اخلاق و تاریخ پزشکی ایران، سال ۱۴۰۵ ، دوره ۱۹، مقاله شماره ۱

مقاله پژوهشی

سیر تحول آیین‌نامه‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی ایران

مریم مدبر[۱]، علیرضا پارساپور[۲]، مریم سادات موسوی[۳]، احسان شمسی گوشکی[۴*]

۱. دانشجوی دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. کارشناس پرتودرمانی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

٤. مدرس مرکز اخلاق زیستی دانشگاه موناش، ملبورن، استرالیا؛ دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

شیوه‌نامه‌های حرفه‌ای، مانند آیین‌نامه‌ی انتظامی سازمان نظام پزشکی ایران، به‌عنوان چهارچوبی برای تنظیم رفتار حرفه‌ای حرفه‌مندان سلامت، در تضمین استانداردهای اخلاقی و حرفه‌ای خدمات پزشکی نقش حیاتی دارند. این پژوهش با هدف بررسی تحولات تاریخی و محتوایی آیین‌نامه‌ی انتظامی نظام پزشکی ایران از سال ۱۳۴۸ تا ۱۳۹۰ انجام شد. این آیین‌نامه، اولین سند دارای پشتوانه‌ی قانونی و ضمانت اجرایی است که در پزشکی مدرن ایران، برخی استانداردهای اخلاق حرفه‌ای پزشکی را به‌شکلی نسبتاً نظام‌مند، معرفی می‌کند و بر لزوم رعایت آن‌ها بر پایه‌ی اختیارات مندرج در قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، تأکید دارد. روش پژوهش، تحلیل محتوای تاریخی و تطبیقی اسناد و آیین‌نامه‌ها، با تمرکز بر تغییرات ساختاری و محتوایی و نظارتی آن‌هاست. یافته‌ها نشان داد، این آیین‌نامه پنج بار بازنگری شده و محتوای آن در طول زمان، از زبان فضیلت‌محور و مؤکد بر ارزش‌های اخلاقی دور شده و رویکردی حقوقی و قانونی، با محوریت قصور و تقصیر پزشکی به خود گرفته است. تغییرات دیگر، شامل توسعه‌ی دامنه‌ی شمول از پزشکان به همه‌ی حرفه‌مندان، تغییر در نگاه به رابطه‌ی پزشک–بیمار، کاهش تمرکز بر فضائل اخلاقی و پررنگ‌شدن جنبه‌های اداری و دیوان‌سالارانه بوده است. این تحولات، منعکس‌کننده‌ی تغییرات اجتماعی و حقوقی و حرفه‌ای در ایران هستند؛ ازاین‌رو، مطالعه‌ی آن‌ها می‌تواند هم به درک بهتر روند تطور این مقررات کمک کند و هم زمینه‌ساز بازنگری و بهبود آیین‌نامه‌ها باشد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، سازمان نظام پزشکی ایران، آیین‌نامه‌ی انتظامی، حرفه‌گرایی، حرفه‌مندان سلامت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۲

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۶/۰۱

*** نویسنده‌ی طرف مکاتبه:**
احسان شمسی گوشکی
آدرس: استرالیا، ملبورن، ایالت ویکتوریا، خیابان چنسلرز واک، پلاک ۲۰، دانشگاه موناش، مرکز اخلاق زیستی موناش.
کد پستی: ۳۸۰۰
تلفن: ۶۱۳۹۹۰۲۶۰۰۰ +
Email: Ehsan.shamsigooshki@monash.edu

آدرس دهی مقاله:
مدبر م، پارساپور ع، موسوی م س، شمسی گوشکی ا. سیر تحول آیین‌نامه‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی ایران. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران. ۱۴۰۵؛ ۱۹(۱)، ۱-۲۳.

DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

مقدمه

پایبندی به اصولِ اخلاق حرفه‌ای در ارائه خدمات سلامت به‌عنوان یکی از ارکان کلیدی یک نظام سلامت موفق شناخته می‌شود. این اصول نه‌تنها بر کیفیت خدمات درمانی تأثیرگذار است، بلکه تعاملات میان ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات را نیز شکل می‌دهد. رعایت اخلاق حرفه‌ای می‌تواند به افزایش اعتماد عمومی و رضایت بیماران منجر شود. برعکس، رفتارهای غیراخلاقی نه‌تنها دسترسی به خدمات باکیفیت را مختل می‌کنند، بلکه ممکن است تنش‌هایی در روابط بین کادر درمان و بیماران ایجاد کنند که درنهایت به رفاه و سلامت جامعه آسیب می‌زند (۱).

در نظام‌های سلامت پیچیده و چندوجهی امروز، ضرورت استفاده از روش‌های مختلف برای تقویت رعایت استانداردهای اخلاق حرفه‌ای غیرقابل‌انکار است. این استانداردها علاوه بر صیانت از اعتماد میان بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای حفظ نظم عمومی طراحی‌شده‌اند. به‌عنوان نمونه، اصولی چون رازداری و حفظ حریم خصوصی بیماران از حساسیت بالایی برخوردارند و در قوانین عمومی و حتی کیفری کشورها به‌طور خاص موردتوجه قرارگرفته‌اند. همچنین، قوانین مربوط به سقط‌جنین و بایسته های مراقبت‌های پایان حیات نیز توجه ویژه به جنبه های اخلاقی را در نظام سلامت را به‌وضوح نشان می‌دهند (۲). علاوه بر این، قواعد اخلاقی دیگری نیز وجود دارند که بر اساس قوانین مدنی، لزوم جبران خسارت‌های احتمالی به بیماران را تأکید می‌کنند. این امر نشان می‌دهد که اخلاق حرفه‌ای تنها به توصیه هایی برای رعایت اصول انسانی محدود نمی‌شود، بلکه به‌عنوان یک بستر قانونی نیز دارای اهمیت است. در این راستا، نقش سازمان‌های حرفه‌ای و کدهای اخلاقی مرتبط با آن‌ها غیرقابل‌انکار است. این سازمان‌ها با تدوین و

پیام‌های کلیدی

- آیین نامه انتظامی نظام پزشکی ایران در فاصله ۱۳۴۸ تا ۱۳۹۰ از یک چارچوب نسبتاً فضیلت محور و مبتنی بر ارزش‌های اخلاقی فردی، به سوی رویکردی حقوقی، قاعده‌مند و مبتنی بر تخلفات قابل رسیدگی حرکت کرده است.
- تحول مفهوم «شئون حرفه‌ای» نشان‌دهنده گذار از تأکید بر ویژگی‌های اخلاقی پزشک (مانند پاکدامنی و پرهیزکاری) به معیارهای عینی‌تر، نهادی و قابل تفسیر توسط سازوکارهای رسمی انتظامی است.
- گسترش دامنه آیین‌نامه از پزشکان به همه شاغلان حرفه‌های سلامت، همزمان با افزایش مداخلات دولت، بازتابی از حرکت تدریجی نظام سلامت از خودتنظیمی حرفه‌ای به تنظیم‌گری دولت‌محور است.
- تغییر در تنظیم رابطه پزشک – بیمار، از مدل پدرسالارانه به سمت به رسمیت شناختن حقوق بیمار، مشارکت در تصمیم گیری و توجه بیشتر به عدم تبعیض و محرمانگی اطلاعات حرکت کرده است.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

اجرای کدهای اخلاقی، به نهادینه‌سازی فرهنگ اخلاقی در حرفه‌های پزشکی و سلامت کمک می‌کنند.

جایگاه سازمان‌های نظام پزشکی در کشورهای مختلف به لحاظ قانونی و قدرت اجرایی آن‌ها تفاوت‌های چشمگیری دارد. به‌عنوان‌مثال، در کشورهایی نظیر انگلستان، این سازمان‌ها در سال‌های اخیر با کاهش قدرت و نفوذ مواجه شده‌اند. این روند کاهشی به عواملی نظیر افزایش نظارت‌های دولتی و همچنین ظهور نهادهای جدید در حوزه سلامت مرتبط است (۳). در کشورهایی که سازمان‌های حرفه‌ای دارای جایگاه قانونی و اختیارات قابل توجهی هستند، نقش این سازمان‌ها در تعیین و اجرای استانداردهای اخلاقی و حرفه‌ای بسیار حائز اهمیت است برای مثال، در کشورهایی مانند کانادا و آلمان، سازمان‌های حرفه ای پزشکی به‌عنوان نهادهای کلیدی در تعیین استانداردهای بالینی و اخلاقی عمل می‌کنند و مسئولیت رسیدگی به تخلفات پزشکی و تدوین کدهای اخلاقی را بر عهده‌دارند.

کدهای اخلاقی و حرفه‌ای، پزشکان را موظف می‌کنند که در کنار رعایت استانداردهای فنی به ارزش‌های مهمی مانند مراقبت، نوع‌دوستی، شایستگی، شفقت و احترام به خودمختاری بیماران پایبند باشند (۴)، این ارزش‌ها برای رسیدن به اهداف پزشکی ضروری‌اند. انحراف از استانداردهای فنی، اخلاقی و حرفه ای در نظام ارایه خدمات پزشکی اغلب شناسایی نمی شوند و به‌صورت پنهان باقی می‌مانند و حتی ممکن است به افزایش شکایت های پزشکی منجر شوند (۵). بر اساس آمارها، هرسال حدود ۵ پزشک از هر ۱۰۰۰ پزشک در ایالات‌متحده مجازات می‌شوند و ۱.۱ پزشک از هر ۱۰۰۰ پزشک با اقدامات انضباطی شدید مانند لغو یا تعلیق مجوز مواجه می‌شوند (۶ و ۷). در ایران در سال ۱۴۰۱، از ۱۲ هزار و ۴۴۵ پرونده تخلف پزشکی، ۴۵.۹ درصد به محکومیت و ۵۴.۱ درصد به تبرئه منجر شده است (۸). اگر چه که اطلاع دقیقی در مورد اینکه چه تعداد از این موارد به سوء رفتارهای اخلاقی مربوط می شوند وجود ندارد.

