

اظهار نظر کارشناسی درباره:
«لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی»

مقدمه

آسیب‌پذیری و نیازمندی بیماران و توجه روزافزون جوامع بین‌المللی به حقوق بشر طی دو دهه اخیر، موجب توجه زیاد به حقوق بیماران شده است. در این بین افزایش بار بیماری‌ها و اختلالات روانی در سال‌های اخیر و پیچیدگی ارائه خدمات با در نظر داشتن حقوق بیماران، دریافت‌کنندگان خدمات، خانواده‌های آنان و جامعه ارائه‌دهنده خدمات را با چالش‌های متعددی در ابعاد مختلف از جمله فنی و حقوقی روبه‌رو کرده است. لذا سیاست‌گذاری دقیق برای سامان‌دهی این حوزه و ارائه خدمات به‌نحو مطلوب اهمیت بسزایی خواهد داشت. در این راستا؛ دولت با هدف رفع خلأهای قانونی در مورد نحوه شناسایی این بیماران و رعایت حقوق آنان در مراحل مختلف بستری، درمان و ترخیص، در جهت ارتقای سلامت روان جامعه و رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی و قانونگذاری لایحه حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات روانی را به مجلس ارائه کرده است. در این گزارش ضمن بررسی محورها و نقاط قوت و ضعف لایحه مذکور مواد آن مورد ارزیابی و پیشنهادهای لازم در این خصوص ارائه خواهد شد.

وضعیت سلامت روان ایرانیان

شیوع اختلالات روانی تابع مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. شیوع این اختلالات به‌ویژه افسردگی در ایران قابل توجه است. مطابق آخرین پیمایش ملی انجام‌گرفته، ۲۳/۶۱ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ سال دچار یک یا چند اختلال روان‌پزشکی در یک سال قبل از بررسی بوده‌اند. این رقم در میان مردان ۲۰/۸ درصد و در زنان ۲۶/۵ درصد است. براساس گزارش اطلس سلامت روان سازمان بهداشت جهانی^۲، داده‌های مرتبط به کشور ایران تعداد ۶۱۵۰ بیمار بستری در مراکز ارائه مراقبت‌های سلامت روان وجود دارند که ۸۹/۴ درصد آنها اقامت کمتر از یک سال، ۲/۴ درصد اقامت بین یک تا پنج سال و ۸/۱ درصد آنها بیش از پنج سال اقامت در مراکز را تجربه می‌کنند. تقریباً ۱۶۰۰ روان‌پزشک و ۱۲۰ روان‌پزشک مختص کودکان و نوجوانان (۰/۱۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت) در بخش‌های دولتی و غیردولتی مشغول به کار هستند. در مجموع ۲۶۰ مرکز سرپایی سلامت روان وابسته به بیمارستان، ۳۷۵۵ مرکز سرپایی سلامت روان جامعه‌نگر (غیربیمارستانی) و ۲۴ مرکز سرپایی مختص کودکان و نوجوانان (از جمله اختلالات رشد و ...)، ۳۹ بیمارستان روانی فعال، ۱۵۹ واحد روان‌پزشکی در بیمارستان‌های جنرال و ۱۱ مرکز بستری مختص کودکان و نوجوانان، مشغول به ارائه خدمت هستند.

مخصوص سخن‌علنی

مشخصات لایحه

دوره یازدهم - سال اول

شماره ثبت:

۱۳۶

شماره چاپ:

تاریخ چاپ:

معاونت مطالعات

اجتماعی

مشخصات گزارش

شماره مسلسل:

۲۱۰۱۷۵۶۶

تاریخ انتشار:

۱۴۰۰/۳/۲۵



بررسی های قانونی

بررسی قوانین موجود نشان داده است که تاکنون قانون خاص در حوزه ضوابط بستری بیماران مبتلا به اختلالات روانی در کشور به تصویب نرسیده اما احکامی به صورت پراکنده در قوانین فعلی از جمله قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۹۲/۲/۱)، قانون امور حسبی (مصوب ۱۳۱۹/۴/۲)، قانون مدنی (مصوب ۱۳۱۴/۱/۲۰)، قانون حمایت خانواده (مصوب ۱۳۹۱/۱۲/۱)، قانون واگذاری حق حضانت فرزند صغیر یا محجور به مادران آنها (مصوب ۱۳۶۰/۱۰/۸) و... وجود دارد که به برخی ابعاد در خصوص حقوق بیماران مبتلا به بیماری های روانی اشاره کرده است. بنابراین لایحه مذکور از حیث پرداختن به حقوق مرتبط به بستری بیماران مبتلا به اختلالات روانی مثبت ارزیابی می شود.

ارزیابی لایحه پیشنهادی:

ارزیابی های صورت گرفته در خصوص لایحه نشان داده است که مواد مندرج در لایحه اعلام وصول شده در ۶ محور زیر ارائه شده است:

← بستری اجباری بیماران مبتلا به اختلالات روانی

← راهکار جایگزین بستری اجباری

← حمایت از حقوق اجتماعی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در جامعه

← ایجاد ادبیات مشترک بین روان پزشکان و مراجع قضایی

← نحوه همکاری مراکز امدادی در مورد فوریت های بیماران مبتلا به اختلالات روانی

← تأکید بر گسترش پوشش بیمه ای در حوزه سلامت روان

با توجه به وجود برخی چالش های اساسی در حوزه بستری بیماران روانی و با در نظر داشتن محورهای فوق، نقاط قوت و

ضعف لایحه به شرح زیر بیان می شود:

نقاط قوت

- پرداختن به بیماری دارای بار بالا و جمعیت بسیار آسیب پذیر: با توجه به بار بالای بیماری های روانی^۱، روند رو به رشد آن و هزینه های اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن بر خانوارها و جوامع و همچنین رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه و همچنین ارتقای سلامت روان و شاخص های آن در بندهای «۲» و «۳» سیاست های کلی سلامت، توجه به حوزه اختلالات روانی در لایحه حاضر امری مثبت به شمار می رود.

- بستری اجباری بیماران مبتلا به اختلالات روانی: از آنجایی که در روان پزشکی برخلاف بسیاری از رشته های دیگر؛ به کارگیری مداخله های غیراختیاری در برخی شرایط ضرورت پیدا می کند و این موضوع تأثیر بسیاری بر آزادی و حق انتخاب فرد دارد، بنابراین با در نظر داشتن اصول حقوق بشر و اخلاق پزشکی؛ بحث بستری اجباری به یکی از موضوع های مهم قانون بهداشت روان تبدیل شده است. بنابراین با توجه به ابعاد پیامدی این مسئله از دو منظر حقوق بیمار و حقوق روان پزشک معالج، خلأ قانونی موجود در خصوص بستری اجباری، پرداختن لایحه به این مسئله مثبت ارزیابی می شود.

۱. مطابق آخرین پیمایش ملی در مورد سلامت روان که در سال ۱۳۹۰ انجام شده است، ۲۲٫۶ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ سال در کشور دچار يك يا چند اختلال روانپزشکی در يك سال قبل از بررسی بوده اند (پیمایش ملی سلامت و روان، سال ۱۳۹۰، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷) بار بیماری افسردگی در ایران از متوسط جهانی بیشتر است (۷٫۷۴ درصد در ایران در مقابل ۵٫۰۵ درصد در جهان). در گزارش مذکور اشاره شده است که بار بیماری اضطراب نیز در کشور ما معادل ۵٫۲۳ درصد است که این میزان در جهان ۳٫۱۸ درصد است.

- **افزایش مسئولیت روان‌پزشکان در فرایند تصمیم‌گیری پیرامون بستری و ترخیص بیماران:** این مسئله می‌تواند به افزایش دقت در تشخیص و تصمیم‌گیری در مورد لزوم/عدم لزوم مراقبت‌های درمانی و بستری به‌ویژه در موارد دریافت دستور بستری صادر شده از سوی مراجع قضایی منجر شود و با توجه به پیش‌بینی معاینات دوره‌ای افراد بستری در لایحه توسط روان‌پزشکان، از نگهداری غیرضروری ایشان در بیمارستان پیشگیری کند.

