر نظریات کارشناسی به جای بررسی حرفه‌ای جامع.

به‌طور مشخص، به‌رغم متن قانونی نسبتاً روشن، در عمل رسیدگی انضباطی و کیفری فاقد هماهنگی، امکانات دفاعی کافی، ارجاع شفاف پرونده و تضمین بی‌طرفی نهایی بوده و نتیجه نهایی چندان قابل پیش‌بینی و رضایت‌بخش برای طرفین مناقشه نیست. این وضعیت تاحدی نشانگر نیاز به یک مدل تخصصی‌تر و ساختاری بازبینی‌شده در مسیر دادرسی استتابع بهره‌گیری از اصول عدالت قضایی و تخصص کاربردی است.

۲-۳ نقش کارشناسی پزشکی در رسیدگی قضایی: کارشناسی پزشکی در فرآیند دادرسی قضایی، ابزاری کلیدی برای احراز واقعیت‌های فنی و بررسی وجوه علمی پرونده است؛ اما عملاً این نقش دو وجه دارد؛ هم تسهیل رسیدگی و هم ایجاد چالش برای عدالت دادرسی. در ایران پزشک قانونی و سایر کارشناسان فنی، نقشی تعیین‌کننده و گاهی چالش‌برانگیز ایفا می‌کنند. در رویه قضایی ایران، نظریه‌های کارشناسی گاه به‌صورت تعیین‌کننده، جایگزین شواهد دیگر می‌شوند و قاضی بدون تحلیل سایر دلایل ذیل منطق تخصص، صرفاً بر نظریه پزشکی‌قانونی تکیه می‌کند (۸). این مسأله موجب شده گاهی حق دفاع محدود شود و حتی سایر راه‌های اثبات مثل شهادت شهود یا سوابق درمانی نادیده

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

گرفته شوند. از سوی دیگر، عدم ارائه شرح شفاف آسیب‌شناسی، شرح مکان و نحوه عمل که برای قاضی لازم هستند، باعث شده نظریات کارشناسی عملاً ناقص یا غیرقابل اتکا باشند (۱۲). در بسیاری از موارد نظریه پزشک قانونی بدون توضیح تخصصی دقیق عمل می‌کند که نمی‌توان آن را بازبینی یا بررسی قضایی با معیار علمی دانست. کارشناسان با برداشت ناقص از ساختار مسئولیت مدنی و کیفری، اغلب نقش بیمار یا خطای درمانی را صرفاً بر اساس تشخیص نقص اجرای فرایند می‌گذارند بدون تحلیل ماهیت ارتباط علی و فقدان انگیزه‌سوء یا خطای‌انسانی که این دیدگاه ساده‌انگارانه باعث صدور نظریاتی می‌شود که غیرکارشناسی و غیر دقیق اند (۱۳). فقدان ساختارهای قانونی برای بازبینی و ارزیابی اعتبار عمدتاً به همراه نداشتن کمیته داوری کارشناسی منجر به این شده که نظریات پزشکی بدون چالش در دادگاه جاری گردد. در نتیجه، کارشناسی پزشکی در ایران گرچه برای دادگاه‌ها مفید است، اما مشکلاتی چون تکیه صد درصدی بر نظریه‌های کارشناسی با حذف بررسی علمی سایر دلایل و عدم وجود رویه‌های بازبینی یا کمیته تخصصی مستقل برای ارزیابی اعتبار علمی نظریات ارسالی و جانبداری کارشناسان به خاطر تعارض منافع، باعث تضعیف عدالت دادرسی می‌شود.

برای نمونه، پژوهشی در خصوص تأثیر نظریه کارشناسان پزشکی قانونی بر آرای قضات در پرونده‌های منتهی به مرگ بیمار انجام شده، نشان می‌دهد که در اکثر موارد، نظریه کارشناسی، تعیین‌کننده نتیجه پرونده بوده و حتی در مواردی که سایر ادله نظیر شهادت شهود یا مستندات پزشکی دچار ابهام یا ضعف بوده‌اند، صرف وجود یک نظریه مثبت از سوی پزشکی‌قانونی، منجر به صدور حکم محکومیت شده است (۱۴). در جمع‌بندی می‌توان گفت کارشناسی پزشکی با وجود نقش مفید اولیه در فهم موضوعات تخصصی اما بدون ساختار کیفیت سنجی، استقلال علمی و مکانیزم نظارتی، به عاملی برای تضعیف دادرسی منصفانه تبدیل شده است. بنابراین، اصلاحات زیر برای بهبود نقش کارشناسی در ساختار قضایی ضروری است: تدوین فهرست نیازمندی‌های دقیق برای گزارش کارشناسی؛ ایجاد ساختار ناظر تخصصی قضایی برای ارزیابی نظریات کارشناسی؛ استقلال مالی و علمی کارشناسان رسمی برای کاهش تعارض منافع؛ پیمودن مسیرهای قانونی بازبینی و اعتراض تخصصی؛ آموزش قضات در حوزه تحلیل گزارش‌های فنی جهت افزایش توانمندی مواجهه با مسائل تخصصی.

۲-۴ موانع ساختاری در پایبندی به اصول بی‌طرفی، تخصص و شفافیت: نظام دادرسی مربوط به جرایم و تخلفات پزشکی در ایران با وجود بهره‌گیری از نهادهای تخصصی مانند دادسرای ویژه جرایم پزشکی، پزشکی قانونی، و هیئت‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی، همچنان در سه مؤلفه بنیادین بی‌طرفی، تخصص و شفافیت دچار کاستی‌های ساختاری جدی است. این ضعف‌ها گاه باعث نقض اصول دادرسی منصفانه شده و اعتماد عمومی به نظام عدالت سلامت را کاهش داده‌اند.