علاوه بر دادگاه های عمومی، در ایران رسیدگی به تخلفات حرفه ای معمولا بر عهده دادسرای انتظامی پزشکی و هیات های انتظامی مستقر در سازمان نظام پزشکی است که نظارت بر پزشکان را از راه هایی از جمله صدور مجوزهای پزشکی و اعمال مجازات های حرفه ای توسط هیئت‌های انتظامی انجام می‌دهد؛ مبنای عمل این هیات ها سندی است که از آن با عنوان آیین نامه انتظامی نظام پزشکی یاد می شود. این آیین نامه بر اساس ماده ۱۱ قانون تأسیس سازمان نظام پزشکی مصوب ۳ خرداد ۱۳۳۹مجلس سنا که تدوین آیین‌نامه‌ای برای رسیدگی به تخلفات حرفه‌ای و مجازات مرتبط با آن را الزام می کرد نهایتا در سال ۱۳۴۸ به تصویب رسیده است. به نظر می رسد که برداشت اولیه از واژه «انتظامی» در زمان تدوین نخستین این آیین‌نامه بیشتر به مفهوم ساماندهی و نظم بخشیدن به فعالیت‌های حرفه‌ای بوده است. اما امروزه این واژه بیشتر استفاده پلیسی و نظامی دارد.

این آیین‌نامه به‌عنوان نقطه عطفی در نظام پزشکی ایران محسوب می‌شود چرا که از آغاز تأکید آن بر اصول اخلاقی و رعایت حقوق بیماران بود. از زمان تصویب در سال ۱۳۴۸ تا سال ۱۳۹۰، این آیین‌نامه پنج بار مورد بازنگری همراه با تغییرات جزئی یا ساختاری قرار گرفته است. ماده ۶ آیین‌نامه انتظامی سازمان نظام پزشکی مصوب در هر پنج دوره، به‌وضوح این نهاد را ملزم کرده بود که مصادیق رفتارهای خلاف شئون حرفه‌ای را مشخص کند. با این‌حال، پس از گذشت حدود

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

نیم‌قرن از تصویب این ماده، این مهم سرانجام با تدوین راهنمای اخلاق حرفه‌ای محقق شد(۹). تا زمان تدوین راهنمای اخلاق حرفه‌ای در سال ۱۳۹۷، آیین‌نامه انتظامی تنها سندی بود که به‌طور محدود به برخی استانداردهای اخلاقی می‌پرداخت و تا حدی ضمانت اجرایی داشت. بنابراین، این آیین‌نامه نقش حیاتی در تعیین چارچوب‌های اخلاقی و انضباطی در سازمان نظام پزشکی ایفا کرده و به‌عنوان مرجع اصلی برای تضمین رعایت اصول اخلاقی در حرفه پزشکی مورداستفاده قرارگرفته است. بنابراین تحلیل محتوای این آیین‌نامه‌ها می‌تواند به شناسایی محورهای اصلی، الگوهای تغییرات و تأثیرات اجتماعی و اخلاقی مرتبط با نظام پزشکی کمک کند. هدف این پژوهش، بررسی روند تغییرات و محتوای آیین‌نامه انتظامی سازمان نظام پزشکی است. ضرورت بررسی روند تغییرات در این آیین‌نامه‌ها از آنجایی ناشی می‌شود که نظام سلامت ایران در طول دهه‌ها تحت تأثیر تحولات سیاسی ، فرهنگی در سطح ملی و تحولات جهانی قرار گرفته است. شناسایی این روندها نه‌تنها به درک تاریخی از تکامل اخلاق حرفه‌ای کمک می‌کند، بلکه می‌تواند نقاط ضعف و قوت فعلی را برجسته سازد، مانند گذار از رویکردهای فضیلت‌محور به چارچوب‌های حقوقی که پیامدهای متنوعی به همراه داشته است.

بدین ترتیب، در این مطالعه اصول و هنجارهای اخلاقی مطرح‌شده در آیین‌نامه ها شناسایی و الگوی تغییرات محورهای اصلی آن از زمان تدوین تاکنون توصیف می‌شود. همچنین گزاره‌های متن آیین‌نامه با رویکرد اخلاق پزشکی تحلیل و کدگشایی می‌شوند. نتایج این پژوهش می‌تواند نشان دهد که چه موضوعات اخلاقی در گذشته و حال بیشتر مورد توجه تصویب کنندگان بوده‌اند و چه موضوعاتی کمتر دیده شده‌اند. افزون بر این، یافته‌ها می‌توانند مبنایی برای پیشنهاد راهبردهای ساختاری و کاربردی جهت اصلاح و به‌روزرسانی آیین‌نامه انتظامی فراهم کنند.

روش کار

این مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۴ با هدف بررسی سیر تحول آیین‌نامه‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی ایران از سال ۱۳۴۸ تا ۱۳۹۰ انجام شد. برای این منظور، از رویکرد تحلیل محتوای استقرایی[1] بر اساس روش می‌رینگ[2] استفاده شد(۱۰).

تا الگوهای تغییرات در هنجارهای اخلاقی، سوءرفتارهای حرفه‌ای و نظام مجازات‌ها شناسایی و تحلیل شود. داده‌ها از متن کامل آیین‌نامه‌های انتظامی در پنج دوره (۱۳۴۸، ۱۳۷۳، ۱۳۷۸، ۱۳۸۴، ۱۳۹۰) استخراج شدند که از سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران و آرشیو سازمان نظام پزشکی به‌دست آمدند. ماده‌ها و تبصره‌های آیین‌نامه‌ها به‌عنوان واحد تحلیل انتخاب شدند، زیرا هر یک حاوی محتوای معنایی مستقلی بودند. ابتدا، متن آیین‌نامه‌ها به‌صورت دیجیتال سازماندهی شد و اطلاعات ساختاری مانند تاریخ تصویب، تعداد فصول، ماده‌ها و تبصره‌ها ثبت گردید. سپس، دو پژوهشگر با تخصص در اخلاق پزشکی و نظام سلامت به‌صورت مستقل متن ماده‌ها و تبصره‌ها را مطالعه کردند. فرآیند کدگذاری با استفاده از رویکرد استقرایی آغاز شد؛ به این صورت که ابتدا متن به دقت خوانده شد تا درک کلی از محتوا به دست آید؛ سپس، جملات و عبارات کلیدی که نشان‌دهنده هنجارهای اخلاقی، سوء

1. Inductive Approach

2. Mayring

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

رفتارهای حرفه‌ای یا نظام مجازات‌ها بودند، هایلایت شده و کدهای اولیه[1] استخراج گردید. این کدها به صورت مستقیم از متن داده‌ها و با حداقل تفسیر اولیه به دست آمدند برای مثال، عباراتی مانند «رازداری»، «تبلیغات غیرمجاز»، یا «محرومیت موقت» به‌عنوان کد اولیه شناسایی شدند.

در مرحله بعد، کدهای مشابه دسته‌بندی شده و مقوله های فرعی و اصلی[2] شکل گرفتند . در مرحله دسته‌بندی[3]، کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها در دسته‌هایی شامل هنجارهای اخلاقی (مانند برابری، رازداری)، سوءرفتارهای حرفه‌ای (مانند دریافت زیرمیزی) و نظام مجازات‌ها (مانند توبیخ یا محرومیت دائم) گروه‌بندی شدند. کدها از طریق تحلیل تطبیقی بین دوره‌ها تقلیل یافتند و مضامین کلیدی مانند گذار از ارزش‌های سنتی به چارچوب‌های قانونی، افزایش نظارت دولتی، و ظهور هنجارهای مدرن مانند خودمختاری بیمار استخراج شدند. اختلافات در کدگذاری از طریق جلسات بحث گروهی بین پژوهشگران حل شد. برای افزایش اعتبار تحلیل، فرآیند کدگذاری و دسته‌بندی توسط یک متخصص مستقل اخلاق پزشکی بازبینی شد. همچنین، تمام مراحل تحلیل به‌صورت مستند ثبت گردید تا امکان بازتولید تحلیل فراهم باشد.

برای سازماندهی کدها و دسته‌ها، از نرم‌افزار اکسل ۲۰۲۱ استفاده شد، به‌طوری‌که کدها در ستون‌های جداگانه ثبت و با استفاده از فیلترها و جداول به دسته‌های فرعی و اصلی تبدیل شدند. این مطالعه از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، توصیفی است و نیازی به تأیید کمیته اخلاق نداشت، زیرا از اسناد عمومی استفاده شد.

نتایج

تحلیل محتوای کیفی آیین‌نامه‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی ایران، تحولات ساختاری، محتوایی و نظارتی این اسناد را در پاسخ به تغییرات های اجتماعی، سیاسی، و حرفه‌ای نظام سلامت ایران نشان می دهد. این تحلیل، که بر اساس استخراج و کدگذاری مواد آیین‌نامه‌ها انجام شد، الگوهای کلیدی در تکامل هنجارهای اخلاقی، نظام مجازات‌ها، و تنظیم روابط حرفه‌ای را شناسایی کرد.

شکل شماره ۱ تغییرات ساختاری آیین‌نامه‌های انتظامی پزشکی را از سال ۱۳۴۸ تا ۱۳۹۰ نشان می‌دهد. آیین‌نامه‌های انتظامی در دوره‌های مختلف مورد بازنگری قرار گرفته‌اند و نسخه‌های متعددی از آن‌ها تصویب شده است. آیین‌نامه نخست در سال ۱۳۴۸ با ۳ فصل و ۶۵ ماده تدوین شد. در سال ۱۳۷۳، نسخه جدیدی از آیین‌نامه با چهار فصل و ۵۷ ماده به تصویب رسید. بازنگری‌های بعدی در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۴ و ۱۳۹۰ انجام شد که هر یک تغییراتی در ساختار و محتوای آیین‌نامه‌ها ایجاد کردند.