- **تعیین نحوه همکاری مراکز امدادی در مورد فوریت‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی:** در قوانین فعلی نحوه تعامل و همکاری دستگاه‌های امدادی در خصوص امدادسانی در شرایط اورژانسی که در مورد افراد مبتلا به اختلالات روانی ایجاد می‌شود تعیین نشده است که این امر موجبات کاهش پاسخگویی و ناهماهنگی دستگاه‌های ذی‌ربط و متعاقباً خدمت‌رسانی ضعیف در این باره را فراهم می‌کند. در این لایحه سعی شده تا با تصریح نحوه همکاری مراکز امدادی در این خصوص، چالش‌های مذکور برطرف شود.

- **گسترش پوشش بیمه‌ای در حوزه سلامت روان:** پوشش بیمه‌ای ناکافی از چالش‌های حوزه سلامت روان در کشور است. به‌طوری‌که به‌نظر می‌رسد ضعف پوشش بیمه‌ای از عوامل مهم خارج شدن این خدمات از سبد هزینه‌های سلامت مردم به حساب می‌آید. ضمن اینکه گسترش پوشش خدمات در این حوزه در خصوص اولویت پیشگیری بر درمان که می‌تواند بر تقویت بُعد پیشگیری در این حوزه کمک شایانی کند، هم‌راستا با سیاست‌های کلی سلامت (جزء «۱» بند «۲») است.

نقاط ضعف:

- **حمایت بیشتر از حقوق روان‌پزشکان در مقایسه با بیماران:** به‌رغم اینکه عنوان لایحه و مقدمه توجیهی، هدف اساسی لایحه را حمایت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی قلمداد کرده است، اما مواردی در لایحه وجود داشته که بیشتر نشان‌دهنده حمایت از ارائه‌دهندگان خدمت است تا بیماران. مانند موضوع ماده (۲) لایحه که به بستری یا ترخیص اختیاری بیمار اشاره می‌کند که مستلزم اخذ رضایت سرپرست قانونی است. در بستری اختیاری، بیمار با رضایت خود و آگاهی کامل به مرکز درمانی مراجعه و درخواست بستری می‌کند. لذا در این شرایط گرفتن رضایت از سرپرست قانونی نه تنها لازم نبوده بلکه ممکن است موجب تضییع حقوق بیمار شود.

- **به حاشیه رفتن مرجع قضایی:** در ماده (۶) مصوبات کمیسیون، اختیارات نهایی برای بستری و ترخیص افراد را به روان‌پزشکان بیمارستان واگذار می‌کند. این در حالی است که چنانچه بیمار برای گذراندن دوران مجازات خود با دستور قاضی به بیمارستان منتقل شده باشد، بیمارستان اجازه مداخله در دستور قاضی را نخواهد داشت. به موجب اصل (۳۶) قانون اساسی، حکم به مجازات و اجرای آن باید تنها از طریق دادگاه صالح و به موجب قانون باشد. بنابراین تصمیم‌گیری نهایی در مورد بستری، در مواردی که از سوی دستگاه قضا ارجاع داده می‌شود و در واقع اجرای حکم قلمداد می‌شود، از نظر قانونی خارج از صلاحیت روان‌پزشکان است. در مواردی که بستری فرد در راستای اجرای مجازات باشد، روان‌پزشک تنها می‌تواند کارشناس باشد و نظر کارشناسی ارائه دهد ولی باین حال باز هم نمی‌توان قاضی را ملزم به پذیرش نظر کارشناسی کرد.

- **وجود احکام ناقص و بلا تکلیف:** در برخی مواد لایحه مانند ماده (۹)^۱ و (۱۶)^۲، علاوه بر اینکه هدف از درج این مواد در لایحه مشخص نبوده، دلایل ارجاع موضوع به مراجع قضایی نیز مبهم است به‌نحوی که ادامه فرایند آن و اقدام‌هایی که از سوی مرجع ذی‌صلاح و یا بیمارستان باید انجام گیرد نیز مشخص نشده است.

۱. ماده (۹)- در تمام موارد بستری اجباری، بیمارستان باید رضایت آگاهانه سرپرست قانونی فرد را کسب نماید. در صورت عدم امکان کسب رضایت سرپرست قانونی فرد برای بستری ضروری، بیمارستان مکلف است ظرف ۲۴ ساعت موضوع را به مرجع قضایی اطلاع دهد.
۲. ماده (۱۶)- در صورت عدم دسترسی به سرپرست قانونی یا خودداری او از تحویل گرفتن بیمار ترخیصی، بیمار با رضایت مادر یا همسر یا فرزندان یا برادر یا خواهر وی ترخیص می‌شود. در غیر این صورت موضوع جهت اتخاذ تصمیم نسبت به ترخیص بیمار به کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان ارجاع می‌شود و کمیسیون در صورت لزوم موضوع را به مرجع قضایی منعکس می‌نماید.

- **تصدی‌گری بیمارستان‌های قضایی روان‌پزشکی:** ایجاد بیمارستان‌های قضایی روان‌پزشکی مطابق تبصره «۱» ماده (۲۶) لایحه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی علاوه بر اینکه مغایرت با تبصره «۲» ماده (۱۵۰) قانون مجازات اسلامی^۱ دارد، تقبل ایجاد مراکز درمانی مشترک برای مراجعه‌کنندگان عادی و سایر مراجعان ارجاع شده از سوی دستگاه قضا که نیازمند حفاظت و مراقبت‌های امنیتی در پروسه درمان هستند، با توجه به اقدام‌های امنیتی و حفاظتی بیماران مرتبط به دستگاه قضا به‌نظر می‌رسد می‌تواند زمینه‌ساز بروز چالش‌های متعددی در ارائه خدمات و سایر مسائل مرتبط به بیماران با در نظر داشتن شرایط روحی و روانی آنان شود. در سایر کشورها نیز وظیفه اداره و راه‌اندازی بیمارستان‌های روان‌پزشکی قانونی برعهده دستگاه قضایی آن کشور است به‌نحوی که از عنوان Criminal Hospital برای این بیمارستان‌ها استفاده می‌شود که در آن مجرمان ضمن زندانی بودن، تحت درمان می‌باشند. **قابل ذکر است که در صورت اصرار به تصویب این ماده، باید صراحتاً در لایحه حکم تبصره «۲» ماده (۱۵۰) قانون مجازات اسلامی نسخ شود.**

- **عدم رعایت اصول بیمه‌ای در افزایش پوشش خدمات سلامت روان:** به موجب ماده (۳۲) لایحه؛ میزان هزینه‌های بیمه‌ها به جهت افزایش پوشش خدمات به میزان زیادی افزایش خواهد یافت. (به‌دلیل گستره زیاد خدمات و همچنین نیاز بخش زیادی از جمعیت به این خدمات). این در حالی است که دو نکته مهم در این خصوص مغفول مانده است: نخست آنکه پوشش هزینه‌ها محدود به خدمات و داروهایی شود که صرفاً از طریق نظام ارجاع براساس راهنماهای بالینی ارائه شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دریافت می‌شوند و همچنین منابع مالی لازم برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه پیش‌بینی شود.

- **پرداختن به موضوع «راهکار جایگزین بستری اجباری» به عنوان موضوع مرتبط به ارائه خدمات در قوانین دائمی:** در حال حاضر در ایران تنها راه درمان اجباری بیماران، بستری کردن آنهاست^۲ که این موضوع علاوه بر تحمیل هزینه‌های زیاد بر خانواده‌ها و سیستم سلامت کشور باعث اشغال تخت‌های بیمارستانی می‌شود. این در حالی است که در بسیاری از کشورهای جهان با ایجاد جنبش سلامت روان جامعه‌نگر (CMHM) رویکردهای دیگری را برای بهبود و ارتقای سلامت روان در جامعه به‌کار گرفته‌اند. به‌رغم اهمیت موضوع مذکور، به‌نظر می‌رسد این قبیل اقدام‌ها در راستای فعالیت و وظایف ذاتی وزارت بهداشت بوده به‌نحوی که وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت در کشور موظف به ارائه خدمات مطابق به‌روزترین روش‌های روز با در اختیار داشتن منابع لازم و بهره‌مندی از ظرفیت‌های موجود در کشور است. لذا نیازی به درج در قوانین دائمی ندارد.