یکی از چالش‌های اصلی، بی‌طرفی نهاد رسیدگی‌کننده است. ساختار هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی سازمان نظام پزشکی، ترکیبی صنفی دارد و اعضای آن عمدتاً از بین پزشکان هم‌صنف انتخاب می‌شوند. این مسأله باعث ایجاد نگرانی‌های جدی در خصوص هم‌نوع‌گرایی صنفی و تضاد منافع می‌شود؛ به‌ویژه در شرایطی که پزشک متهم با اعضای هیئت ارتباط علمی، حرفه‌ای یا منطقه‌ای داشته باشد. بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهد که در برخی موارد، رأی صادره از سوی این هیئت‌ها بیشتر از آن‌که مبتنی بر ارزیابی بی‌طرفانه باشد، متأثر از ملاحظات صنفی بوده است. چالش دوم، فقدان استانداردهای تخصصی شفاف برای ارزیابی تخلفات پزشکی است. اگرچه انتظار می‌رود ارزیابی تخلفات پزشکی مبتنی بر شاخص‌های علمی و تخصصی دقیق باشد، اما در عمل، دستورالعمل یا آیین‌نامه مشخصی برای تعیین حدود قصور، بی‌مبالاتی یا بی‌احتیاطی وجود ندارد. این مسأله موجب شده هیئت‌ها و کارشناسان پزشکی، اغلب با اتکا به تجربه شخصی یا رویه‌های متعارف محلی اقدام به قضاوت کنند، که این رویه از منظر عدالت تخصص‌محور دچار اشکال است. به‌ویژه در مواردی که مرز بین عارضه درمانی و قصورپزشکی مبهم است، نبود معیار تخصصی شفاف، زمینه‌ساز صدور آرای متناقض یا غیرمنطقی شده است.

از سوی دیگر، شفافیت در فرآیند رسیدگی نیز با موانعی روبه‌روست. نه‌تنها شاکیان و متهمان در جریان کامل فرایند کارشناسی و داوری قرار نمی‌گیرند، بلکه حتی دسترسی به متن کامل نظریات کارشناسی نیز بعضاً با محدودیت مواجه است. این وضعیت به‌ویژه در مورد نظریات صادره از پزشکی قانونی مشهود است؛ زیرا گزارش‌های ارائه‌شده اغلب فاقد تحلیل کامل، توضیح مبانی استدلالی و ارجاعات علمی هستند و همین امر، امکان نقد علمی یا اعتراض موثر به آن‌ها را از بین می‌برد. همچنین، بررسی‌ها نشان می‌دهد که در بسیاری از موارد، امکان اعتراض مؤثر به نظریات کارشناسی وجود ندارد؛ زیرا سازوکاری برای بازبینی علمی توسط هیئتی مستقل پیش‌بینی نشده است. نه دادگاه و نه سازمان نظام پزشکی دارای ساختار تخصصی ناظر بر کیفیت گزارش‌های کارشناسی نیستند و به‌همین دلیل، نظریاتی که ممکن است دارای خطا یا جانبداری باشند، بدون اصلاح و بازبینی در فرایند دادرسی تأثیرگذار می‌شوند.

از دیگر چالش‌های مرتبط، نبود نهاد ناظر مستقل برای ارزیابی عملکرد هیئت‌های انتظامی و کارشناسان است. برخلاف کشورهای پیشرفته که نهادهایی مانند کمیته‌های اخلاق پزشکی یا دادگاه‌های حرفه‌ای تخصصی در کنار نظام قضایی فعالیت می‌کنند، در ایران

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

چنین نهادهایی وجود ندارد یا نقش نظارتی‌شان بسیار محدود است. در نتیجه، نه تنها تصمیمات مورد بازنگری قرار نمی‌گیرند، بلکه الگوی ثابتی برای نظارت بر عدالت شکلی و ماهوی در رسیدگی‌ها وجود ندارد.

این چالش‌ها نه‌تنها مانع تحقق دادرسی منصفانه در حوزه پزشکی می‌شوند، بلکه به گسترش بی‌اعتمادی در میان پزشکان و بیماران نیز دامن می‌زنند. اصلاح ساختار هیئت‌های انتظامی، تدوین دستورالعمل‌های تخصصی و نهادسازی برای نظارت مستقل، سه اقدام ضروری برای ارتقاء کیفیت دادرسی پزشکی در ایران است.

۳. آسیب‌شناسی فرآیند دادرسی جرایم پزشکی در نظام حقوقی ایران

در ساختار فعلی دادرسی جرایم پزشکی در ایران، چند نقیصه ساختاری به‌صورت زنجیروار اصول بنیادین دادرسی منصفانه را تهدید می‌کنند. بررسی دقیق این مشکلات نشان می‌دهد که فرایند دادرسی هم در مسیر کیفری و هم انتظامی به‌دلیل ضعف در تخصص، معیارهای اعتبار، آموزش قضایی و استقلال نهادها، دچار بی‌ثباتی و کاهش کارآمدی شده است.

۳-۱ وابستگی شدید به نظریه کارشناسی پزشکی و نبود نظام سنجش اعتبار و ارزیابی علمی بر نظریات کارشناسی: میانگین موارد قصور پزشکی حل‌شده در دادگاه‌های کیفری نشان می‌دهد که بیش از ۸۰٪ آرا بر پایه یک نظریه کارشناسی واحد، صادر شده‌اند. این بدان معناست که قاضی غالباً بدون بررسی مستقل فنی یا جست وجوی مستندسازی دقیق شواهد، صرفاً بر نظر پزشک قانونی تکیه می‌کند. برخی تحلیل کرده‌اند که در بیش از نیمی از پرونده‌ها پزشکی قانونی کلید تصمیم‌گیری بوده است و قاضی ترجیح داده از ورود به تحلیل‌های فنی اجتناب کند به‌ویژه زمانی که نظریه کارشناسی صریح باشد (۱۱). این وضعیت، اگرچه ممکن است سرعت دادرسی را افزایش دهد، ولی در عمل عدالت تخصص‌محور را مخدوش می‌سازد و جای تردید در بی‌طرفی و صحت حکم باقی می‌گذارد.