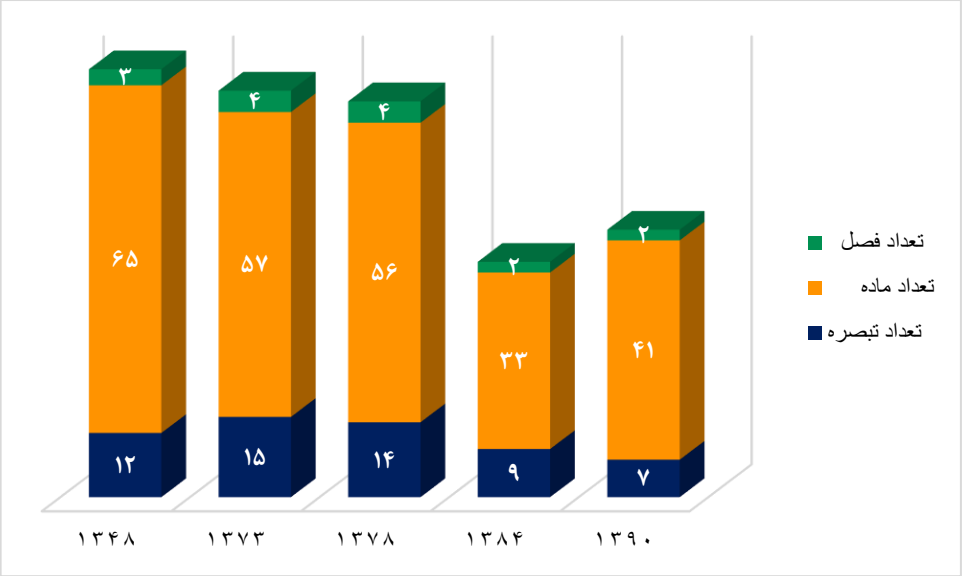
جدول شماره ۱، مجموعه مواد و تبصره‌های قانونی مرتبط با وظایف و تخلفات صنفی را در تمامی نسخه‌های آیین‌نامه‌های انتظامی نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، فصل اول در همه نسخه‌ها به تعریف شاغلان حرفه‌های پزشکی، الزامات و وظایف حرفه‌ای و اشاره به اصول و ملاحظات اخلاقی اختصاص دارد. فصل دوم به انواع مجازات‌ها و انطباق آن‌ها با تخلفات صنفی و حرفه‌ای می‌پردازد. در نسخه‌های سال ۱۳۷۳ و ۱۳۷۸ که شامل چهار فصل هستند، مباحث مربوط به نوع و شدت مجازات‌ها،

1. Open Coding
2. Axial Coding
3. Selective Coding

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

تخفیف و تبدیل مجازات و نیز مسئولیت مراجع نظارتی در فصل‌های جداگانه تنظیم شده است؛ در حالی‌که در سایر نسخه‌ها این موضوعات در فصل دوم ادغام شده‌اند.



شکل شماره ۱ - تغییرات ساختاری آیین نامه های انتظامی سازمان نظام پزشکی از سال ۱۳۴۸ تا ۱۳۹۰

جدول شماره ۱ - مشخصات ساختاری آیین‌نامه‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی ایران از سال ۱۳۴۸ تا ۱۳۹۰

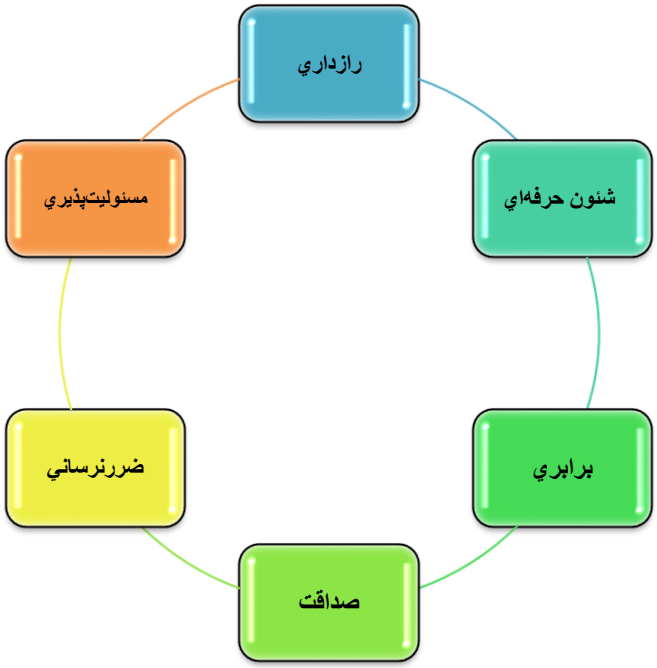
سال تصویب	نام آیین‌نامه	تعداد فصل	تعداد ماده	تعداد تبصره	عناوین فصل‌ها
۱۳۴۸	آیین‌نامه انتظامی پزشکی	۳	۶۵	۱۲	۱. اصول وظایف؛ ۲. پزشکان و نظام پزشکی ۳. مجازات انتظامی
۱۳۷۳	آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی وابسته	۴	۵۷	۱۵	۱.تعاریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای؛ ۲.مجازات انتظامی ؛ ۳. رسیدگی به تخلفات؛ ۴.سایر مقررات
۱۳۷۸	آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته	۴	۵۶	۱۴	۱.تعاریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای؛ ۲.مجازات انتظامی ؛ ۳. رسیدگی به تخلفات؛ ۴.سایر مقررات
۱۳۸۴	آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته	۲	۳۳	۹	۱. تعاریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای؛ ۲.مجازات انتظامی
۱۳۹۰	آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی وحرفه ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته	۲	۴۱	۷	۱. تعریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای؛ ۲.مجازات انتظامی

آیین‌نامه‌های انتظامی چارچوب‌هایی را برای رفتار و عملکرد پزشکان و شاغلان حرفه‌های پزشکی تعیین می‌کنند. در این

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

راستا، جدول شماره ۲ هنجارهای اخلاقی، مصادیق سوءرفتار حرفه‌ای و فضائل اخلاقی پزشکان را به تفکیک سال تصویب آیین‌نامه‌ها نشان می‌دهد و بیانگر آن است که در هر دوره، چه اصول یا موضوعاتی مورد توجه قرار گرفته و برای آن‌ها مواد مشخصی در آیین‌نامه پیش‌بینی شده است. بر اساس این جدول، برخی هنجارها از جمله برابری، عدم تبعیض، رازداری، صداقت، مسئولیت‌پذیری و رعایت شئون حرفه‌ای در تمامی نسخه‌های آیین‌نامه‌ها ذکر شده‌اند (شکل شماره ۲).



شکل شماره ۲ - هنجارهای اخلاقی پایدار در آیین‌نامه‌های انتظامی پزشکی

بر اساس تحلیل محتوای آیین‌نامه‌های انتظامی، برخی هنجارهای اخلاقی در نسخه‌های بعدی به مقررات افزوده شده‌اند. از جمله، احترام به خودمختاری بیمار از سال ۱۳۷۳ به بعد در چند دوره از آیین‌نامه‌ها تصریح شده و هنجار حرفه‌ای صلاحیت تخصصی نیز از سال ۱۳۸۴ مورد توجه قرار گرفته است. در مقابل، برخی فضائل اخلاقی سنتی مانند پاکدامنی و پرهیزکاری که در آیین‌نامه ۱۳۴۸ مطرح شده بودند، در نسخه‌های بعدی مشاهده نمی‌شوند و جای خود را به عباراتی کلی همچون الزام به «عمل بر اساس موازین علمی، شرعی و قانونی» داده‌اند. در حوزه سوءرفتارهای حرفه‌ای، مصادیقی مانند وخیم جلوه دادن وضعیت بیمار و دریافت هزینه‌های غیرمجاز در تمامی دوره‌ها تکرار شده‌اند، در حالی که برخی مصادیق جدیدتر از جمله تبلیغات غیرمجاز (از سال ۱۳۷۳) و استفاده از عناوین علمی تأیید نشده (از سال ۱۳۷۸) به آیین‌نامه‌ها افزوده شده‌اند.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

جدول شماره ۲ - هنجارهای اخلاقی و سوء رفتارهای اخلاقی موجود در آیین‌نامه‌های انتظامی

	۱۳۴۸	۱۳۷۳	۱۳۷۸	۱۳۸۴	۱۳۹۰
هنجارهای حرفه‌ای					
برابری و عدم تبعیض	(ماده ۱)*	(ماده ۲)*	(ماده ۲)*	(ماده ۲)*	(ماده ۲)*
عمل بر اساس موازین قانونی و اخلاقی	(ماده ۲)*	-	-	-	-
عمل بر اساس موازین علمی، شرعی و قانونی، صنعتی و حرفه‌ای	-	(ماده ۳)*	-	-	-
عمل بر اساس موازین علمی، شرعی و قانونی و نظامات دولتی صنفی و حرفه‌ای	-	-	(ماده ۳)*	(ماده ۳)*	(ماده ۳)*
پرهیز از سهل‌انگاری	-	(ماده ۳)*	(ماده ۳)*	(ماده ۳)*	(ماده ۳)*
رازداری	(ماده ۴)*	(ماده ۴)*	(ماده ۴)*	(ماده ۴)*	(ماده ۴)*
مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی	(ماده ۵)*	(ماده ۵)*	(ماده ۵)*	(ماده ۵)*	(ماده ۵)*
رعایت شئون حرفه‌ای	(ماده ۶)*	(ماده ۶)*	(ماده ۶)*	(ماده ۶)*	(ماده ۶)*
صداقت	(ماده ۷)*	(ماده ۸)*	(ماده ۸)*	(ماده ۸)*	(ماده ۸)*
همکاری در مواقع بحران	(ماده ۱۰)*	(ماده ۱۱)*	(ماده ۱۱)*	(ماده ۱۲)*	(ماده ۱۲)*
ضرر نرسانی	(ماده ۱۶)*	(ماده ۱۸)*	(ماده ۱۷)*	(ماده ۱۷)*	(ماده ۱۷)*
انجام سقط‌جنین در مواردی که سلامت مادر درخطر است	(ماده ۱۷)*	-	-	-	-
احترام به اتونومی بیمار	_	(ماده ۱۹)*	(ماده۱۸)*	(ماده۱۸)*	(ماده۱۸)*
به رسمیت شناختن تصمیم‌گیرنده جایگزین	(ماده ۱۹)*	(ماده ۱۹)*	(ماده ۱۸)*	(ماده ۱۸)*	(ماده ۱۸)*
نظارت مسئول فنی بر مؤسسات پزشکی	-	(ماده ۲۴)*	(ماده ۲۳)*	(ماده ۲۳)*	(ماده ۲۳)*
حمایت نظام پزشکی از حقوقِ حرفه‌مندان در صورت اجحاف	(ماده ۲۴)*	-	-	-	-
اطلاع‌رسانی تغییر نشانی یا تعطیلی مطب	(ماده ۲۹)*	(ماده ۲۷)*	(ماده ۲۶)*	(ماده ۲۶)*	(ماده ۲۶)*
اقدامات لازم در فوریت‌های پزشکی	-	(ماده ۲۸)*	(ماده ۲۷)*	(ماده ۲۷)*	(ماده ۲۷)*
صلاحیت و تخصص	-	-	-	(ماده ۳۱)*	(ماده ۳۱)*
حمایت و مراقبت از افراد صنف در شرایط خاص(بیماری جسمی، روانی)	-	-	-	(ماده ۳۴)*	(ماده ۳۴)*
فضائل اخلاقی					
عادل	(ماده ۱)*	(ماده ۲)*	(ماده ۲)*	(ماده ۲)*	(ماده ۲)*
پاکدامن	(ماده ۲)*	-	-	-	-
پرهیزکار	(ماده ۲)*	-	-	-	-
وجدان بیدار	(ماده ۲)*	-	-	-	-
رفتار محترمانه	(ماده ۲)*	-	-	-	-
روش و گفتار و کرداری که باعث اعتماد و افتخار به جامعه پزشکی شود	(ماده ۲)*	-	-	-	-
رعایت عفت	(ماده ۳)*	-	-	-	-