اگرچه در حین بررسی مواد لایحه در کمیته طرح و لوایح کمیسیون تخصصی، ایرادهای مرتبط به مواد لایحه اعلام وصول شده مطرح و مورد اصلاح قرار گرفت، اما با توجه به نقاط قوت و ضعف مطرح شده، به‌نظر می‌رسد برخی مواد پس از تصویب در کمیسیون تخصصی همچنان از ابعاد حقوقی و یا قانونی حائز ایرادهایی است که به شرح جدول ۱ (پیوست گزارش) نظرهای کارشناسی به تفکیک مواد ارائه شده است.

جمع‌بندی و پیشنهاد

وسعت و پیچیدگی مسائل سلامت روان در جامعه و نیاز روزافزون مردم به این خدمات و ازسوی‌دیگر حمایت از این بیماران به عنوان قشر آسیب‌پذیر در جامعه، سبب توجه سیاستگذاران و متولیان سلامت روان در کشور شده است. ازاین‌رو لایحه حمایت از بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی نیز با هدف حمایت از بیماران و برطرف کردن برخی چالش‌های مرتبط در حوزه‌های حقوقی و اجرایی ازسوی

۱. تبصره «۲» ماده (۱۵۰) - «قوه قضائیه موظف است مراکز اقدام‌تأمینی را در هر حوزه قضایی برای نگهداری افراد موضوع ماده (افراد مجنون) تدارک ببیند.»
۲. براساس گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۸، ۹۰۰۰ تخت روان‌پزشکی در کل کشور بوده که این تعداد تخت در ۳۴ بیمارستان تک تخصصی و ۷۶ بیمارستان عمومی پراکنده است. براساس آمار بیش از ۹۰ درصد بیماران بستری در این مراکز را افراد مبتلا به اختلال شدید روان‌پزشکی تشکیل می‌دهد.

دولت ارائه شد. نتایج بررسی‌ها نشان داد که با وجود اینکه لایحه حاضر، از حیث پرداختن به موضوع‌هایی از قبیل رفع خلأ قانونی در موضوع بستری اختیاری و اجباری، افزایش نقش روان‌پزشکان در فرایند تصمیم‌گیری پیرامون بستری بیماران و ... مثبت ارزیابی می‌شود اما در مقابل ایرادهای متعددی در ابعاد گوناگون متوجه لایحه است که از حیث اهمیت آن، خلأ تقنینی در این حوزه و همچنین احتمال بروز مشکلات در اجرایی شدن مواد، همچنان نیازمند بررسی دقیق‌تر خواهد بود. بر این اساس ضمن پیشنهاد تغییر عنوان لایحه به «لایحه نحوه بستری بیماران مبتلا به اختلالات روانی»، لایحه مجدد به کمیسیون تخصصی برای بررسی و رفع ایرادها با حضور ذی‌نفعان عودت داده شده و پس از آن مجدد به صحن مجلس برای بررسی و تصویب ارائه شود.

شماره ماده	موافق	مخالف	ارجاع به کمیسیون
۱			<input checked="" type="checkbox"/>
۲			<input checked="" type="checkbox"/>
۳			<input checked="" type="checkbox"/>
۴	<input checked="" type="checkbox"/>		
۵			<input checked="" type="checkbox"/>
۶			<input checked="" type="checkbox"/>
۷			<input checked="" type="checkbox"/>
۸			<input checked="" type="checkbox"/>
۹			<input checked="" type="checkbox"/>
۱۰	<input checked="" type="checkbox"/>		
۱۱	<input checked="" type="checkbox"/>		
۱۲	<input checked="" type="checkbox"/>		
۱۳			<input checked="" type="checkbox"/>
۱۴			<input checked="" type="checkbox"/>
۱۵			<input checked="" type="checkbox"/>
۱۶		<input checked="" type="checkbox"/>	
۱۷	<input checked="" type="checkbox"/>		
۱۸	<input checked="" type="checkbox"/>		
۱۹	<input checked="" type="checkbox"/>		
۲۰	<input checked="" type="checkbox"/>		
۲۱	<input checked="" type="checkbox"/>		
۲۲	<input checked="" type="checkbox"/>		
۲۳	<input checked="" type="checkbox"/>		
۲۴			<input checked="" type="checkbox"/>
۲۵	<input checked="" type="checkbox"/>		
۲۶			<input checked="" type="checkbox"/>
۲۷	<input checked="" type="checkbox"/>		
۲۸	<input checked="" type="checkbox"/>		
۲۹	<input checked="" type="checkbox"/>		
۳۰	<input checked="" type="checkbox"/>		
۳۱			<input checked="" type="checkbox"/>
۳۲			<input checked="" type="checkbox"/>
۳۳	<input checked="" type="checkbox"/>		
۳۴	<input checked="" type="checkbox"/>		

شماره ماده	مصوبات کمیسیون	موافق	مخالف	ارجاع به کمیسیون	اظهار نظر کارشناسی	متن اصلاحی
۱	در این قانون اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:					
	<p>۱. اختلال شدید روان پزشکی: زیرگروهی از اختلالات روان پزشکی است که با تخریب موقتی یا دائمی در یک یا چند حوزه از عملکردهای روانی فرد مرتبط با تفکر، ادراک، هیجان، تکلم و رفتار همراه بوده و موجب اختلال جدی در یک یا چند حوزه از فعالیت‌های زندگی فرد می‌شود. این اختلال توسط روان‌پزشک تشخیص داده می‌شود.</p> <p>تبصره- موارد زیر به تنهایی و بدون وجود شرایط مندرج در تعریف فوق، اختلال شدید روان پزشکی تلقی نمی‌گردد:</p> <p>الف) مصرف مواد مخدر، روان‌گردان، الکل یا هر نوع دارو و ماده شیمیایی دیگر.</p> <p>ب) رفتار غیرقانونی به‌نحو آگاهانه.</p> <p>پ) تمایل شدید به تغییر جنسیت.</p> <p>ت) ابراز و اصرار بر نظر و عقیده یا فعالیت مذهبی، سیاسی، علمی یا فلسفی خاص به‌طور غیرمتعارف.</p>			<input checked="" type="checkbox"/>	<p>اگرچه مستثنی کردن برخی شرایط در راستای حمایت از حقوق افراد، از فهرست اختلالات شدید روان پزشکی مثبت خواهد بود اما به‌نظر می‌رسد تعیین یک فهرست در قوانین دائمی، ممکن است زمینه‌ساز بروز مشکلاتی در خصوص سایر رفتارهایی که خارج از این فهرست قرار دارند، شود. توصیه می‌شود، تبصره ذیل ماده حذف و یا اصلاح شود.</p>	
	<p>۲. بستری: پذیرش فرد در بیمارستان به‌منظور انجام اقدامات تشخیصی، درمانی و مراقبتی مطابق ضوابط مندرج در این قانون که به‌صورت اختیاری یا اجباری انجام می‌شود.</p>			<input checked="" type="checkbox"/>	<p>مطابق تعریف مورد تأیید وزارت بهداشت،^۱ «بستری شده» عبارت است از بیماری است که در بیمارستان پذیرش شده و برای دریافت خدمات و مراقبت‌های درمانی به بخش بستری منتقل شده باشد. به‌نظر می‌رسد تعریف عبارت «بستری» در لایحه نیازمند اصلاح است. چراکه انجام اقدام‌های تشخیصی بستری محسوب نشده و مشمول دسته‌بندی اختیاری و اجباری و سایر مواد مرتبط با این موضوع در لایحه نیز نخواهد شد.</p>	<p>بستری: پذیرش فرد در بیمارستان به‌منظور انجام اقدام‌های درمانی و مراقبتی مطابق ضوابط مندرج در این قانون که به صورت اختیاری یا اجباری انجام می‌شود.</p>
	<p>۳. رضایت آگاهانه: اعلام موافقت کتبی فرد واجد صلاحیت مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی یا تحقیقاتی به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و الزامات آن.</p>			<input checked="" type="checkbox"/>	<p>هدف از کسب رضایت آگاهانه، مشارکت بیمار در فرایندهای درمانی یا تحقیقاتی با اطلاعات کافی از نحوه اقدام‌ها خواهد بود. بنابراین پذیرش بیمار با مشارکت وی متفاوت است. ضمن اینکه ضروری است برای مشارکت بیمار در مداخلات تحقیقاتی رضایت جداگانه از بیمار دریافت شود. از این‌رو باید این تعریف با هدف حمایت از حقوق بیمار تکمیل و اصلاح شود. لازم است در این ماده «عبارت پژوهش به‌جای تحقیقات» به کار رود.</p>	
	<p>۴. کمیسیون روان پزشکی بیمارستان: کمیسیونی مرکب از سه نفر روان‌پزشک منصوب از سوی رئیس بیمارستان که باید در بیمارستان‌های دارای تخت بستری روان پزشکی سراسر کشور تشکیل شود.</p> <p>تبصره - در صورتی که بیمارستان به تعداد کافی روان‌پزشک نداشته باشد، یک نفر پزشک به انتخاب رئیس بیمارستان جایگزین خواهد شد.</p>			<input checked="" type="checkbox"/>	<p>در شرایطی که تعداد روان‌پزشک در کمیسیون مذکور کافی نباشد؛ طبیعی است که سایر متخصصان حوزه سلامت روان همچون روانشناس بالینی یا روانشناسان سلامت نسبت به پزشکان عمومی یا پزشکان متخصص در سایر زمینه‌های غیر از روان پزشکی (قلب، ارتوپدی، گوارش و ...) در تشخیص و تصمیم‌گیری در مورد درمان</p>	<p>کمیسیون روان پزشکی بیمارستان: کمیسیونی مرکب از سه نفر روان‌پزشک منصوب از سوی رئیس بیمارستان که باید در بیمارستان‌های دارای تخت بستری روان پزشکی سراسر کشور تشکیل شود.</p>