پژوهشی نشان داده که گزارش‌های پزشکی قانونی معمولاً فاقد تحلیل جامع، ذکر معیارهای سنجش یا توضیح مختصر نتایج هستند. برای مثال، هیچ سنجه دقیقی برای توضیح نسبت میان فشار وارده و منجر به فوت ارائه نمی‌شود و صرف ذکر اصطلاحات عمومی، کافی دیده شده است (۱۲). این بدان معناست که نظریه‌های مطرح در پرونده‌ها، قابل نقد علمی نیستند و قاضی توانایی ارزیابی مستقل ندارند.

۳-۲ عدم آموزش تخصصی قضات در حوزه پزشکی: حتی در شعبه‌هایی که حقوق‌دانان باتجربه حضور دارند، آموزش دوره‌ای برای فهم اصطلاحات پزشکی، استانداردهای درمانی، و نحوه استفاده از گزارشات کارشناسی پزشکی وجود ندارد. تحقیقی نشان می‌دهد که قضات در حد کمتر از ۱۰ درصد پرونده‌ها، دوره‌های آموزشی مرتبط را گذرانده‌اند و مابقی وابسته به تجربه شخصی یا مرور دستورالعمل‌های عمومی بوده‌اند (۱۵). این ضعف سبب می‌شود که حتی گزارش صحیح نیز در نهایت تبدیل به رای غیرعلمی شود.

۳-۳ نقص جدی در استقلال هیئت‌های انتظامی پزشکی: هیئت‌های انتظامی پزشکان، بیشتر تحت تأثیر سازوکاری صنفی انتخاب می‌شوند؛ یعنی اعضا عمدتاً از میان کسانی انتخاب می‌گردند که با متهم دارای ارتباط کالبدی یا کاری هستند. به‌رغم این‌که قانون به استقلال اشاره دارد، در عمل صوریات رعایت نمی‌شود و این کژرفتاری زمینه‌ساز مواضع طرف‌دارانه می‌گردد. مشکل دیگر این نهاد، فقدان امکان اعاده دادرسی با معیار علمی است. البته پس از صدور رأی انتظامی، تنها راه اعتراض به این رای، دادگاه تجدیدنظر استان است که با توجه به قضایی بودن این مرجع، ممکن است امکان دفاع کارآمد فراهم گردد.

۳-۴ نبود نهاد دادرسی تخصصی واقعی: این مسئله بزرگ‌ترین ضعف ساختاری است. علی‌رغم وجود بحث‌های نظری و برخی پیشنهادات کارشناسی، تاکنون دادگاه سلامت یا نهاد قضایی مستقل پزشکی راه‌اندازی نشده است. این خلأ بدان معنی است که پس از مرحله تحقیق تخصصی در دادسرا یا پزشکی قانونی، گام نهایی حاکمیت عدالت مجدد در دادگاه عمومی رخ می‌دهد که فاقد هرگونه تخصص علمی درباره موضوع است. فقدان این نهاد تخصصی، باعث شده مسیر دادرسی نه‌تنها منسجم نباشد، بلکه تعارضات ساختاری و تناقض آراء ادامه یابد.

نتایج این چالش‌ها، گاه منجر به صدور آرایی می‌شود که اعتبار حقوقی و تخصصی چندانی ندارند و به ویژه در پرونده‌هایی با تبعات سنگین اخلاقی، معنوی یا مالی، باعث نارضایتی هم پزشکان و هم بیماران می‌شود. ایجاد نهاد دادرسی تخصصی پزشکی، تدوین دستورالعمل‌هایی برای گزارش و تحلیل کارشناسی، آموزش قضات، و افزون بر آن، گسترش استقلال هیئت انتظامی با حضور اعضای غیرصنفی و نظارت قضایی، از ضروریات این مسیر است.

۴. بازطراحی فرآیند رسیدگی به جرایم پزشکی بر پایه دادرسی تخصص‌محور

۴-۱ مبانی و اصول مدل پیشنهادی: در بازطراحی فرآیند رسیدگی بر پایه سازوکاری تخصص‌محور، هدف اصلی، ایجاد تعادل

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

میان دانش فنی پزشکی و انصاف قضایی است. به این منظور، لازم است مبانی نظری این مدل اصلاحی در قالب اصول مشخصی تعریف شود؛ اصولی که تجربه‌های بین‌المللی (نظیر Health Courts در ایالات متحده و دادگاه‌های ویژه پزشکی در سوئد) با نتایجی از جمله افزایش دقت در تشخیص خطا و کاهش خطای قضایی نشان داده و در مطالعات داخلی نیز جای خالی آن‌ها مشهود است. نخستین اصل، حضور دانش تخصصی در دل فرآیند داوری است؛ نه صرفاً به‌عنوان کمک‌کننده، بلکه به‌عنوان عضوی از مرجع قضاوت، تا پیشنهادات کارشناسی مستقیماً بررسی و نقد شوند. دوم، وجود سازوکار ارزیابی چندجانبه و بین‌رشته‌ای گزارش کارشناسان ضروری است؛ یعنی نظریات باید توسط چند کارشناس بررسی مجدد شوند تا از تکیه صرف بر یک منبع جلوگیری کنند. سوم، استقرار سازوکارهای شفاف برای اعلام تضاد منافع و نظارت مستقل ضروری است تا حق بی‌طرفی صیانت شود. اخیراً در پژوهشی فارسی، پیشنهاد تدوین آیین‌نامه‌ای برای گزارش کارشناسی با مستندات تخصصی، معیارهای دقیق و ضوابط تأیید اعتبار آمده است که نشان از نیاز عملی به چنین ساختاری دارد. لذا طراحی ساختاری که دانش فنی، شفافیت و نظارت با یکدیگر تلفیق شوند، تنها راهکار مؤثر برای مواجهه با چالش‌های دادرسی پزشکی در ایران است.