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

	۱۳۴۸	۱۳۷۳	۱۳۷۸	۱۳۸۴	۱۳۹۰
سوء رفتارهای اخلاقی					
وخیم جلوه دادن وضعیت بیمار	(ماده ۷)*	(ماده ۸)*	(ماده ۸)*	(ماده ۸)*	(ماده ۸)*
تجویز مواد مخدر(به صورت اعتیادآور)	(ماده ۸)*	(ماده ۹)*	(ماده ۹)*	(ماده ۹)*	(ماده ۹)*
صدور گواهی غیرواقعی	-	-	-	(تبصره م ۶)*	(تبصره م ۶)*
دریافت هزینه‌های غیرمجاز یا بیشتر از تعرفه‌های مصوب	(ماده ۹)*	(ماده ۱۰)*	(ماده ۱۰)*	(ماده ۱۰)*	(ماده ۱۰)*
جلب بیمار از مؤسسات یا مطب یا از سایر همکاران	(ماده ۱۱)*	(ماده ۱۲)*	(ماده ۱۲)*	(ماده ۱۳)*	(ماده ۱۳)*
اشتغال به امور خلاف شئون پزشکی	(ماده ۶)*	(ماده ۶)*	(ماده ۶)*	(ماده ۶)*	(ماده ۶)*
تحمیل و تحصیل مخارج غیرضروری	(ماده ۷)*	(ماده ۷)*	(ماده ۷)*	(ماده ۷)*	(ماده ۷)*
تجویز مواد روان‌گردان (به صورت اعتیادآور)	-	(ماده ۹)*	(ماده ۹)*	(ماده ۹)*	(ماده ۹)*
عدم رعایت تعرفه‌های خدمات درمانی مصوب	(ماده ۹)*	(ماده ۱۰)*	(ماده ۱۰)*	(ماده ۱۰)*	(ماده ۱۰)*
دریافت زیرمیزی	(ماده ۱۱)*	(ماده ۱۳)*	(ماده ۱۳)*	(ماده ۱۱)*	(ماده ۱۱)*
تبلیغ غیرواقعی	(ماده ۱۲)*	(ماده ۱۴)*	(ماده ۱۴)*	(ماده ۱۴)*	(ماده ۱۴)*
انتشار مقالات و گزارش‌های پزشکی نادرست	(ماده ۱۳)*	(ماده ۱۵)*	(ماده ۱۵)*	(ماده ۱۵)*	(ماده ۱۵)*
استفاده از عناوین علمی و تخصصی تأیید نشده	(ماده ۱۴)*	(ماده ۱۶)*	(ماده ۱۶)*	(ماده ۱۶)*	(ماده ۱۶)*
سهم خواری	(ماده ۱۵)*	(ماده ۱۷)*	(ماده ۱۷)	(ماده ۱۷)	(ماده ۱۷)
تجویز داروی تائید نشده	(ماده ۱۶)*	(ماده ۱۸)*	(ماده ۱۷)*	(ماده ۱۷)*	(ماده ۱۷)*
تجویز داروهای زائد بر نیاز بیمار یا غیر متجانس و خارج از ضوابط علمی و فنی	-	(ماده ۲۱)*	(ماده ۲۰)*	(ماده ۲۰)*	(ماده ۲۰)*
تعارض منافع	(ماده ۱۵)*	(ماده ۱۷)*	(ماده ۱۷)*	(ماده ۱۷)*	(ماده ۱۷)*
به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت علمی	-	(ماده ۲۶)*	(ماده ۲۵)*	(ماده ۲۵)*	(ماده ۲۵)*
به‌کارگیری افراد دارای صلاحیت ولی فاقد پروانه مطب	-	-	-	(ماده ۳۰)*	(ماده ۳۰)*
تبلیغ بدون مجوز کتبی سازمان نظام پزشکی	-	-	-	(ماده ۳۵)*	(ماده ۳۵)*

در جدول شماره ۳، انواع مجازات‌های پیش‌بینی‌شده در آیین‌نامه‌های انتظامی مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. بر اساس مفاد آیین‌نامه‌ها، مجازات‌ها با توجه به شدت و نوع تخلف ارتکابی و همچنین تعدد و تکرار آن تعیین می‌شوند. در آیین‌نامه ۱۳۴۸، نظام مجازات‌ها شامل طیفی ۱۰ درجه‌ای از اخطار شفاهی تا محرومیت سه‌ساله از اشتغال حرفه‌ای بوده است. در آیین‌نامه‌های ۱۳۷۳ و ۱۳۷۸، این ساختار به نظامی ۷ درجه‌ای تغییر یافت و مجازات محرومیت دائم نیز به آن افزوده شد. در همین دو دوره، امکان تبدیل برخی مجازات‌ها به جریمه نقدی در بازه ۵۰۰ هزار تا ۲.۵ میلیون ریال پیش‌بینی شده بود که به وضوح برگرفته از رویکرد قوانین کیفری در ایران است که در بسیاری از موارد تبدیل مجازات به جزای نقدی را تجویز می کند ؛ این تبصره در آیین‌نامه‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۹۰ حذف شده است. بر اساس داده‌های استخراج‌شده، در آیین‌نامه ۱۳۴۸، ٪۶۰ از تخلفات (۱۲ مورد از ۲۰ ماده) با مجازات‌هایی مانند تذکر یا توبیخ همراه بوده‌اند، در حالی که در آیین‌نامه ۱۳۹۰، ٪۴۵ از تخلفات (۱۴ مورد از ۳۱ ماده) به مجازات‌هایی از نوع محرومیت موقت یا دائم اختصاص یافته‌اند. جدول ۴ نیز برخی

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

از تخلفات مندرج در آیین‌نامه‌ها را در سه دسته اخلاقی، حرفه‌ای و مالی طبقه‌بندی کرده و مجازات‌های مرتبط با هر تخلف را در دوره‌های مختلف ارائه می کند.

جدول شماره ۳ - انواع مجازات پیش بینی شده در پنج دوره آیین‌نامه‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی ایران

آیین‌نامه سال ۱۳۴۸	آیین‌نامه سال ۱۳۷۳ و ۱۳۷۸	آیین‌نامه سال ۱۳۸۴ و سال ۱۳۹۰
۱. اخطار شفاهی در حضور هیأت مدیره نظام پزشکی. ۲. اخطار کتبی بدون درج در پرونده. ۳. اخطار کتبی با درج در پرونده. ۴. توبیخ شفاهی در حضور هیأت مدیره نظام پزشکی. ۵. توبیخ کتبی. ۶. توبیخ کتبی با درج در نشریه‌های سازمان نظام پزشکی و جوامع پزشکی وابسته. ۷. محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی در محل ارتکاب تخلف. از سه ماه تا یک سال ۸. محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی از یک تا سه ماه در سراسر کشور. ۹. محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی بیش از سه ماه تا یک سال در تمام کشور. ۱۰. محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی بیش از یک سال تا سه سال در تمام کشور. * مجازات‌های مقرر دربندهای ۷،۸،۹،۱۰ بعد از قطعیت در یکی از روزنامه‌های کثیرالانتشار محل اقامت شخص متخلف و مرکزدرج خواهد گردید.	الف. تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیأت مدیره نظام پزشکی محل. ب. اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل. ج. توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رأی در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل. د. محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در محل ارتکاب تخلف. ه. محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در تمام کشور. و. محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی وابسته از بیش از یک سال تا پنج سال در تمام کشور. ز. محرومیت دائم از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته در تمام کشور. تبصره. هیأتهای بدوی و عالی انتظامی مجاز هستند به‌جای اجرای حکم محکومیت در بندهای "الف"، "ب" و " ج" این ماده حسب درخواست محکوم‌علیه مجازات نقدی از حداقل پانصد هزار ریال تا حداکثر دو میلیون و پانصد هزار ریال متناسب با نوع تخفیف از وی دریافت و به حساب سازمان نظام پزشکی محل اشتغال به حرفه پزشکی واریز کنند.	الف. تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیأت مدیره نظام پزشکی محل. ب. اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی محل . ج. توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل یا الصاق رأی در تابلو اعلانات نظام پزشکی محل. د. محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در محل ارتکاب تخلف ه. محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یک سال در تمام کشور و. محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی از بیش از یک سال تا پنج سال در تمام کشور ز. محرومیت دائم از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته در تمام کشور.

جدول شماره ۴ - دسته بندی تخلفات مندرج در آیین نامه ها به همراه مجازات مربوطه به تفکیک سال (۱۳۴۸-۱۳۹۰)

دسته تخلف	تخلف کلیدی	۱۳۴۸	۱۳۷۳	۱۳۷۸	۱۳۸۴	۱۳۹۰
اخلاقی	تبعیض و عدم رعایت برابری	اخطار شفاهی تا توبیخ کتبی	تذکر شفاهی تا توبیخ کتبی	تذکر شفاهی تا توبیخ کتبی	تذکر شفاهی تا توبیخ کتبی	تذکر شفاهی تا توبیخ کتبی
	نقض رازداری	اخطار شفاهی تا توبیخ کتبی	تذکر شفاهی تا محرومیت ۱ ساله	تذکر شفاهی تا محرومیت ۱ ساله	تذکر شفاهی تا توبیخ کتبی	تذکر شفاهی تا محرومیت ۱ ساله
	عدم رعایت شئون حرفه‌ای	توبیخ کتبی تا محرومیت ۳ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت دائم	توبیخ کتبی تا محرومیت دائم	توبیخ کتبی تا محرومیت دائم	توبیخ کتبی تا محرومیت دائم