شماره ماده	مصوبات کمیسیون	موافق	مخالف	ارجاع به کمیسیون	اظهار نظر کارشناسی	متن اصلاحی
					و یا ارزیابی بیماران دارای اختلالات روانی تخصص بیشتری دارند و لذا باید در اولویت قرار گیرند و صرفاً در صورت فقدان متخصصان حوزه سلامت روان در بیمارستان از ظرفیت سایر پزشکان استفاده شود. ضمن اینکه لازم است عبارت «به تعداد کافی» در تبصره به نحوی اصلاح شود که به جهت رسمیت یافتن کمیسیون، حداقل دو روان‌پزشک حضور داشته باشند.	تبصره - در صورتی که بیمارستان کمتر از ۳ نفر روان‌پزشک داشته باشد، یک نفر روانشناس بالینی یا روانشناس سلامت جایگزین خواهد شد.
	۵. پزشک قانونی: روان‌پزشک معرفی شده از سوی سازمان پزشکی قانونی کشور.	<input checked="" type="checkbox"/>				
۲	بستری اختیاری افراد مبتلا به اختلال روانی با تأیید پزشک مقیم بیمارستان یا روان‌پزشک معالج و با رضایت آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی وی انجام می‌گیرد. تبصره- برای بستری اختیاری افراد کمتر از ۱۸ سال، در صورت عدم دسترسی به سرپرست قانونی، رضایت مادر کفایت می‌کند.			<input checked="" type="checkbox"/>	ماده از این جهت که مشخص نکرده است در چه مواردی باید رضایت سرپرست قانونی گرفته شود، حائز ایراد است. به نظر می‌رسد در شرایطی که بستری از نوع اختیاری بوده و رضایت آگاهانه فرد باشد؛ کسب رضایت سرپرست قانونی وی ضرورتی ندارد. ایراد دیگر این ماده تعریف نشدن عبارت «سرپرست قانونی» است. اگر این عبارت در لایحه (در ماده (۱)) تعریف شود، نیازی به وجود تبصره این ماده نیز نخواهد بود.	بستری اختیاری افراد مبتلا به اختلال روانی با تأیید پزشک مقیم بیمارستان یا روان‌پزشک معالج و با رضایت آگاهانه فرد و یا در خصوص افراد صغیر رضایت سرپرست قانونی
۳	ترخیص از بستری اختیاری، با رضایت آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی وی یا تشخیص روان‌پزشک معالج انجام می‌گیرد.			<input checked="" type="checkbox"/>	در این ماده نیز با توجه به اختیاری بودن ترخیص و وجود دو متغیر «تشخیص روان‌پزشک معالج» و «رضایت آگاهانه فرد»، رضایت سرپرست قانونی به جز برای افراد کمتر از ۱۸ سال ضرورت نخواهد داشت.	ترخیص از بستری اختیاری، با رضایت آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی برای افراد کمتر از ۱۸ سال یا تشخیص روان‌پزشک معالج انجام می‌گیرد.
۴	بستری اجباری پس از انجام معاینات لازم و در صورت تشخیص اختلال شدید روان‌پزشکی و وجود خطر آسیب جدی برای خود و یا دیگران و فقدان راه مناسب دیگر برای اقدامات درمانی فرد، مطابق ترتیبات مقرر در مواد بعدی این قانون صورت می‌گیرد.	<input checked="" type="checkbox"/>				
۵	در صورتی که فرد بیمار توسط روان‌پزشک معاینه شده و تشخیص لزوم بستری اجباری داده شود، وی می‌تواند فرد را همراه با نتیجه معاینات به بیمارستان معرفی کند. در مواردی که فرد برای معاینه به روان‌پزشک مراجعه نمی‌کند ولی روان‌پزشک شواهد مبنی بر لزوم ارزیابی وی برای بستری اجباری داشته باشد، باید مراتب را به مرجع قضایی یا نیروی انتظامی گزارش کند. مراجع مذکور پس از طی مراحل قانونی و اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی در مورد لزوم یا عدم لزوم بستری اجباری، تصمیم‌گیری می‌نماید.			<input checked="" type="checkbox"/>	این ماده حائز ایراد است. هم از طرفی بار مسئولیت برای روان‌پزشک ایجاد می‌کند هم از طرفی بار کاری و تجمع مراجعات را برای مراجع قضایی ایجاد می‌کند. ضمن اینکه مرجع انتظامی از نظر قانونی رأساً نمی‌تواند این اختیار را داشته باشد و لذا فقط باید به مرجع قضایی ارسال شود. با توجه به تعدد مراجع قضایی، بهتر است از حیث نوع اقدامات در هر یک از مراجع، مشخص شود. لذا در این ماده به جای مرجع قضایی بهتر است عبارت «دادستانی» اعلام شود.	
۶	در صورتی که فرد از طریق ارجاع روان‌پزشک یا دستور مرجع قضایی به بیمارستان معرفی یا اعزام شده باشد، روان‌پزشک بیمارستان در حداقل زمان ممکن در همان نوبت کاری فرد را معاینه و در صورت تشخیص اختلال			<input checked="" type="checkbox"/>	ماده به جهت وجود ابهام نیازمند اصلاح است: آیا این ماده مواردی را که به دستور مقام قضایی باید در بیمارستان بستری و دوره محکومیت خود را بگذرانند را نیز در برمی‌گیرد؟ یا	