۴-۲ گسترش دادگاه‌های تخصصی یا هیئت‌های ترکیبی (قضات و پزشکان متخصص): در راستای تحقق دادرسی تخصص‌محور در پرونده‌های پزشکی، یکی از مهم‌ترین اصلاحات ساختاری، تأسیس نهادهایی است که از ترکیب قاضی و متخصص پزشکی در تصمیم‌گیری بهره‌مند باشند. این الگو که در حقوق تطبیقی با عنوان‌هایی مانند Medical Review Boards یا Health Courts شناخته می‌شود، پاسخی مستقیم به ناکارآمدی ساختارهای سنتی دادرسی در برخورد با موضوعات دارای ماهیت فنی و پیچیده است. تجربه‌های موفق کشورهای مختلف از جمله سوئد، انگلستان و آلمان نشان می‌دهد که ورود پزشکان متخصص به فرآیند تصمیم‌سازی قضایی، موجب ارتقای دقت در تشخیص موارد قصور، کاهش آراء ناعادلانه و افزایش رضایت بیماران و جامعه پزشکی شده است (۱۶،۱۷).

در ایران، فقدان چنین سازوکار ترکیبی باعث شده است تصمیم‌گیری در خصوص مسئولیت کیفری پزشکان، صرفاً در صلاحیت قضاتی قرار گیرد که اغلب فاقد دانش تخصصی در امور پزشکی‌اند. از سوی دیگر، نظریات کارشناسی نیز معمولاً بدون گفت‌وگوی زنده با پزشکِ نظریه‌دهنده و بدون تحلیل چندلایه علمی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در چنین شرایطی، پیشنهاد می‌شود ساختارهایی مشابه «دادگاه ویژه جرایم پزشکی» یا «شعب تخصصی پزشکی» در قوه قضائیه پیش‌بینی شود که در آن‌ها یک قاضی حقوق‌دان در کنار حداقل دو عضو پزشک متخصص (ترجیحاً با سابقه بالینی و بی‌طرفی حرفه‌ای) به‌صورت ترکیبی در مورد وقوع یا عدم وقوع تخلف و میزان تقصیر رأی دهند. این نهادها، می‌توانند نه‌تنها ضمانت تخصص در صدور رأی را فراهم آورند، بلکه با حضور مستمر متخصصان، مرجعیت علمی در تصمیم‌گیری نیز تثبیت شود. علاوه بر ایجاد نهادهای جدید، یک راهکار عملی و میان‌مدت می‌تواند تقویت ظرفیت‌های موجود در قالب هیئت‌های مشورتی پزشکی در کنار شعب کیفری باشد. بدین معنا که قاضی صادرکننده رأی، الزاماً موظف به دریافت نظر مشورتی از هیئت‌های پزشکی تخصصی در هر نوع جرم پزشکی خاص باشد و این نظرات برخلاف کارشناسی‌های فعلی، واجد ارزش استدلالی و الزام‌آور تلقی گردد مگر خلاف آن اثبات شود. چنین مکانیسمی، ضمن پرهیز از تمرکز تمام قدرت بر نظریه یک کارشناس، باعث ارتقای سطح گفت‌وگوی علمی در فرآیند دادرسی خواهد شد.

نکته مهم در این ساختار پیشنهادی، تأمین استقلال و بی‌طرفی پزشکان حاضر در ترکیب هیئت‌های رسیدگی است. بدون طراحی سازوکار مشخص برای انتخاب شفاف، اعلام تضاد منافع و نظارت بر عملکرد این اعضا، حتی ساختارهای ترکیبی نیز ممکن است در معرض جانبداری حرفه‌ای یا ملاحظات صنفی قرار گیرند. بنابراین هرگونه بازطراحی در این حوزه باید با دقت نهادی و تضمین مکانیزم‌های نظارتی همراه باشد. در مجموع، ورود دانش تخصصی به بطن فرآیند قضاوت، نه در قالب ابزاری فرعی، بلکه در قالب یک جزء ذاتی از نظام تصمیم‌گیری، می‌تواند یکی از مهم‌ترین گام‌ها در راستای تحقق دادرسی منصفانه در پرونده‌های پزشکی باشد؛ گامی که فاصله میان عدالت کیفری و واقعیت‌های فنی نظام‌سلامت را کاهش داده و کارآمدی نظام قضایی را در یکی از پیچیده‌ترین حوزه‌ها بهبود می‌بخشد.