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

دسته تخلف	تخلف کلیدی	۱۳۴۸	۱۳۷۳	۱۳۷۸	۱۳۸۴	۱۳۹۰
	وخیم جلوه دادن وضعیت بیمار	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	تذکر شفاهی تا محرومیت ۱ ساله
حرفه‌ای	تجویز مواد مخدر/روان‌گردان اعتیادآور	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	عدم همکاری در مواقع بحران/مشاوره	اخطار شفاهی تا توبیخ کتبی	تذکر شفاهی تا توبیخ کتبی	تذکر شفاهی تا توبیخ کتبی	تذکر شفاهی تا توبیخ کتبی	تذکر شفاهی تا توبیخ کتبی
	استفاده از عناوین علمی تأییدنشده	توبیخ کتبی تا محرومیت ۳ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	انتشار مقالات/گزارش‌های نادرست	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت	-	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	به‌کارگیری افراد دارای صلاحیت اما فاقد پروانه	-	-	-	-	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	تبلیغات غیرمجاز	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	تجویز داروی تأییدنشده	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	فعالیت خارج از تخصص	-	-	-	-	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	فعالیت بدون پروانه معتبر	-	-	-	-	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	سقط‌جنین غیرقانونی	توبیخ کتبی تا محرومیت ۳ ساله	-	-	-	-
مالی	دریافت هزینه غیرمجاز/زیرمیزی	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	تحصیل مخارج غیرضروری	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	سهم‌خواری/پرداخت کمیسیون	توبیخ کتبی تا محرومیت ۳ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	-	-
	عدم رعایت تعرفه‌های مصوب	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله
	تجویز داروی زائد/خارج از ضوابط	-	توبیخ کتبی تا محرومیت ۱ ساله	-	-	-

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

جدول شماره ۵ تغییرات محتوایی آیین‌نامه‌های انتظامی را در دوره‌های مختلف نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، برخی مواد مندرج در آیین‌نامه ۱۳۴۸ در نسخه‌های بعدی حذف شده‌اند؛ به‌گونه‌ای که ۱۱ ماده از این آیین‌نامه در بازنگری‌های بعدی تکرار نشده است. این مواد شامل موضوعاتی مانند مقررات مربوط به سقط‌جنین و محدودیت‌های مرتبط با اشتغال هم‌زمان پزشکان بوده‌اند. در مقابل، در آیین‌نامه ۱۳۹۰ مواد جدیدی اضافه شده است. این نسخه شامل ۷ ماده جدید است که به موضوعاتی مانند طب مکمل، ضوابط تبلیغات پزشکی و برخی جنبه‌های مرتبط با وضعیت حرفه‌ای پزشکان می‌پردازد. این تغییرات بیانگر گسترش دامنه موضوعات مورد توجه آیین‌نامه‌های انتظامی در دوره‌های اخیر است.

جدول شماره ۵ - مواد حذف و اضافه‌شده به آیین‌نامه‌های انتظامی

سال	حذف‌شده	اضافه‌شده
مشترک ادوار ۱۳۷۳ـ۷۸ـ۸۴ـ۹۰	ماده ۲: الزامات اخلاقی شخصی پزشک (پاکدامن و پرهیزکار بودن، وجدان بیدار داشتن و رفتار موجب اعتماد جامعه) ماده ۳: الزام به رعایت عفت در انجام وظایف ماده ۱۷: مقررات مربوط به سقط‌جنین و گزارش دهی آن در مدت ۲۴ ساعت ماده ۲۱: محدودیت کار در داروخانه‌ها و فروشگاه‌های لوازم پزشکی ماده ۲۲: محدودیت اشتغال هم‌زمان به دندانپزشکی، داروسازی و آزمایشگاه مواد ۲۴ـ۳۰: مقررات مربوط به ثبت‌نام، کارت عضویت و نقل‌وانتقال بین شهرستان‌ها	ماده ۱. تعریف دقیق حرفه‌های وابسته به پزشکی
منحصراً ۱۳۷۳		ماده ۲۱: تجویز داروهای زائد بر نیاز بیمار یا غیر متجانس و خارج از ضوابط علمی و فنی
منحصراً ۱۳۹۰		ماده ۲۹: ممنوعیت فعالیت پس از اتمام اعتبار یا ابطال پروانه مطب ماده ۳۰: ممنوعیت به‌کارگیری افراد دارای صلاحیت اما فاقد پروانه مطب ماده ۳۱: محدود کردن درمان به حیطه تخصصی و دوره‌های آموزشی گذرانده شده ماده ۳۲: شرایط فعالیت پزشکان تحصیل‌کرده خارج از کشور ماده ۳۳: شرایط و مجوزهای لازم برای فعالیت در حوزه طب مکمل ماده ۳۴: نحوه رسیدگی به مشکلات روحی، روانی یا جسمی پزشکان ماده ۳۵: الزام به اخذ مجوز کتبی برای هرگونه تبلیغات پزشکی

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

بحث

تحلیل محتوای پنج دوره (۱۳۴۸ تا ۱۳۹۰) آیین‌نامه‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی ایران نشان‌دهنده سیر تحولاتی در ساختار و محتوای این سند است. این تحولات تحت تاثیر تغییرات اجتماعی، سیاسی، حقوقی و حرفه‌ای کشور قرار گرفته است. همان‌طور که در نتایج مشاهده شد پس از نسخه اولیه، در سال ۱۳۷۳ آیین‌نامه جدیدی با ۴ فصل و ۵۷ ماده تصویب شد؛ تغییر ساختاری با افزودن فصل «تعاریف، شرح وظایف و تخلفات صنفی و حرفه‌ای» نشان‌دهنده رویکرد اداری[1] تر به تنظیم روابط حرفه‌ای داشت. نسخه‌های بعدی در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۴ و ۱۳۹۰ با حفظ چارچوب کلی، در عین تفکیک و تخصصی‌تر شدن مواد، به‌تدریج آیین‌نامه فشرده‌تر و متمرکزتر شده است. از یک سو زبان آیین نامه به سمت جنبه‌های قانونی میل کرده و حقوقی تر شده است. وقوع انقلاب در سال ۱۳۵۷ تاکید بر رعایت جنبه های شرعی در متن را به همراه داشته است اگرچه در نهایت این تاکید در همین حد کلی باقی می ماند. در نسخه‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۹۰ ادغام فصول و کاهش تعداد مواد همراه با تبیین مصادیق، نشان‌دهنده حرکت تدریجی به سمت اداری تر شدن در سطح قانون‌گذاری این حوزه است. این اداری تر و بروکراتیک شدن البته با توسعه محتوایی چشمگیری همراه نبوده است و این بر خلاف روند سازمان های حرفه ای در کشورهای پیش رفته است که به‌روزرسانی قوانین اخلاقی و حرفه‌ای، در بسیاری از کشورها با هدف پاسخگویی به چالش‌های نوین اخلاقی و حقوقی ناشی از پیشرفت‌های علم پزشکی انجام می‌شود (۱۱).

توسعه دامنه شاغلان حرفه‌ای

بررسی روند تغییرات مربوط به دامنه شمول شاغلان در پنج دوره زمانی نشان‌دهنده گسترش تدریجی دامنه مشمولین و تعهدات حرفه‌ای است. تغییر از «پزشکان و دندان‌پزشکان» در سال ۱۳۴۸ به «شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته» در سال‌های بعد، نشان‌دهنده توسعه چتر نظارتی آیین‌نامه است که با دامنه شمول مقررات مزبور در سایر نظام های سلامت هم راستاست. در بسیاری از کشورها نیز، دامنه تنظیم‌گری حرفه‌های مراقبت سلامت طی دهه‌های اخیر به‌صورت تدریجی افزایش یافته است. در این چارچوب، افزایش تعداد گروه‌های شغلی مشمول مقررات، به منزله گسترش دامنه حرفه‌های تحت نظارت و انطباق نظام تنظیم‌گری با پیچیده‌تر شدن ساختار ارائه خدمات سلامت است(۱۲).

حرفه‌ای زدایی و دولتی شدن

از آیین‌نامه ۱۳۷۳ به بعد، روند نظارت از مدل خودتنظیمی حرفه‌ای به سمت مدل نظارتی دولتی-اداری تغییر کرده است. تغییر در واژگان از «پزشک» به «شاغلین حرفه‌های پزشکی» و افزودن قیود «طبق مقررات» و «با رعایت نظامات دولتی»، محدود شدن استقلال حرفه‌ای، افزایش نظارت سازمانی را نشان می‌دهد. این تحول با روندهای جهانی همسو است که در آن‌ها خودتنظیمی حرفه‌ای به تدریج جای خود را به نظام‌های صدور مجوز و نظارت دولتی داده است (۱۴ و ۱۳).

از طرف دیگر، افزایش مداخله دولت در امور پزشکی مانند انتقال اختیارات تعیین تعرفه‌ها و استانداردهای خدمات از نظام پزشکی به نهادهای دولتی، با هدف تضمین دسترسی عادلانه به

1. Bureaucratic

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

خدمات سلامت، کنترل هزینه‌ها و تضمین کیفیت خدمات صورت گرفته است (۱۵)؛ این نوع مداخله دولتی که در ادبیات سیاست‌گذاری سلامت بیشتر در قالب «تنظیم‌گری دولتی»[1] تبیین می‌شود (۱۶ و ۱۴)؛ در سطح خرد باعث کاهش استقلال عمل پزشکان در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای (۱۷)، در سطح میانی باعث تغییر در ساختار روابط قدرت بین نهادهای حرفه‌ای و نهادهای نظارتی و در سطح کلان باعث تغییر در الگوی خودتنظیمی نظام سلامت از مدل خودگردان به مدل دولت‌محور شده است. این تغییرات با روندهای مشاهده شده در کشورهای توسعه‌یافته مانند انگلستان و آلمان نیز همسو است، جایی که مدل نظارت حرفه‌ای از خودتنظیمی به سمت تنظیم‌گری دولتی تغییر کرده است (۱۴،۱۸).