شماره ماده	مصوبات کمیسیون	موافق	مخالف	ارجاع به کمیسیون	اظهار نظر کارشناسی	متن اصلاحی
	<p>شدید روان‌پزشکی و وجود آسیب جدی برای خود و یا دیگران، وی را بستری می‌کند در غیر این صورت، فرد به‌صورت موقت بستری شده و حداکثر ظرف ۲۴ ساعت از زمان بستری موقت، توسط روان‌پزشک دیگری معاینه می‌شود. نظر این روان‌پزشک قطعی و لازم‌الاجرا است.</p>				<p>آنکه منظور مواردی است که قاضی برای تشخیص به بیمارستان ارجاع داده است؟</p> <p>در نوع اول؛ عدم پذیرش نظر قاضی در این خصوص حتی از سوی متخصصان قابل پذیرش نیست.</p> <p>درحالی‌که در نوع دوم ارجاع، نظر متخصص در دستور قاضی اثرگذار است.</p> <p>بنابراین پیشنهاد می‌شود در ماده بین مواردی که به بیمارستان روانی معرفی می‌شود برای تشخیص و اخذ تصمیم مقتضی با مواردی که بنا به تصمیم مقتضی باید در آن بیمارستان دوران محکومیت خود را بگذرانند تفاوت قائل شود.</p> <p>- در برخی استان‌ها و یا شهرها که تعداد روان‌پزشک بیمارستان برای اجرای این ماده کافی نبوده، وضعیت بیمار از حیث بستری یا ترخیص با مشکل مواجه خواهد بود.</p> <p>مسئولیت بستری موقت بیمار برعهده کدام روان‌پزشک خواهد بود؟ روان‌پزشکی که بیمار را به بیمارستان ارجاع داده و یا روان‌پزشکی که مخالف بستری بیمار خواهد بود.</p>	متن اصلاحی
۷	<p>در صورتی که فرد به طریقی غیر از ارجاع روان‌پزشک و یا دستور مرجع قضایی به بیمارستان منتقل شده باشد، ابتدا پزشک مقیم بیمارستان در حداقل زمان ممکن در همان نوبت کاری وی را معاینه می‌کند. در صورت تشخیص اختلال شدید روان‌پزشکی و وجود آسیب جدی برای خود و یا دیگران، فرد به‌صورت موقت بستری شده و باید حداکثر ظرف ۲۴ ساعت از زمان پذیرش، توسط روان‌پزشک معاینه و در صورت تأیید نظریه پزشک اول، فرد را بستری کند. در غیر این صورت، حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از زمان پذیرش، توسط روان‌پزشک دیگری معاینه می‌شود. نظر این روان‌پزشک قطعی و لازم‌الاجرا است.</p>			<input checked="" type="checkbox"/> <p>به‌نظر می‌رسد روش ارجاع بیمار مشخصاً قید شود نه اینکه با ابهام مطرح شود.</p> <p>- وجود این مواد باید همه محدودیت‌های تخت‌های بیمارستانی در حوزه روان‌پزشکی را در نظر داشته باشد. هرگونه بستری موقت برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت منجر به افزایش تقاضا برای تخت‌های بستری خواهد شد.</p> <p>نکات اشاره شده در ماده (۶) در این ماده نیز وارد است.</p>		
۸	<p>در تمام موارد بستری اجباری، بیمارستان باید رضایت آگاهانه سرپرست قانونی فرد را کسب نماید. در صورت عدم امکان کسب رضایت سرپرست قانونی فرد برای بستری اجباری، بیمارستان مکلف است ظرف (۲۴) ساعت موضوع را به مرجع قضایی اطلاع دهد.</p>			<input checked="" type="checkbox"/> <p>این ماده در جهت حمایت حقوقی از روان‌پزشک و یا بیمارستان برای بستری اجباری بیمار صورت گرفته است و حمایت از بیمار در این ماده مدنظر نخواهد بود.</p> <p>اطلاع به مرجع قضایی در این ماده با چه هدفی انجام می‌شود؟ در این ماده نحوه برخورد مرجع قضایی با موضوع ذکر نشده است. آیا باید منتظر صدور دستور از مرجع بود یا خیر؟ لازم است این ابهام برطرف شود.</p> <p>همچنان به‌نظر می‌رسد نوع مرجع قضایی ذکر شده در این ماده از حیث پرداختن به سطوح مختلف موضوعات باید مشخص شود.</p>		

شماره ماده	مصوبات کمیسیون	موافق	مخالف	ارجاع به کمیسیون	اظهار نظر کارشناسی	متن اصلاحی
۹	پس از بستری اجباری فرد در بیمارستان، باید کلیه حقوق وی و تکالیف پایوران (کادر) درمانی در قبال او، که در این قانون آمده است، در کوتاه‌ترین زمان ممکن و به صورتی که قابل فهم باشد، به نحو کتبی و شفاهی به وی و سرپرست قانونی او اعلام گردد. اگر فرد در ابتدای بستری به دلیل شرایط خود توانایی درک توضیحات مذکور را نداشته باشد، موارد مذکور باید ظرف (۲۴) ساعت اولیه به سرپرست قانونی وی و در صورت عدم دسترسی به یکی از بستگان فرد (مادر، همسر، فرزند بالغ، خواهر یا برادر بالغ) اطلاع داده شود.				از آنجایی که مطابق ماده (۷۹) و (۸۲) قانون امور حسبی در خصوص اختیارات و مسئولیت قیّم (سرپرست قانونی) اصلاح محجور و معالجه او را در حیطه مسئولیت سرپرست قانونی قرار داده است بنابراین در خصوص بستری ضروری و حقوق محجور و تکالیف کادر درمانی چنانچه خود محجور توانایی درک را دارا می‌باشد به خود او گفته شود و اگر این توانایی را دارا نبود به سرپرست قانونی بنا بر مسئولیتی که قانونگذار برای او تدارک دیده است گفته شود و همچنین در خصوص ترخیص محجور از مرکز درمانی نیز می‌بایست سرپرست قانونی در جریان امور قرار گیرد و لزومی به در جریان قرار دادن اعضای خانواده او نیست. لذا چنانچه سرپرست قانونی در دسترس نباشد بنابر پیش‌بینی فرد ماده پیشنهادی کمیسیون در این رابطه تصمیم‌گیر باشد. ^۱	متن اصلاحی
۱۰	در تمام موارد بستری اجباری، کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان مکلف است ظرف یک هفته از زمان بستری فرد، وضعیت بیمار را بررسی و در صورت لزوم ادامه بستری برای حداکثر دو ماه را تجویز نماید. تمدید بستری اجباری بیش از دو ماه، منوط به تأیید مرجع قضایی با کسب نظر پزشک قانونی می‌باشد.	<input checked="" type="checkbox"/>				
۱۱	فردی که بستری اجباری شده است باید حداقل هر (۲۴) ساعت یک بار توسط روان‌پزشک معاینه شود و هر زمان که روان‌پزشک معالج ادامه بستری اجباری را ضروری تشخیص ندهد، نسبت به لغو بستری اجباری اقدام نماید.					فردی که بستری اجباری شده است باید حداقل هر ۲۴ ساعت یک بار توسط روان‌پزشک معاینه شود و هر زمان که شروط مندرج در ماده (۴) در ضرورت بستری اجباری برطرف شود، نسبت به لغو بستری اجباری اقدام نماید.
۱۲	در طول دوران بستری اجباری، فرد یا سرپرست قانونی وی حق دارند که از روان‌پزشک معالج درخواست لغو بستری اجباری نمایند. در صورت مخالفت روان‌پزشک معالج با این درخواست، موضوع برای تعیین تکلیف به کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان ارجاع می‌شود.	<input checked="" type="checkbox"/>			نظر کارشناسی در خصوص ماده (۶) در این ماده نیز موضوعیت دارد.	
۱۳	فردی که مطابق ماده (۵) این قانون با دستور مرجع قضایی بستری اجباری شده است اما بعداً معیارهای لازم برای ادامه بستری اجباری را از دست بدهد، از بیمارستان ترخیص و مراتب به اطلاع مرجع قضایی می‌رسد. چنانچه مرجع قضایی، شخص یا مرجعی را برای تحویل وی معین کرده باشد، همان شخص یا مرجع مکلف است بیمار را تحویل بگیرد.			<input checked="" type="checkbox"/>	نظر کارشناسی در خصوص ماده (۶) در این ماده نیز موضوعیت دارد.	