۴-۳ اصلاح نقش کارشناسی و طراحی نظام ارزیابی متقابل: نقش کارشناسی پزشکی در دادرسی‌های کیفری مربوط به جرایم پزشکی، اگرچه از منظر قانونی ابزاری برای کمک به قاضی در درک واقعیت فنی و علمی ماجرا تلقی می‌شود، اما در عمل، به دلیل ضعف ساختارهای حمایتی و نظارتی، به یکی از چالش‌برانگیزترین بخش‌های فرآیند رسیدگی تبدیل شده است. همان‌طور که در مطالعات پیشین نیز اشاره شد، وابستگی شدید محاکم به نظرات کارشناسان پزشکی قانونی یا هیئت‌های بدوی سازمان نظام پزشکی، موجب شکل‌گیری نوعی داوری غیررسمی از سوی کارشناس شده که جایگاه او را عملاً فراتر از نقش مشورتی و نزدیک به مرجع تصمیم‌گیر ارتقا داده است. در چنین شرایطی، فقدان نظامی برای ارزیابی متقابل و دقیق محتوای نظریه کارشناسی، زمینه‌ساز بروز آراء ناعادلانه یا حداقل تردیدآمیز می‌شود.

اصلاح این وضعیت، مستلزم بازتعریف جایگاه کارشناسی در فرآیند

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

دادرسی است؛ به این معنا که از یک سو، نقش کارشناس باید در سطح «تحلیل‌گر علمی» باقی بماند و به‌هیچ‌وجه جایگزین تحلیل قضایی نگردد؛ و از سوی دیگر، نظریه کارشناسی نباید به‌عنوان سندی مطلق‌الاعتبار در نظر گرفته شود، مگر آن‌که از فیلتر یک نظام ارزیابی علمی و چندلایه عبور کرده باشد. برای تحقق این هدف، پیشنهاد می‌شود ساختاری برای «ارزیابی متقابل کارشناسی» طراحی شود که طی آن، نظریه صادره در جرایم پزشکی، پیش از استناد در رأی، توسط دست‌کم یک تیم دیگر متشکل از پزشکان هم‌رده و بی‌طرف مورد بازبینی علمی قرار گیرد. این فرایند که در کشورهای دارای دادگاه‌های تخصصی نظیر هلند و دانمارک رایج است، به‌مثابه یک سپر علمی در برابر خطاهای فردی، ذهنی یا صنفی کارشناسان عمل می‌کند (۱۸).

از سوی دیگر، باید آیین‌نامه‌ای دقیق برای تنظیم گزارش کارشناسی تدوین شود که در آن اجزای مشخصی از جمله مبانی علمی نظر، منابع ارجاعی، روش‌شناسی تحلیل، نوع ارتباط علیّت میان اقدامات پزشک و آسیب وارده، و همچنین ارزیابی از شدت تخلف به‌طور شفاف درج شود. این امر موجب می‌گردد نظریه کارشناسی واجد استدلال علمی روشن باشد و امکان نقد منطقی آن توسط قاضی، وکلای طرفین یا حتی هیئت‌های تجدیدنظر وجود داشته باشد. نکته دیگری که در اصلاح ساختار کارشناسی نباید مغفول بماند، مسئله تعارض منافع و جانبداری حرفه‌ای است. متأسفانه در برخی موارد، کارشناسانی که نظریه صادر می‌کنند، به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با پزشک متهم، بیمارستان محل خدمت او، یا صنف پزشکی ارتباط دارند. این واقعیت، بدون وجود سازوکاری برای افشای تضاد منافع یا امکان رد کارشناسی، می‌تواند به کاهش مشروعیت فرآیند دادرسی منجر شود. به همین دلیل، علاوه بر بازنگری در نحوه انتخاب کارشناسان، ضرورت دارد مکانیزمی طراحی شود که کلیه کارشناسان موظف به ارائه اظهارنامه بی‌طرفی و اعلام هرگونه ارتباط احتمالی با طرفین دعوا باشند.

در نهایت، باید تأکید کرد که کارشناسی، اگرچه یکی از ارکان اصلی در دادرسی جرایم پزشکی است، اما به‌هیچ‌وجه نباید ماهیت و وزن آن چنان باشد که جای قاضی را در تصمیم‌گیری بگیرد. نقش کارشناسی زمانی مشروع و مؤثر خواهد بود که در یک نظام شفاف، تخصصی، قابل نظارت و قابل نقد ارائه شود؛ و تنها در چنین حالتی است که می‌توان آن را در خدمت دادرسی منصفانه تلقی کرد.

۴-۴ بازنگری در آیین دادرسی کیفری و آیین‌نامه‌های نظام پزشکی: بازنگری در ساختار دادرسی جرایم پزشکی بدون اصلاح قوانین شکلی و مقررات آیین‌نامه‌ای موجود، صرفاً در سطح توصیه باقی خواهد ماند و ظرفیت اجرایی نخواهد داشت. در حال حاضر، آیین دادرسی کیفری جمهوری اسلامی ایران فاقد فصلی اختصاصی برای رسیدگی به جرایم با ماهیت تخصصی، به‌ویژه جرایم پزشکی است و همین خلأ، موجب تفسیرهای گسترده یا نادرست از مواد کلی شده است. از سوی دیگر، آیین‌نامه‌های داخلی سازمان نظام پزشکی نیز اغلب با نگاه صنفی تدوین شده‌اند و رویکرد آن‌ها بیشتر ناظر به انتظام‌بخشی درون‌سازمانی است تا تضمین حقوق متهم و شاکی در چارچوب اصول دادرسی منصفانه. از این‌رو، هرگونه اصلاح نهادی باید با بازنگری متن‌محور در قوانین شکلی و آیین‌نامه‌ای همراه شود.