حذف فضائل اخلاقی از متن

تحول مفهوم شئون حرفه‌ای در آیین‌نامه‌های انتظامی، نمایانگر تغییر در نحوه تعریف و تنظیم اخلاق حرفه‌ای پزشکی در طول زمان است. در آیین‌نامه ۱۳۴۸، این مفهوم عمدتاً با تأکید بر ارزش ها و ویژگی های فردی از جمله «پاکدامنی و پرهیزکاری» تعریف می‌شد که ریشه در سنت‌های تاریخی طبابت و آموزه‌های بقراطی داشت. این چارچوب، پزشکی را به‌عنوان حرفه‌ای با اتکای قابل‌توجه بر معیارهای اخلاقی درونی و ارزش محور توصیف می‌کرد. در دوره‌های بعدی، مفهوم شئون حرفه‌ای به‌تدریج از حالت انتزاعی و ارزش‌محور خارج شده و به سمت تعاریف عینی‌تر و مبتنی بر قواعد و ضوابط حقوقی حرکت کرده است. در این چارچوب، مصادیق مشخصی برای رفتار خلاف شئون حرفه‌ای تعیین شده و تشخیص آن‌ها به نهادهای رسمی، از جمله کمیسیون اخلاق پزشکی، واگذار شده است. این تحول را می‌توان به‌عنوان گذار از تأکید بر فضائل اخلاقی فردی به سمت اخلاق هنجاری و قاعده‌مند تحلیل کرد .در کنار این تحولات، انتشار «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته»[2] به‌عنوان یک سند مکمل، چارچوب‌های اخلاقی و انتظارات حرفه‌ای را به‌صورت نظام‌مندتری تبیین کرده است (۹). این اسناد، همراه با ماده ۶ آیین‌نامه‌ها که بر رعایت شئون حرفه‌ای تأکید دارد، امکان شکل‌گیری رویکردی تلفیقی را فراهم می‌کنند؛ رویکردی که از یک‌سو معیارهای نسبتاً مشخصی برای شناسایی و رسیدگی به سوءرفتار حرفه‌ای ارائه می‌دهد و از سوی دیگر، از طریق ارجاع به کمیسیون‌های تخصصی و سازوکارهای کارشناسی، امکان تفسیر حرفه‌ای و اخلاقی در مواجهه با موقعیت‌های پیچیده را حفظ می‌کند. چنین ترکیبی می‌تواند هم به افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی انتظامی بیانجامد و هم انعطاف لازم برای قضاوت حرفه‌ای در شرایط خاص را باقی بگذارد (۱۹).

تحول در «شئون حرفه‌ای» پدیده‌ای است که در متون حقوق پزشکی و اخلاق حرفه‌ای در سطح بین‌المللی نیز قابل مشاهده است. چنان‌که در نخستین کد اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا[3] (۱۸۴۷) بر ویژگی هایی همچون درستکاری، پاکی شخصیت و وفاداری پزشک به بیماران تأکید شده بود (۲۰) و در نخستین کد بین‌المللی اخلاق پزشکی انجمن جهانی پزشکان[4] (۱۹۴۹) نیز حفظ بالاترین معیارهای رفتار حرفه‌ای و پرهیز از انگیزه‌های مادی به‌عنوان اصول بنیادین مطرح شده

1. Government oversight

۲. مصوب ۱۳۹۶/۱۳۹۷

3. American Medical Association (AMA)

4.World Medical Association (WMA)

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

بود (۲۱) با این حال، در نسخه‌های بعدی، این اصول به‌تدریج در قالب قواعد مشخص‌تر و قابل نظارت در آیین‌نامه‌های حرفه‌ای تدوین شدند. افزون بر این، مطالعات مرتبط با تحول اخلاق پزشکی نشان می‌دهند که کدهای اخلاقی معاصر معمولاً به‌گونه‌ای تدوین می‌شوند که با قوانین و مقررات حرفه‌ای سازگار باشند تا قابلیت اجرا و پاسخ‌گویی نظام‌های حرفه‌ای افزایش یابد (۲۲).

تغییر در بیان حدود وظایف حرفه‌ای

بررسی آیین‌نامه‌های انتظامی نشان می‌دهد که نحوه بیان تعهدات حرفه‌ای پزشکان و شاغلان حرفه‌های پزشکی در طول زمان تغییر یافته است. در ماده ۱ نسخه ۱۳۴۸ (ماده ۲ سایر أدوار)[1]، پزشکان موظف بودند «حداکثر تلاش ممکن» را برای درمان بیماران، به‌ویژه در موارد سوانح و حوادث، به کار ببرند. در نسخه‌های ۱۳۷۳ و ۱۳۷۸، این عبارت به «حداکثر تلاش ممکن در حدود وظایف حرفه‌ای» تغییر یافت. در نسخه‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۹۰، عبارت به «حداکثر تلاش ممکن در حدود وظایف قانونی و حرفه‌ای» اصلاح شد. این تغییر، به‌جای ارائه یک معیار رفتاری کلی، به مفهومی ارجاع می‌دهد که تعریف و دامنه آن در متن آیین‌نامه به‌طور دقیق مشخص نشده است. در نتیجه، تشخیص حدود این وظایف به تفسیر نهادهای رسیدگی‌کننده و ارجاع به سایر مقررات قانونی و حرفه‌ای وابسته می‌شود و می‌تواند دامنه‌ای از برداشت‌های متفاوت را در عمل ایجاد کند. همچنین در ماده ۵، الزام پزشکان به «پذیرش تعدادی از بیماران و انجام خدمات در یک زمان مناسب»[2] مطرح شده است. هرچند این قاعده به معضل همیشگی کمبود وقت و شلوغی مطب‌ها در ایران اشاره دارد، اما تعیین مصادیق تعداد و زمان مناسب نیز به‌صورت دقیق تعریف نشده و اجرای آن مستلزم ارزیابی موردی و تفسیری در فرایندهای انتظامی است. در همه نسخه‌های آیین‌نامه این مفاهیم در سطح کلی باقی مانده‌اند.

حقوق بیماران

آیین نامه های جدیدتر دامنه حقوق بیماران را از طریق گسترش معیارهای مرتبط با عدم تبعیض در ارائه خدمات درمانی توسعه داده‌اند (ماده۲). در این چارچوب، افزوده شدن تدریجی عواملی مانند موقعیت سیاسی و اقتصادی به معیارهای پیشین (از جمله ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی) بیانگر

۱. ماده ۲ مشترک ادوار(۱۳۸٤–۱۳۹۰): شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی- سیاسی و اقتصادی بیماران حداکثر تـلاش ممکن را در حدود وظایف قانونی و حرفه‌ای خود به کار ببرند.

ماده ۲ مشترک ادوار(۱۳۷۳–۱۳۷۸): شاغلان حرفه‌های پزشکی مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی – سیاسی بیماران حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف‌حرفه‌ای خود به کار ببرند.

ماده ۱ (۱۳٤۸): پزشکان و دندانپزشکان (که در این آیین‌نامه به طور مطلق پزشک نامیده می‌شوند) موظفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب، موقعیت‌اجتماعی بیماران حداکثر تلاش ممکن را برای درمان آنان به خصوص در موارد سوانح و حوادث به کار برند.

۲. ماده ۵ مشترک ادوار(۱۳۸٤–۱۳۹۰): شاغلین حرفه های پزشکی موضوع ماده یک این قانون موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بعداز تشخیص و اعلام سازمان نظام پزشکی، حسب مورد انجام خدمات آنان در یک زمان مناسب میسر باشد.

ماده ۵ مشترک أدوار(۱۳۷۳–۱۳۷۸): پزشکان و دندانپزشکان و متخصصان و دکترها حرفه‌ای علوم آزمایشگاهی، ماماها و کایرو پراکتورها موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستندکه بنا به تشخیص سازمان نظام پزشکی حسب مورد معاینه دقیق و انجام آزمایشهای آنها در یک زمان مناسب مسیر می باشد.

ماده ۵ (۱۳٤۸): پزشکان باید تعدادی بیمار بپذیرند که قادر به معاینه و درمان آن باشند.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

تغییر در دامنه ملاحظات مورد توجه در تنظیم رفتار حرفه‌ای است . افزون بر این، بررسی تطبیقی نسخه‌های مختلف آیین‌نامه‌های انتظامی نشان می‌دهد که اصل الزام به حفظ اسرار بیمار (ماده۴)[۱] در تمام دوره‌ها ثابت باقی مانده است اما در نسخه های متاخر تصریح «مگر به‌موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی» در خصوص افشای اسرار بیماران، ارجاع صریح‌تری به چارچوب‌های قانونی بالادستی ایجاد کرده و حدود استثناهای مربوط به محرمانگی اطلاعات بیماران را به قوانین موضوعه واگذار می‌کند و رعایت محرمانگی را از وضعیت مطلق قبلی خارج می کند.

تغییر در موازین مبنایی

در ماده ۲ اگرچه ارجاع به «موازین قانونی» حفظ شده اما اصطلاح «موازین اخلاقی» در نسخه‌های بعدی حذف و به‌جای آن از «موازین شرعی» استفاده شده است. همچنین از نسخه ۱۳۷۸ به بعد در ماده ۲۳[۲]، مجموعه‌ای از «نظامات علمی، حرفه‌ای، صنفی و دولتی» به‌عنوان مراجع تنظیم‌کننده رفتار حرفه‌ای افزوده شده‌اند. این تغییرات را می‌توان در بستر تحولات حقوقی پس از استقرار نظام جمهوری اسلامی بعد از انقلاب سال ۱۳۵۷ در ایران تحلیل کرد؛ دوره‌ای که در آن، قرائت شیعه از شریعت اسلامی مبنای نظام قانون‌گذاری و تنظیم مقررات در کشور قرار گرفت(۲۳). این تغییر به وضوح جایگاه اخلاق حرفه ای را در ذهن تدوین کنندگان آیین نامه انتظامی روشن می کند که به نوعی استانداردهای اخلاق حرفه ای را در چارچوب قواعد شرعی محدود می کند. اجتناب از بکار بردن عبارت موازین اخلاقی می تواند به دیدگاه منفی دست اندرکاران نسبت به استانداردهای اخلاق حرفه ای که عمدتا غربی شمرده می شده اند، مرتبط باشد.

تغییر در الگوی رابطه پزشک–بیمار

بررسی آیین‌نامه‌های انتظامی نشان می‌دهد که الگوی حاکم بر رابطه پزشک–بیمار در طول زمان دستخوش تغییر شده است .در نسخه ۱۳۴۸، پزشک عمدتاً به‌عنوان تصمیم‌گیرنده اصلی در فرایند درمان تعریف می‌شود و اختیار حرفه‌ای او در تعیین مسیر درمان برجسته است. این مدل با الگوی کلاسیک پدرسالارانه هم‌خوانی دارد که در آن، پزشک مسئول تشخیص مصلحت بیمار و اتخاذ تصمیم‌های درمانی تلقی می‌شود[۳]. در نسخه‌های بعدی آیین‌نامه‌ها، به‌تدریج عناصر مرتبط با حقوق بیمار و مشارکت او در فرایند درمان برجسته‌تر شده‌اند. به رسمیت شناختن حق بیمار و خانواده وی در دریافت

۱. ماده ٤ (۱۳۹۰): شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی را ندارند.

ماده ٤ (۱۳٤۸):اسرار بیمار و نوع بیماری او باید محفوظ بماند مگر در موارد مصرح در قانون.