۱. در خصوص تسهیل در امر ترخیص و همچنین بستری محجور می‌توان وجه در جریان امور قرار دادن خانواده را پذیرفت اما از آنجایی که مسئولیت محجور با سرپرست قانونی است و او می‌بایست دچار قصور و تقصیر (افراط و تفریط) نگردد به نظر می‌رسد همان در جریان قرار دادن سرپرست قانونی موجه‌تر است و چنانچه او در دسترس نبود کمیسیون و مقام قضایی در این رابطه تصمیم‌گیری کنند.

شماره ماده	مصوبات کمیسیون	موافق	مخالف	ارجاع به کمیسیون	اظهار نظر کارشناسی	متن اصلاحی
۱۴	در موارد ترخیص از بستری اجباری یا بستری اختیاری که با رضایت سرپرست قانونی انجام شده است، در صورت عدم دسترسی به سرپرست قانونی یا خودداری او از تحویل گرفتن بیمار ترخیصی، بیمار با رضایت مادر یا همسر یا فرزندان بالغ و یا برادر یا خواهر بالغ، وی ترخیص می‌شود. در غیر این صورت، موضوع جهت اتخاذ تصمیم نسبت به ترخیص بیمار به کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان ارجاع می‌شود و کمیسیون در صورت لزوم، موضوع را به مرجع قضایی منعکس می‌نماید.			<input checked="" type="checkbox"/>	نکته مورد اشاره در نظر کارشناسی ماده (۹) در این خصوص نیز صادق است. ضمن اینکه در موارد بستری اختیاری که فرد با رضایت آگاهانه خود بستری شده است نیازی به تحویل دادن وی به سرپرست قانونی یا سایر بستگان وجود ندارد.	
۱۵	بیماران ترخیص شده از بیمارستان که بی‌خانمان یا ناتوان بوده یا از سوی خانواده مورد پذیرش قرار نمی‌گیرند، به مرجع قضایی معرفی می‌شوند. مرجع قضایی موظف است حداکثر طی یک هفته برای بیمار تعیین تکلیف نماید. بیمار بعد از تعیین تکلیف مرجع قضایی در اختیار سازمان‌های مربوطه از قبیل سازمان بهزیستی و یا سایر نهادها و مؤسسات اجتماعی و بازتوانی قرار می‌گیرد. سازمان‌ها، نهادها و مؤسسات یادشده موظف هستند از طریق سازوکارهای قانونی مربوط، نسبت به ارائه خدمات نگهداری و توانبخشی به آنان اقدام نمایند. بدیهی است بودجه‌های مربوطه هر سال توسط سازمان برنامه و بودجه کشور در نظر گرفته خواهد شد.			<input checked="" type="checkbox"/>	عبارت ناتوان در متن ماده ابهام دارد. آیا منظور فرد دارای معلولیت موضوع ماده (۱) قانون حمایت از حقوق معلولان است؟ لازم است عبارت «در صورت تمایل فرد بی‌خانمان» به ماده مذکور اضافه شود تا حقوق وی در برخورداری از حمایت سازمان بهزیستی رعایت شده و اجبار در این موضوع وجود نداشته باشد.	
۱۶	«درمان اجباری جامعه‌نگر» نوعی از درمان است که با هدف بازگشت مجدد فرد به جامعه جایگزین «بستری اجباری» می‌شود و توسط مراکز سلامت روان جامعه‌نگر ارائه می‌شود. مرجع صدور دستور درمان اجباری جامعه‌نگر و تعیین مدت آن، کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان یا پزشک قانونی است و اجرای آن با مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده درمان اجباری جامعه‌نگر می‌باشد. تبصره- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است امکان ارائه درمان اجباری جامعه‌نگر را در مراکز و مؤسسات یادشده، طبق قوانین موجود فراهم کند. صدور مجوز تأسیس مراکز و مؤسسات مذکور و نظارت بر آنها برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.		<input checked="" type="checkbox"/>		با توجه به اینکه ماهیت ماده پیشنهادی از نوع ارائه خدمات بوده و از طرفی با پیشرفت علم و تخصص در این حوزه تغییرپذیر خواهد بود، لذا درج آن در قوانین دائمی ضرورتی ندارد. ضمن اینکه وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت موظف به استفاده از به‌روزترین روش‌های ارائه خدمات به جامعه می‌باشد، و این قبیل اقدام‌ها نیازمند مجوز قانونی نیست. پیشنهاد می‌شود ماده مذکور حذف شود.	پیشنهاد حذف ماده
۱۷	تشنج درمانی اجباری مستلزم پیشنهاد روان‌پزشک معالج و تصویب کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان است و باید منحصراً در بیمارستان و با حضور روان‌پزشک انجام شود. شرایط استفاده از این روش درمانی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می‌شود.				عبارت «در فرایند درمان بیمار» بعد از کلمه منحصراً اضافه شود.	تشنج درمانی اجباری مستلزم پیشنهاد روان‌پزشک معالج و تصویب کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان است و باید منحصراً در بیمارستان و با حضور روان‌پزشک انجام شود. شرایط استفاده از این روش درمانی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می‌شود.
۱۸	مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی منحصراً در فرایند بستری و برای پیشگیری از رفتار آسیب‌زننده فرد به خود یا دیگران، اخلاص در برنامه‌های درمانی خود یا سایر بیماران یا جلوگیری از تخریب اموال، در حد ضرورت و متناسب با رفتار بیمار انجام می‌شود. استفاده از این روش‌ها برای تنبیه فرد یا به‌علت کمبود امکانات و کارکنان ممنوع است.	<input checked="" type="checkbox"/>				

شماره ماده	مصوبات کمیسیون	موافق	مخالف	ارجاع به کمیسیون	اظهار نظر کارشناسی	متن اصلاحی
	تبصره «۱»- صدور دستور مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی فرد و تمدید آن فقط برعهده روان‌پزشک معالج یا پزشک مقیم بیمارستان است. تبصره «۲»- آیین‌نامه و استانداردهای مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی توسط وزارت بهداشت در طی شش ماه، مشتمل بر نحوه انجام، حداکثر زمان استفاده از این روش‌ها متناسب با سن و وضعیت جسمی افراد، چگونگی تکرار آن در طول دوران بستری، آموزش نیروی انسانی و امکانات و تجهیزات لازم توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب و ابلاغ می‌شود.					
۱۹	ماده (۱۹)- برای انجام هرگونه پژوهش بر افراد محجور دارای اختلال شدید روان‌پزشکی، علاوه بر اخذ رضایت آگاهانه فرد شرکت‌کننده در پژوهش و سرپرست قانونی وی، لازم است استانداردها و موازین اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز رعایت گردد.	<input checked="" type="checkbox"/>				
۲۰	مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور موظف است در صورت دریافت گزارش مبنی بر وجود اختلال شدید روان‌پزشکی همراه با خطر آسیب به خود یا دیگران، در محل حضور یافته و در صورت لزوم و حسب مورد فرد را به بیمارستان یا مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده درمان اجباری جامعه‌نگر منتقل نماید. نیروی انتظامی موظف است با درخواست مرکز مربوط همکاری‌های لازم در این زمینه را به‌عمل آورد.	<input checked="" type="checkbox"/>				
۲۱	نیروی انتظامی موظف است فردی را که در خطر اقدام به خودکشی یا رساندن آسیب جدی به خود می‌باشد به‌منظور بررسی وضعیت وی به بیمارستان در انتقال ایشان همکاری لازم را به‌عمل آورد. تبصره- مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور و سازمان آتش‌نشانی و خدمات ایمنی موظفند در این‌گونه موارد به محض اطلاع با امکانات و تجهیزات لازم به منظور کمک‌رسانی در محل حاضر شوند.	<input checked="" type="checkbox"/>				
۲۲	هرگاه در جریان رسیدگی به دعاوی حقوقی و کیفری، قبل از اجرای مجازات یا در حین اجرای آن، شواهد و قرائنی دال بر اینکه مشتکی‌عنه، متهم و یا محکوم‌علیه ممکن است از نظر روان‌پزشکی در شرایطی باشد که متوجه روند و ماهیت دادرسی و عواقب احتمالی آن نباشد با اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی، روند دادرسی تا زمان رفع این شرایط متوقف می‌شود و فرد با نظر پزشکی قانونی تحت درمان سرپایی یا بستری قرار می‌گیرد. اگر براساس نظر پزشکی قانونی شرایط فرد قابل رفع نباشد، برای وی سرپرست قانونی تعیین خواهد شد.	<input checked="" type="checkbox"/>				