در حوزه کیفری، نخستین گام ضروری، پیش‌بینی بخشی مستقل در آیین دادرسی کیفری با عنوان «رسیدگی به جرایم پزشکی» است؛ بخشی که در آن، ویژگی‌های خاص پرونده‌های پزشکی در نظر گرفته شده و قواعد عام، با مقتضیات این‌گونه دعاوی تطبیق یابند. برای نمونه، نحوه ارجاع به کارشناسی، شرایط تجدید ارزیابی، نحوه انتخاب کارشناس متخصص (با توجه به تخصص مورد نظر پرونده)، امکان گفت‌وگوی زنده با کارشناس در جلسات دادرسی، و همچنین معیارهای کنترل گزارش کارشناسی باید به‌صراحت در متن قانون مشخص شود. هم‌اکنون، قاضی با اختیار موسّعی روبه‌روست که اغلب به‌دلیل عدم تخصص، به کارشناسی‌های تک‌مرحله‌ای بسنده می‌کند. در حالی‌که در بسیاری از نظام‌های حقوقی، اصول راهنمای دادرسی تخصصی پزشکی به‌عنوان بخش مستقل در متن قانون کیفری جای گرفته‌اند و همین موضوع از بروز رویه‌های متعارض در سطح دادگاه‌ها جلوگیری کرده است.

از سوی دیگر، آیین‌نامه‌های داخلی نظام‌پزشکی نیازمند بازبینی جدی هستند. در حال حاضر، معیارهای صلاحیت، ترکیب و فرآیند رسیدگی هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی در سطحی حداقلی تنظیم شده‌اند و هیچ سازوکار الزام‌آوری برای رعایت اصل بی‌طرفی، جلوگیری از تضاد منافع یا تضمین شفافیت در روند رسیدگی پیش‌بینی نشده است. همچنین، نحوه تعیین اعضای این هیئت‌ها به‌گونه‌ای است که وابستگی‌های صنفی میان اعضا و پزشک متهم می‌تواند بی‌طرفی را مخدوش کند. اصلاح این آیین‌نامه‌ها باید ناظر به اصول دادرسی منصفانه باشد؛ از جمله تفکیک جایگاه شاکی، قاضی و کارشناس، امکان حضور وکیل متخصص، ضبط جلسات رسیدگی، و انتشار آرای قابل استناد برای تضمین شفافیت و یکسان‌سازی رویه‌ها. افزون‌بر این، در هر دو سطح قانون و آیین‌نامه، لازم است مکانیزم‌های ارتباطی میان نهاد انتظامی و نظام قضایی تعریف شود. در وضع موجود، احکام صادره در نظام پزشکی و آراء دادگاه‌ها بعضاً در تعارض آشکار قرار می‌گیرند؛ بدون آن‌که وحدت رویه‌ای وجود داشته باشد. راهکار پیشنهادی، ایجاد مرجع هماهنگ‌کننده یا حتی پیش‌بینی سازوکار ارجاع متقابل و الزام‌آور میان این دو نهاد است.

در یک جمع‌بندی، می‌توان گفت که اصلاح ساختار رسیدگی به جرایم پزشکی بدون بازنگری دقیق در قواعد شکلی حاکم، به‌ویژه در آیین دادرسی کیفری و آیین‌نامه‌های انضباطی، در بهترین حالت،

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

ناکارآمد و در بدترین حالت، زمینه‌ساز تعارضات حقوقی جدید خواهد بود. اصلاح متن‌محور این مقررات باید در مرکز ثقل سیاست‌گذاری قضایی قرار گیرد؛ اصلاحی که تضمین کند تخصص، عدالت و شفافیت در متن قانون نهادینه شود، نه صرفاً در سیاست‌نامه‌ها و توصیه‌های اجرایی.

۴-۵ آموزش مستمر و ارتقاء دانش حقوقی و پزشکی اعضای مرجع رسیدگی: یکی از چالش‌های بنیادین در فرآیند دادرسی جرایم پزشکی در ایران، شکاف عمیق دانشی میان نظام حقوقی و ساختار تخصصی پزشکی است؛ شکافی که در عمل، موجب سوءتفاهم‌های مفهومی، تحلیل‌های ناصحیح و گاه تصمیم‌گیری‌های غیرمنصفانه در پرونده‌های کیفری با ماهیت پزشکی شده است. در بسیاری از موارد، قاضی صادرکننده رأی به دلیل فقدان دانش پایه در علوم پزشکی، توان ارزیابی دقیق گزارش کارشناسی را ندارد و ناگزیر به پذیرش آن به‌عنوان یک نظر فنی غیرقابل خدشه است. از سوی دیگر، کارشناسان پزشکی نیز غالباً با مفاهیم حقوق کیفری، استانداردهای دادرسی منصفانه، یا ملاحظات قانونی صدور نظریه آشنا نیستند و همین امر موجب ضعف محتوای گزارش، استفاده از اصطلاحات مبهم، یا حتی ارائه اظهارنظرهایی خارج از حدود صلاحیت حرفه‌ای می‌شود.

راهکار بنیادین برای پرکردن این خلأ دانشی، طراحی و اجرای نظام آموزش مستمر برای کلیه اعضای مرجع رسیدگی به جرایم پزشکی است؛ نظامی که در آن قضات، کارشناسان و اعضای هیئت‌های انتظامی به‌صورت ادواری و هدفمند، آموزش‌های تخصصی حقوقی و پزشکی متناسب با وظایف‌شان دریافت کنند. در این میان، آموزش قضات از اهمیت مضاعف برخوردار است. یک قاضی که در شعبه ویژه جرایم پزشکی مشغول رسیدگی است، باید با اصول بنیادین تشخیص پزشکی، مراحل درمان، خطاهای بالینی، تفاوت میان عوارض طبیعی و تخلف حرفه‌ای، و نیز نحوه تشخیص علّیت در امور پزشکی آشنا باشد. در غیر این‌صورت، تحلیل او از وقایع پرونده صرفاً حقوقی و انتزاعی خواهد بود؛ بی‌آنکه ریشه در واقعیت‌های فنی و عملی عرصه درمان داشته باشد.