۲. ماده ۳ (مشترک ادوار ۱۳۷۸–۸٤–۹۰): شاغلین حرفه های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی با رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل انگاری درانجام وظایف قانونی بپرهیزند.

۳. ماده ۱۸(۱۳٤۸): در صورتی که بیمار و یا خانواده او بدون اطلاع پزشک معالج از پزشک دیگری برای درمان بیمار دعوت کند پزشک اولی می‌تواند از ادامه معالجه بیمار خودداری کند مگر این که این دعوت در مواقع فوری و ضروری باشد. ماده ۱۹ (۱۳٤۸): هر گاه جلسه مشاوره پزشکی توسط پزشک معالج یا بیمار یا کسان او درخواست شود پزشک معالج باید نام پزشکانی را که برای این‌مشورت بر بالین بیمار صلاح می‌داند در اختیار بیمار یا کسان او بگذارد ولی اختیار انتخاب پزشکان مشاور اعم از پزشکان معرفی شده و یا پزشکان‌دیگر را نباید از آنان سلب کرد همین امر در مورد انتخاب آزمایشگاه یا مؤسسات وابسته به امور پزشکی نیز باید رعایت شود.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

اطلاعات و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی، بیانگر تغییر در چارچوب تنظیم رابطه درمانی است[1]. این تحول را می‌توان در ارتباط با تحولات گسترده‌تر در اخلاق پزشکی معاصر، از جمله تأکید بر اصولی مانند احترام به خودمختاری و توجه به توزیع عادلانه مسئولیت‌ها و اختیارات در فرایند درمان، تحلیل کرد. این تحولات با روندهای مشاهده‌شده در اسناد اخلاق پزشکی بین‌المللی، از جمله کدهای اخلاقی انجمن جهانی پزشکان (WMA) و انجمن پزشکی آمریکا(AMA) قابل مقایسه است(۲۴).

خانواده محور بودن

بررسی آیین‌نامه‌های انتظامی نشان می‌دهد که ارجاع به نقش خانواده در فرایند درمان در تمامی نسخه‌ها حضور دارد. در این چارچوب، خانواده به‌عنوان یکی از عناصر مرتبط با مراقبت از بیمار مورد اشاره قرار گرفته و در کنار بیمار، در فرایند اطلاع‌رسانی، حمایت و پیگیری درمان لحاظ شده است. به‌کارگیری تعابیری مانند «کَسانِ بیمار» در نسخه ۱۳۴۸ و «بستگان بیمار» در آیین‌نامه‌های جدید، بیانگر تداوم توجه به جایگاه خانواده در تنظیم رابطه درمانی است. این صورت‌بندی را می‌توان در ارتباط با نقش خانواده به‌عنوان یک نهاد اجتماعی مؤثر در مراقبت از بیمار و مدیریت فرایند درمان تحلیل کرد.

هنجارهای مربوط به تجویز دارو

تحولات آیین‌نامه‌های انتظامی در حوزه تجویز دارو و مواد مخدر، بیانگر تغییر در شیوه تنظیم و نظارت بر تجویز دارویی در طول زمان است. در آیین‌نامه ۱۳۴۸، مقررات عمدتاً بر ممنوعیت تجویز داروهای غیرمجاز متمرکز بود، در حالی که در نسخه‌های بعدی، ضوابط تفصیلی‌تری برای تجویز داروها، به‌ویژه داروهای روان‌گردان و مخدر، پیش‌بینی شده است. این تغییرات را می‌توان در چارچوب گسترش و پیچیده‌تر شدن نظام درمان‌های دارویی و افزایش حساسیت نسبت به پیامدهای تجویز دارو تحلیل کرد. مطالعات تطبیقی نشان می‌دهند که در نظام‌های سلامت مختلف، رویکردهای متنوعی از ممنوعیت‌های کلی تا چارچوب‌های نظارتی دقیق برای کنترل تجویز داروها اتخاذ شده است، در این زمینه، افزایش تنوع دارویی، پیچیده‌تر شدن درمان‌ها و طرح مسائل مرتبط با سوءمصرف دارو، با تدوین مقررات تفصیلی‌تر همراه بوده است (۲۵).

تنظیم رقابت در بازار پزشکی

تحولات مقرراتی مربوط به رقابت در خدمات پزشکی را باید در چارچوب تجاری‌سازی فزاینده نظام سلامت و رشد بخش خصوصی (از جمله گردشگری پزشکی و کلینیک‌های خصوصی) تحلیل کرد؛ در ایران نیز طی دهه‌های اخیر افزایش نقش بخش خصوصی و تلاش کشور برای تقویت گردشگری درمانی، فشار رقابتی بیشتری ایجاد کرده است که به نوبه خود نیاز به تنظیم‌گری دقیق‌تر تبلیغات، جذب بیمار و شیوه‌های بازاریابی را برجسته کرده است(۲۶). در آیین‌نامه‌های اولیه، مقررات عمدتاً به محدودیت‌های کلی در حوزه تبلیغات حرفه‌ای محدود بود، در حالی که در نسخه‌های بعدی، دامنه مقررات برای پوشش اشکال متنوع‌تری از رفتارهای رقابتی گسترش یافته

۱. ماده ۱۸ (۱۳۹۰): پزشک معالج مسؤل ادامه درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است، مگر اینکه بیمار یا بستگان او مایل نباشند. تبصره – موارد اورژانس از شمول این ماده مستثنی است و پزشک مکلف به هرگونه اقدام درمانی بدون توجه به نظر و اذن بیمار یا همراهان او می باشد.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

است. این تغییرات را می‌توان از منظر اقتصاد سلامت، در ارتباط با ویژگی‌های خاص بازار خدمات پزشکی از جمله عدم تقارن اطلاعات میان پزشک و بیمار، حساسیت کیفیت خدمات به سلامت عمومی، و ساختارهای خاص عرضه خدمات درمانی تحلیل کرد.

تعارض منافع

در تمامی نسخه‌ها، جذب یا هدایت بیمار میان مؤسسات دولتی، وابسته به دولت، خیریه و بخش خصوصی، در صورتی که با هدف استفاده مادی صورت گیرد، ممنوع اعلام شده است. درباره فروش دارو، بررسی مواد مربوطه[1] نشان می‌دهد که رویکرد آیین‌نامه‌های انتظامی از ممنوعیت مطلق فروش دارو توسط پزشک در محل طبابت در نسخه ۱۳۴۸، به ممنوعیت مشروط به اخذ مجوز رسمی از وزارت بهداشت در نسخه‌های بعدی تغییر یافته است. این تحول را می‌توان به‌عنوان انتقال تنظیم تعارض منافع از سطح حذف ساختاری به سطح نظارت و مجوزدهی دولتی تحلیل کرد. در این چارچوب، امکان فروش دارو یا تجهیزات پزشکی صرفاً در صورت اخذ مجوز رسمی پیش‌بینی شده است، بدون آن‌که اصل ضرورت تفکیک تصمیم درمانی از منافع اقتصادی به‌طور کامل کنار گذاشته شود. یا ماده ۲۱ سال ۱۳۷۳ «تجویز داروهای زائد بر نیاز بیمار یا غیر متجانس و خارج از ضوابط علمی و فنی ممنوع است» صرفاً در همان آیین‌نامه بوده ولی در نسخ بعدی حذف گردیده است.

حذف ماده سقط جنین بعد از انقلاب اسلامی

موضوع سقط جنین یکی از مباحث پیچیده و حساس در حوزه پزشکی و حقوق بشر است. طبق جدول ۲ در سال ۱۳۴۸، قوانین مشخصی در مورد سقط‌جنین وجود دارد که به پزشکان این اجازه را می‌دهد که در صورت لزوم و با مشاوره متخصصان دیگر، اقدام به سقط جنین کنند. اما بعد از انقلاب اسلامی قانون سقط جنین یکی از اولین قانون‌هایی بود که حذف شد. دلیل این حذف تغییرات اجتماعی و فرهنگی و همچنین تغییرات قانونی و مذهبی در جامعه ایران بود. سقط‌جنین در سال ۱۳۶۳ جرم‌انگاری شد و مجازات‌هایی مانند پرداخت دیه و حبس برای افرادی که سقط جنین انجام می‌دادند، تعیین شد. همانطور که محققان نیز در تحلیل های خود از تأثیر انقلاب بر تنظیم خانواده در ایران نشان می‌دهد، سقط جنین علیرغم ممنوعیت‌های قانونی، ادامه داشته است (۲۷). در سال ۱۳۷۶ و به دنبال فتوای رهبر جمهوری اسلامی، سقط جنین در موارد مربوط به بیماری‌های خاص، مانند تالاسمی، مجاز شد و در ادامه در سال ۱۳۸۴، قانون سقط درمانی که سقط جنین را در موارد خاصی ازجمله مشکلات پزشکی مادر یا جنین مجاز می‌دانست تصویب گردید (۲۸). اما ماده ۱۷ به‌عنوان یک موضوع حساس برای همیشه از آیین‌نامه انتظامی حذف گردید و فقط در قوانین کیفری و سایر قوانین مصوب مجلس به آن پرداخته‌شده است درحالی‌که قبل از انقلاب اسلامی این قانون در تعارض با قوانین کیفری از جمله قانون مجازات عمومی بود.

۱. ماده ۲۳ در آیین نامه ۱۳٤۸: فروش دارو از طرف پزشکان به بیماران در مطب شخصی ممنوع است و هر گونه دارویی که به بیمار تجویز می‌شود بایستی نام دارو وطرز استعمال آن در اختیار بیمار باشد.