شماره ماده	مصوبات کمیسیون	موافق	مخالف	ارجاع به کمیسیون	اظهار نظر کارشناسی	متن اصلاحی
۲۳	<p>نظر کارشناسی پزشکی قانونی در پرونده‌های کیفری باید حداقل متضمن موارد زیر باشد:</p> <p>۱. ابتلا یا عدم ابتلای فعلی یا قبلی فرد به اختلال روانی با ذکر درجه شدت.</p> <p>۲. در صورت ابتلا به اختلال روانی، ارتباط آن با بزه ارتكابی.</p> <p>۳. قابلیت فرد برای محاکمه.</p> <p>۴. امکان وخامت اختلال روانی فرد در اثر اعمال نوع خاصی از مجازات.</p> <p>۵. قابلیت محاکمه فرد در آینده در صورت عدم ارتباط بیماری با بزه ارتكابی.</p> <p>۶. امکان ایجاد خطر جدی برای خود یا دیگران در صورت آزاد شدن فرد یا اعمال نوع خاصی از مجازات.</p> <p>۷. نوع درمان روان پزشکی مورد نیاز در صورت اعمال مجازات یا آزادی فرد.</p> <p>۸. لزوم یا عدم لزوم دستور بستری اجباری و تعیین مدت آن.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>				
۲۴	<p>چنانچه در جریان رسیدگی کیفری یا در حین اجرای مجازات، متهم یا محکوم علیه با اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی مبتلا به اختلال شدید روان پزشکی تشخیص داده شود، به گونه‌ای که نیازمند اقدامات مراقبتی و درمانی باشد، مرجع قضایی مکلف است وی را به بیمارستان روان پزشکی قانونی منتقل نماید. مدت بستری در بیمارستان در حکم مدت محکومیت یا بازداشت فرد محاسبه می‌شود.</p> <p>تبصره ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف سه سال از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون، به تعداد مورد نیاز بیمارستان روان پزشکی قانونی ایجاد نماید. تا زمان تشکیل این بیمارستان‌ها از ظرفیت بیمارستان‌های موجود کشور استفاده می‌شود.</p> <p>تبصره ۲- تأمین امنیت بیمارستان‌های مذکور به عهده نیروی انتظامی می‌باشد. چگونگی همکاری نیروی انتظامی به موجب آیین‌نامه‌ای است که با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیروی انتظامی به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.</p> <p>تبصره ۳- سازمان برنامه و بودجه کشور مکلف است اعتبارات لازم جهت اجرای این ماده را در لوائح بودجه سنواتی پیش‌بینی نماید.</p>			<input checked="" type="checkbox"/>	<p>عبارت «... به مراکز روان پزشکی ارجاع و بسته به نوع بیماری، خدمات لازم سرپایی یا بستری را دریافت کنند. در صورت لزوم بستری»، بعد از عبارت «مرجع قضایی مکلف است وی را...» اضافه شود.</p> <p>در موضوع تبصره «۱»، ضمن مغایرت با بند «ب» ماده (۱۵۰) قانون مجازات اسلامی باید اشاره کرد که واگذاری ایجاد و اداره بیمارستان‌های روان پزشکی قانونی به قوه قضائیه به معنای نفی تولیت نظام سلامت توسط وزارت بهداشت در کشور نیست. بحث تولیت با تصدی‌گری دو موضوع متفاوت بوده که به نظر می‌رسد در این موضوع، به جهت تخصصی بودن حیطه قضایی بیماران روانی، تربیت نیروی انسانی (کادر بهداشت و درمان) شاغل در بیمارستان‌های روان پزشکی قانونی و ... واگذاری تخت‌های قضایی به وزارت بهداشت منطقی به نظر نمی‌رسد.</p> <p>وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت در کشور مسئول ارائه کلیه دستورالعمل‌ها و استانداردهای لازم جهت ارائه خدمات به بیماران خواهد بود اما اداره مراکز ارائه‌دهنده خدمات وابسته به قوه قضائیه با در نظر داشتن کلیه قوانین و دستورالعمل‌های قوه، برعهده آن نهاد است.</p> <p>در موضوع تبصره «۲»: از آنجایی که ماهیت اقدام قضایی است، لازم است به آیین‌نامه به تأیید رئیس قوه قضائیه نیز برسد.</p> <p>ضمن اینکه، در صورت اصرار به تصویب، باید صراحتاً حکم تبصره «۲» نسخ شود.</p>	<p>چنانچه در جریان رسیدگی کیفری یا در حین اجرای مجازات، متهم یا محکوم علیه با اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی مبتلا به اختلال شدید روان پزشکی تشخیص داده شود، به گونه‌ای که نیازمند اقدام‌های مراقبتی و درمانی باشد، مرجع قضایی مکلف است وی را به بیمارستان روان پزشکی ارجاع و بسته به نوع بیماری، خدمات لازم سرپایی یا بستری را دریافت کنند. در صورت لزوم بستری، مدت بستری در بیمارستان در حکم مدت محکومیت یا بازداشت فرد محاسبه می‌شود.</p> <p>تبصره «۱»- قوه قضائیه مکلف است ظرف سه سال از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون، به تعداد مورد نیاز بیمارستان روان پزشکی قانونی ایجاد نماید.</p> <p>...</p>
۲۵	<p>در مورد پرونده‌های کیفری، پزشکی قانونی باید در فرایند رسیدگی و تا پایان اجرای حکم حداکثر هر شش ماه یک بار وضعیت فرد را رسیدگی کرده و تغییرات احتمالی ایجاد شده در موارد مندرج در ماده (۲۳) این قانون را حسب مورد به مرجع قضایی مربوط اعلام نماید.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>				