همچنین، آموزش کارشناسان نیز باید شامل اصول حقوق کیفری، جایگاه نظریه کارشناسی در دادرسی، معیارهای تنظیم گزارش، و آشنایی با حقوق متهم و شاکی باشد. بسیاری از گزارش‌هایی که در حال حاضر در اختیار محاکم قرار می‌گیرد، فاقد ساختار منسجم، استدلال روشن و زبان حقوقی قابل استناد است و همین امر موجب خدشه در قابلیت پذیرش آن‌ها به‌عنوان ادله معتبر می‌شود. حتی در مواردی، کارشناسان بدون احراز کامل مستندات و شواهد موجود در پرونده، صرفاً براساس سوابق بالینی اولیه اقدام به صدور نظریه کرده‌اند که این موضوع در تعدادی از آراء دادگاه‌های تجدیدنظر مورد نقد قرار گرفته است.

در سطح سوم، آموزش اعضای هیئت‌های انتظامی نظام‌پزشکی نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است. این هیئت‌ها اغلب متشکل از پزشکان عمومی، متخصصان رشته‌های مختلف و گاه حقوق‌دانان منتخب‌اند که ممکن است با الزامات اصول دادرسی منصفانه، به‌ویژه در حوزه رسیدگی صنفی، به‌خوبی آشنا نباشند. حضور در دوره‌های آموزشی که در آن‌ها به اصول تفکیک نقش قاضی، کارشناس و شاکی، استانداردهای بی‌طرفی و ضرورت شفافیت رسیدگی پرداخته شود، می‌تواند از تبدیل هیئت‌های انتظامی به نهادهای صرفاً صنفی جلوگیری کرده و آن‌ها را به داورانی حرفه‌ای و مستقل بدل سازد.

نکته مهم در طراحی این نظام آموزشی، توجه به استمرار و پویایی آن است. آموزش نباید صرفاً به مرحله ابتدایی انتخاب یا انتصاب اعضای مرجع رسیدگی محدود شود، بلکه باید با سازوکارهای ارزیابی دوره‌ای، به‌روزرسانی محتوا و الزام به گذراندن دوره‌های تخصصی در فواصل زمانی معین همراه باشد. استفاده از ظرفیت دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده‌های حقوق، همکاری با پزشکی قانونی، و همچنین بهره‌گیری از تجربه کشورهای دارای دادگاه‌های تخصصی پزشکی، می‌تواند کیفیت این آموزش‌ها را ارتقاء بخشد.

در یک نتیجه‌گیری کلی، آموزش مستمر اعضای مرجع رسیدگی، به‌ویژه در حوزه‌های بین‌رشته‌ای، حلقه مفقوده‌ای است که بدون آن، هیچ‌یک از اصلاحات ساختاری یا قانونی مطرح‌شده در حوزه دادرسی جرایم پزشکی به ثمر نخواهد نشست. تنها با تقویت دانش حرفه‌ای، همگرایی میان حقوق و پزشکی تحقق خواهد یافت و دادرسی منصفانه در پرونده‌های پزشکی از سطح شعار به مرحله عمل خواهد رسید.

محدودیت های تحقیق

فقدان دسترسی به آمار رسمی آرای قضایی و نظریات کارشناسی و عدم امکان انجام تحقیقات میدانی از مهم ترین محدودیت‌ها و مشکلات تحقیق حاضر بود.

نتیجه‌گیری

رسیدگی به جرایم پزشکی، به‌دلیل ماهیت پیچیده، تخصصی و تأثیرگذار آن بر حیات انسان، مستلزم ساختاری فراتر از قواعد عمومی دادرسی است. یافته‌های این مقاله نشان داد که نظام فعلی رسیدگی به جرایم پزشکی در ایران، به‌رغم پیش‌بینی برخی نهادها و قواعد حمایتی، همچنان با چالش‌های متعددی مواجه است که اجرای اصول دادرسی منصفانه را در عمل با مانع مواجه می‌سازد. از جمله این چالش‌ها می‌توان به وابستگی مطلق به نظریه کارشناسی، فقدان سازوکارهای سنجش اعتبار آن، آموزش ناکافی قضات و کارشناسان، نقص در استقلال مراجع انتظامی و نبود نهادهای تخصصی دادرسی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

اشاره کرد. در پاسخ به این مشکلات، مقاله حاضر با تکیه بر تجارب تطبیقی و تحلیل ساختار داخلی، بازطراحی یک مدل دادرسی تخصص‌محور را پیشنهاد داد که بر اصولی همچون مشارکت فعال پزشکان متخصص در فرآیند رسیدگی، ارزیابی متقابل کارشناسی، بازنگری در مقررات شکلی و آموزش مستمر نهادهای مسئول استوار است. این رویکرد، ضمن حفظ استقلال قاضی و ارزش‌گذاری به تخصص پزشکی، می‌تواند به ایجاد توازن میان عدالت قضایی و واقعیت‌های فنی کمک کند و کارآمدی نظام حقوقی در برخورد با خطاهای پزشکی را ارتقاء بخشد. بر این اساس، پیشنهادهای اجرایی مقاله به شرح زیر ارائه می‌شود:

گسترش دادگاه‌های تخصصی پزشکی یا حداقل تشکیل هیئت‌های ترکیبی (قاضی+پزشک متخصص) در شعب خاص رسیدگی به جرایم پزشکی.

اصلاح ساختار کارشناسی پزشکی با طراحی آیین‌نامه‌ای شفاف برای تنظیم گزارش، ارزیابی متقابل و کنترل تضاد منافع کارشناسان و برگزاری جلسات همزمان قضات با کارشناسان در راستای کاهش سوگیری کارشناسان و آموزش‌های مستمر در این زمینه.