شماره ماده	مصوبات کمیسیون	موافق	مخالف	ارجاع به کمیسیون	اظهار نظر کارشناسی	متن اصلاحی
۲۶	در موارد مربوط به بستری، پزشک قانونی موظف است قبل از اتمام مدت بستری، فرد را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد تا درباره نگهداری، مراقبت و درمان بیمار در بیمارستان روان پزشکی و امکان تحمل کیفر وی اظهار نظر نماید.			<input checked="" type="checkbox"/>	در این موارد پزشک قانونی مستقلاً صلاحیت ارزیابی و اظهار نظر نداشته لذا مقام قضایی با اخذ نظر از پزشکی قانونی می‌تواند نسبت به ارزیابی و ... اظهار نظر کند.	
۲۷	مرجع قضایی در صدور احکام محجوریت موظف است فرد را برای انجام معاینات روان پزشکی و اخذ نظر کارشناسی به پزشکی قانونی ارجاع دهد.	<input checked="" type="checkbox"/>				
۲۸	نظر کارشناسی پزشکی قانونی در مورد محجوریت افراد موضوع ماده (۲۷) این قانون باید حداقل متضمن موارد زیر باشد: ۱. حدود ناتوانی ذهنی و روانشناختی فرد در تصمیم‌گیری راجع به امور مالی از قبیل تهیه لوازم اولیه و تعیین سقف اختیارات مالی وی و امور غیرمالی. ۲. لزوم نصب سرپرست، شرایط و حدود اختیارات وی. ۳. تعیین فواصل زمانی معاینات دوره‌ای. ۴. پیش‌بینی مدت ناتوانی فرد در تصمیم‌گیری.	<input checked="" type="checkbox"/>				
۲۹	در کلیه مواردی که برای تشخیص اختلال شدید روان پزشکی، فردی از سوی مرجع قضایی به پزشکی قانونی ارجاع می‌شود، پزشکی قانونی موظف است براساس معیارهای مندرج در بند «۱» و تبصره ذیل آن بند در ماده (۱) این قانون، نسبت به ابتلا یا عدم ابتلا فرد به اختلال شدید روان پزشکی اعلام نظر کارشناسی نماید.	<input checked="" type="checkbox"/>				
۳۰	افراد مبتلا به اختلال روان پزشکی متناسب با توانایی خود از کلیه حقوق قانونی و شهروندی از قبیل حق اشتغال، بهره‌مندی از خدمات بهداشت و درمان، حق تحصیل، اعمال رضایت آگاهانه، برخورداری از محیط فیزیکی مطلوب و ایمن، احترام به حریم خصوصی، امکان انتخاب آزادانه، رسیدگی به شکایات، مشارکت در درمان و تصمیم‌گیری برای شرکت در پژوهش برخوردار می‌باشند. ایجاد هرگونه مانع در بهره‌برداری از حقوق مذکور و یا نقض هر یک از این حقوق حسب مورد، علاوه بر اعاده وضعیت و جبران خسارت وارده، مستوجب جزای نقدی یا محرومیت اجتماعی یا هر دو از درجه ۶ می‌باشد، مگر اینکه در قوانین دیگر مجازات شدیدتری تعیین شده باشد. تبصره- برخورداری افراد مبتلا به اختلال شدید روان پزشکی از حق اعمال رضایت آگاهانه و انتخاب آزادانه صرفاً در زمان وجود علائم حاد بیماری منوط به تشخیص کمیسیون روان پزشکی بیمارستان است.				عبارت مشخص شده در ماده نیاز به اصلاح به شکل زیر دارد: جزای نقدی یا محرومیت اجتماعی از درجه ۶ یا هر دو	... حسب مورد، علاوه بر اعاده وضعیت و جبران خسارت وارده، مستوجب جزای نقدی یا محرومیت اجتماعی از درجه ۶ یا هر دو می‌باشد، مگر اینکه در قوانین دیگر مجازات شدیدتری تعیین شده باشد. ...
۳۱	تحقیر و توهین به افراد به جهت ابتلا به اختلال روان پزشکی در رسانه‌های جمعی، اعم از دولتی و غیردولتی و سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران حسب مورد مستوجب جزای نقدی یا محرومیت اجتماعی یا هر دو از درجه ۶ می‌باشد.			<input checked="" type="checkbox"/>	رفتارهای ذکر شده در این ماده در حال حاضر به موجب ماده (۶۰۸) قانون مجازات اسلامی جرم محسوب شده و مشمول مجازات هستند. از این رو به نظر می‌رسد اختصاص ماده‌ای ویژه به موضوع تحقیر و توهین به این بیماران، منجر به ایجاد انگ اجتماعی برای آنان خواهد شد. بنابراین توصیه می‌شود این ماده حذف شود.	

شماره ماده	مصوبات کمیسیون	موافق	مخالف	ارجاع به کمیسیون	اظهار نظر کارشناسی	متن اصلاحی
					همچنین از بعد حقوقی؛ کلمه تحقیر در اینجا تعریف حقوقی ندارد و دارای ابهام مفهومی است و امر قضایی را دچار مشکل می‌کند. با توجه به اصلاح ماده (۶۰۸) قانون مجازات اسلامی که برای جرم توهین در همه موارد مجازات جزای نقدی درجه ۶ را تعیین کرده است، پیش‌بینی این مقرر عملاً تشدید حمایت محسوب نمی‌شود چراکه از طرق ارائه دو نوع مجازات برای یک جرم عملاً راه تخفیف مجازات را باز می‌کند.	
۳۲	هر شخصی که به‌طور عمد مانع از اعمال مقررات مندرج در این قانون، به غیر از موارد مذکور در ماده (۳۱) گردد، حسب مورد به جزای نقدی از درجه ۶ محکوم می‌گردد. چنانچه فرد علی‌رغم مسئولیت در اجرای این قانون، مانع از آن شود یا به تکالیف خود عمل نکند، به جزای نقدی از درجه ۵ محکوم می‌گردد.			<input checked="" type="checkbox"/>	در عبارت مشخص شده در ماده، حرف «از» زائد بوده و مفهوم را دارای ایراد می‌نماید لذا باید حذف شود. همچنین در خصوص «مانع شدن از اجرای قانون» باید اشاره کرد که این موضوع در ماده (۵۷۶) قانون مجازات اسلامی جرم‌انگاری محسوب شده است و در آن فرد خاطی به انفسال از خدمات دولتی یک تا پنج سال محکوم می‌شود.	
۳۳	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است دوره‌های آموزشی مرتبط با اختلالات شدید روان‌پزشکی و حفظ حقوق افراد مبتلا به اختلالات مذکور را برای کارکنان مرتبط با این قانون در قوه قضائیه، نیروی انتظامی، مرکز فوریت‌های پزشکی، آتش‌نشانی و اورژانس اجتماعی کشور طراحی و اجرا نماید. دستورالعمل و محتوای آموزشی مربوطه، ظرف شش ماه از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط تهیه و ابلاغ می‌گردد.	<input checked="" type="checkbox"/>				
۳۴	آیین‌نامه اجرایی این قانون ظرف شش ماه از تاریخ لازم‌الاجرا شدن آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با هماهنگی وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دادگستری و کشور تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.	<input checked="" type="checkbox"/>				
				<input checked="" type="checkbox"/>	از آنجایی که افزایش پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی به نحوی حمایت از بیمار محسوب شده از این حیث حذف ماده در این لایحه مثبت ارزیابی نمی‌شود. اما لازم است برای عدم تحمیل بار مالی بر صندوق‌های بیمه‌ای، این فرایند براساس اصول بیمه‌ای صورت گیرد. - عنوان سازمان‌های بیمه‌گر به عبارت «سازمان‌های بیمه‌گر پایه» اصلاح شود. - از آنجایی که در حال حاضر بخشی از هزینه‌های بیماران در این حوزه توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه پوشش داده می‌شود، لذا باید حکم حاضر محدود به خدمات و داروهایی شود که در حال حاضر تحت پوشش بیمه قرار ندارد.	پیشنهاد ماده الحاقی (گسترش پوشش بیمه‌ای)

متن اصلاحی	اظهار نظر کارشناسی	ارجاع به کمیسیون	مخالف	موافق	مصوبات کمیسیون	شماره ماده
	<p>- با توجه به تحمیل بار مالی مضاعف بر صندوقها به جهت گستردگی خدمات و جمعیت متقاضی برخورداری از حمایت‌های بیمه‌ای در این حوزه، لازم است پوشش هزینه‌ها محدود به خدمات و داروهایی شده که صرفاً از طریق نظام ارجاع و براساس راهنماهای بالینی دریافت می‌شوند.</p> <p>- ایراد دیگر ماده فعلی این است که تعهدات برعهده صندوق‌های بیمه‌گر دولتی قرار داده شده ولی منابع مطابق تبصره ماده، در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌گیرد. این در حالی است که این موضوع مغایر اصول بیمه‌ای بوده و موجب برهم خوردن تعادل منابع و مصارف صندوق‌های بیمه دولتی خواهد شد.</p> <p>همچنین با تصویب این ماده در لایحه، پیشنهاد می‌شود تا اعتبار مزبور تحت عنوان ردیفی مشخص ذیل اعتبارات صندوق‌های بیمه‌گر در بودجه عمومی پیش‌بینی شود.</p>					