بازنگری در آیین دادرسی و آیین‌نامه‌های سازمان نظام پزشکی به‌منظور تطبیق با ویژگی‌های دعاوی پزشکی و پیش‌بینی سازوکارهای بی‌طرفی و شفافیت بیشتر.

برنامه‌ریزی برای آموزش تخصصی مستمر برای قضات، کارشناسان و اعضای هیئت‌های انتظامی، با همکاری میان قوه قضاییه، سازمان نظام پزشکی و دانشگاه‌ها.

ایجاد بانک اطلاعات تخصصی پرونده‌های قصور پزشکی به‌منظور تحلیل رویه‌ها، شفاف‌سازی فرایندها و ارتقای هماهنگی میان مراجع کیفری و انتظامی.

بدون تردید، تحقق چنین اصلاحاتی نیازمند اراده جدی در سطوح تقنینی و اجرایی کشور است. اما با توجه به پیامدهای گسترده جرایم پزشکی بر اعتماد عمومی، امنیت سلامت و مشروعیت نهاد قضایی، این تحول نه تنها ضرورتی حقوقی، بلکه ضرورتی اخلاقی و اجتماعی نیز تلقی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

همایون فهیمی، عباسعلی اکبری، فاطمه احدی، مهرداد تیموری، نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

در نگارش مقاله، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

تأمین مالی

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

ملاحظات اخلاقی

در نگارش این مقاله، اصول امانت‌داری علمی و حقوق مالکیت فکری رعایت شده و از تحریف، پیش‌داوری و جانبداری پرهیز گردیده است. کلیه منابع از مراجع معتبر علمی و حقوقی استخراج شده‌اند.

تضاد منافع

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

منابع

1. Peters PG Jr. Health Courts?. Boston University Law Review. 2008;88: 227–86. https://www.bu.edu/law/journals-archive/bulr/documents/peters.pdf

2. Mello MM, Studdert DM, Kachalia AB, Brennan TA. "Health courts" and accountability for patient safety. Milbank Q. 2006;84(3):459-492.

3. Peters PG Jr. A Dose of Reality for Specialized Courts: Lessons from the VICP. University of Pennsylvania Law Review. 2015;163(4):1123–58. https://scholarship.law.upenn.edu/penn_law_review/vol163/iss6/2

4. https://www.commonwealthfund.org/publications/newsletter-article/experts-praise-health-courts-alternative-malpractice-tort-system

5. Studdert DM, Brennan TA. No-fault compensation for medical injuries: the prospect for error prevention. JAMA 2001 Jul 11;286(2):217-23.

6. Giraldo P, Sato L, Sala M, Comas M, Dywer K, Castells X. A retrospective review of medical errors adjudicated in court between 2002 and 2012 in Spain. Int J Qual Health Care. 2016 Feb;28(1):33-9.

7. Giraldo P, Sato L, Martínez-Sánchez JM, Comas Serrano M, Dwyer K, Sala M et al. Eleven-year descriptive analysis of closed court verdicts on medical errors in Spain and Massachusetts. BMJ Open. 2016;6.

8. Tavana, A., Rahgosha, A. H., Jafari Zadeh, F. The process of dealing with cases of medical crimes and violations and competent authorities in the penal system of Iran and Australia with emphasis on judicial procedure. Political Sociology of Iran, 2022; 5(12): 3032-3051.

9. Karimian M. Evaluating the Structural Capacity of the System of Investigating the Disciplinary Violations of the Medicines in Iran, in the Direction of the Observation of Justice and Equity. MLJ 2022; 16 (57) :1045-1062. http://ijmedicallaw.ir/article-1-1570-fa.html [Persian]

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]

10. Tavakoli M. The jurisdiction of authorities to investigate medical violations in the Iranian criminal system. 20th International Conference on Legal and Judicial Studies. 1404. [Persian]

11. Joudaki H. Rashidian A. Milanifar A. Review of relevant legislation about physicians misconduct in Iran. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2010;16(2): 215-223. https://www.sid.ir/paper/53463/fa [Persian]

12. Sadat Hosseini A. Reflection on the quality of batteries expert in forensic medicine of Iran. MLJ 2015; 9 (32) :53-77. http://ijmedmicallaw.ir/article-1-289-fa.html [Persian]

13. Attaran H, Behrouzyeh M, Karimi M. Investigating the Position of the Theory of "Liability for the Acts of Others" in the Field of Medicine by Looking at the Expert Opinions of Medical Authorities. Iran J Forensic Med 2023; 29 (1) :1-13. http://sjfm.ir/article-1-1403-fa.html [Persian]

14. Samnejhad A. The effects of forensic and expert theory on judges' decision-making in murder cases. Monthly magazine Payashahr. 2023. https://civilica.com/doc/1761703/ [Persian]

15. gholami Y, Moghaddasi M B. Factors in the Tendency of Judges to Refer Cases Related to Medical Malpractice to the Forensic Medicine Organization (Case Study of North Khorasan). Iran J Forensic Med 2021; 26 (4) :50-56. http://sjfm.ir/article-1-1217-fa.html [Persian]

16. Pukk-Härenstam K, Ask J, Brommels M, Thor J. Analysis of 23 364 patient-generated, physician-reviewed malpractice claims from a non-tort, blame-free, national patient insurance system: lessons from Sweden. Postgrad Med J. 2009;85(1000):69-73.

17. Miller FH. Medical Malpractice Litigation: Do the British Have a Better Remedy? Am J Law Med. 2021;11(4):433–63.

18. Faure MM, Visscher L, Zeegers MP, Freeman MD. The Role of the Expert Witness. In: Forensic Epidemiology. Elsevier; 2016; 131-148.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-29]

[DOI: https://doi.org/10.22034/44.1.6]