ماده ۲۲ در آیین نامه ۱۳۷۳: فروش دارو و ابزار پزشکی توسط پزشکان مگر با مجوز رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

تناسب مجازات و تخلف

بررسی تطبیقی نظام مجازات‌ها در آیین‌نامه‌های انتظامی نشان می‌دهد که ساختار و تنوع ضمانت‌اجراها در طول زمان دچار تغییر شده است. در آیین‌نامه ۱۳۴۸، دامنه مجازات‌ها محدودتر بوده و عمدتاً بر ابزارهایی مانند تذکر و توبیخ تمرکز داشته است. در نسخه‌های بعدی، به‌ویژه آیین‌نامه‌های ۱۳۷۳ و ۱۳۷۸، نظامی چندسطحی برای مجازات‌ها پیش‌بینی شد که شامل هفت درجه متفاوت بود و در برخی موارد، امکان تبدیل مجازات به جریمه نقدی در بازه مشخص (۵۰۰ هزار تا ۲.۵ میلیون ریال) را فراهم می‌کرد. این تغییرات، تنوع بیشتری در پاسخ انتظامی به تخلفات حرفه‌ای ایجاد کرد. در آیین‌نامه‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۹۰، ساختار مجازات‌ها بار دیگر دستخوش بازنگری شد؛ و با حذف امکان تبدیل مجازات به جریمه نقدی و افزودن محرومیت دائم از اشتغال حرفه‌ای، بر ابزارهای انتظامی با آثار حقوقی شدیدتر تأکید شده است. این تغییر هم‌زمان با حذف ماده ۲۴ آیین‌نامه ۱۳۴۸ که ناظر بر حمایت سازمان نظام پزشکی از حقوق پزشکان در موارد اجحاف بود[1] قابل تحلیل است؛ چراکه حذف این ماده نشان‌دهنده کاهش تصریح آیین‌نامه‌ای به نقش حمایتی نظام پزشکی در برابر اعضای حرفه است. این وضعیت با عملکرد عملی نظام پزشکی در دهه‌های بعد نیز هم‌خوانی دارد، به‌گونه‌ای که تا پیش از تصویب «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته» (۹) در سال ۱۳۹۷، تمرکز اصلی فعالیت‌های انتظامی این نهاد عمدتاً بر رسیدگی به خطاهای پزشکی و فنی و ایفای نقش کارشناسی در کنار دادگاه‌ها بوده و رسیدگی نظام‌مند به تخلفات اخلاق حرفه‌ای به‌ندرت گزارش شده است. تداوم این رویکرد موجب شد آیین‌نامه انتظامی، علی‌رغم پیش‌بینی برخی مفاهیم اخلاقی، در عمل بیشتر به سازوکاری برای رسیدگی به شکایات و اختلافات حول قصور پزشکی و دارای پیامد قضایی تبدیل شود. ابلاغ راهنمای اخلاق حرفه‌ای و پیش‌بینی هیئت‌های تخصصی در معاونت انتظامی، تلاشی برای پر کردن این خلأ و تفکیک نسبی میان رسیدگی به خطاهای فنی و مسائل اخلاق حرفه‌ای تلقی می‌شود. در این چارچوب، می‌توان گفت تغییرات محتوایی آیین‌نامه‌های انتظامی و حذف یا کمرنگ‌شدن برخی کارکردهای حمایتی، با روند عملی تمرکز نظام پزشکی بر کارکرد شبه‌قضایی و انتظامی آن هم‌راستا بوده است؛ امری که بازتاب‌دهنده جابه‌جایی تدریجی نقش این نهاد از یک سازمان حرفه‌ای با کارکردهای حمایتی و اخلاقی، به نهادی متمرکز بر حل‌وفصل شکایات و اعمال ضمانت‌اجراهای انتظامی است.

چالش‌های نوظهور

تحولات اجتماعی و فناورانه، از جمله گسترش فناوری‌های نوین پزشکی، تجاری‌سازی خدمات سلامت و افزایش آگاهی عمومی نسبت به حقوق بیمار، زمینه‌ساز طرح مسائل جدید در حوزه تنظیم‌گری حرفه‌ای شده‌اند. بازتاب این تغییرات را می‌توان در محتوای آیین‌نامه‌های متأخر، به‌ویژه آیین‌نامه ۱۳۹۰، مشاهده کرد. در این نسخه، مواد جدیدی در زمینه نظارت بر تبلیغات پزشکی (ماده ۳۵)، محدودسازی فعالیت

۱. ماده ۲٤ (۱۳٤۸): کلیه پزشکان در مواردی که حقوق ناشیه از حرفه پزشکی آنان تضییع شده و یا به مناسبت حرفه خود مورد تعدی و اجحاف قرار گیرند از حمایتهای نظام‌پزشکی برخوردار خواهند شد.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

پزشکان خارج از حوزه تخصصی (ماده ۳۱) و الزام به اخذ مجوز برای ارائه خدمات طب مکمل (ماده ۳۳) پیش‌بینی شده است. این مقررات بیانگر گسترش دامنه موضوعات تحت پوشش آیین‌نامه‌ها در پاسخ به تنوع فزاینده خدمات پزشکی و افزایش تعامل حوزه سلامت با منطق بازار هستند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد آیین‌نامه‌های انتظامی سازمان نظام پزشکی ایران در فاصله سال‌های ۱۳۴۸ تا ۱۳۹۰ دستخوش تغییرات تدریجی اما معناداری در ساختار، دامنه شمول، محتوای هنجاری و سازوکارهای ضمانت‌اجرایی شده‌اند. این تغییرات، هم‌زمان با تحولات اجتماعی، سیاسی، حقوقی و حرفه‌ای کشور، به گسترش قلمرو تنظیم‌گری و تقویت نقش سازوکارهای قانونی و اداری در اداره رفتار حرفه‌ای منجر شده است. در این مسیر، در حالی که برخی هنجارهای بنیادین مانند رازداری، عدم تبعیض و رعایت شئون حرفه‌ای در تمامی دوره‌ها استمرار یافته‌اند، شیوه صورت‌بندی اخلاق حرفه‌ای از تأکید بر فضائل فردی و معیارهای درونی به سمت قواعد هنجاری، مصادیق قابل رسیدگی و ارجاع به نظامات قانونی و نهادی حرکت کرده است. بررسی نظام مجازات‌ها نشان می‌دهد که پاسخ انتظامی به تخلفات حرفه‌ای از الگوهای محدود نسخه ۱۳۴۸ به نظام‌های چندسطحی و در نسخه‌های متأخر، به ضمانت‌اجراهای با آثار حقوقی شدیدتر تغییر یافته است. این تغییر همراه با کاهش نقش حمایتی مستقیم سازمان نظام پزشکی و تمرکز بر کارکرد انتظامی و شبه‌قضایی آن بوده است. هم‌زمان، دامنه شاغلان مشمول آیین‌نامه‌ها گسترش یافته و مقررات مرتبط با رابطه پزشک–بیمار، تجویز دارو، رقابت حرفه‌ای، تعارض منافع و برخی موضوعات نوظهور، به‌صورت تدریجی به متن آیین‌نامه‌ها افزوده شده‌اند. این گسترش و تفکیک موضوعی، قلمرو رسیدگی انتظامی را توسعه داده است، هرچند در برخی موارد، مفاهیم کلیدی همچنان به‌صورت کلی باقی مانده و تفسیر و اجرای آن‌ها به نهادهای رسیدگی‌کننده و سایر مقررات ارجاع داده شده است. پژوهش‌های آینده می‌توانند به‌صورت تجربی تأثیر آیین‌نامه‌های انتظامی بر رفتار حرفه‌ای پزشکان و رضایت بیماران را ارزیابی کنند. همچنین، مقایسه تطبیقی با نظام‌های سلامت دیگر می‌تواند راهنمایی برای بازنگری و به‌روزرسانی مقررات با توجه به تحولات اخلاق پزشکی و نیازهای جامعه بدهد.

تعارض منافع

نویسنده مسئول (احسان شمسی گوشکی) بین سال های ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۰ در سمت های مختلف از جمله مشاور، مسئول حوزه اخلاق پزشکی و رییس برخی کمیسیون های اخلاق پزشکی بوده و با سازمان نظام پزشکی همکاری داشته است و مسئول اصلی تدوین «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حِرَف پزشکی و وابسته‌ی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران» بوده است. همچنین، علیرضا پارساپور تا سال ۱۴۰۲ عضو کمیسیون مرکزی شورای عالی نظام پزشکی بوده است. نویسندگان در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع مالی ندارند.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

منابع

1. Hariharan S, Jonnalagadda R, Gora J. Knowledge, attitudes and practices of healthcare personnel towards Care-Ethics: A perspective from the Caribbean. *The Internet journal of law, Healthcare and Ethics*. 2007;5(1): 2. https://doi.org/10.1186/1472-6939-7-7.

2. Olejarczyk JP, Young M. Patient Rights and Ethics. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538279/ [Accessed 22nd December 2024].

3. Ham C. The rise and decline of the NHS in England 2000–20: How political failure led to the crisis in the NHS and social care. 2023; https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/rise-and-decline-nhs-in-england-2000-20

4. Canadian Medical Association. *CMA CODE OF ETHICS AND PROFESSIONALISM*. CMA; 2018. https://www.cpsm.mb.ca/assets/Code%20Of%20Ethics/cma-code-of-ethics.pdf

5. Scutchfield FD, Benjamin R. The role of the medical profession in physician discipline. *JAMA*. 1998;279(23): 1915–1916.

6. Medical news today. *Medical malpractice: What does it involve?*. https://www.medicalnewstoday.com/articles/248175 [Accessed 27th November 2024].

7. Harris JA, Byhoff E. Variations by state in physician disciplinary actions by US medical licensure boards. *BMJ quality & safety*. 2017;26(3): 200–208. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004974.

8. Research Center of the Islamic Consultative Assembly. *Plans and bills*. https://rc.majlis.ir/fa/law/print_version/94935 [Accessed 28th November 2024].

9. Shamsi-Gooshki E, Parsapoor A, Asghari F, Parsa M, Saeedinejad Y, Biroudian S, et al. Developing" code of ethics for medical professionals, medical council of Islamic Republic of Iran". *Archives of Iranian Medicine*. 2020;23(10): 658–664. https://doi.org/10.34172/aim.2020.83.

10. Mayring P. Qualitative content analysis: A step-by-step guide. *SAGE, 2021*. 2021; https://books.google.com/books/about/Qualitative_Content_Analysis.html?id=hCdLEAAAQBAJ

11. Leslie K, Moore J, Robertson C, Bilton D, Hirschkorn K, Langelier MH, et al. Regulating health professional scopes of practice: comparing institutional arrangements and approaches in the US, Canada, Australia and the UK. *Human Resources for Health*. 2021;19(1): 15.

12. Adams TL. Health professional regulation in historical context: Canada, the USA and the UK (19th century to present). *Human resources for health*. 2020;18(1): 72.

13. Yam CH, Griffiths SM, Liu S, Wong EL, Chung VC, Yeoh E. Medical regulation: ten key trends emerging from an international review. *Journal of Medical Regulation*. 2016;102(1): 16–27.

14. Noordegraaf M. New governance and professionalism. In: *Restructuring Welfare Governance*. Edward Elgar Publishing; 2015. p. 121–144.

15. Salter B. Who rules? The new politics of medical regulation. *Social Science & Medicine*. 2001;52(6): 871–883. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00190-8.

16. Hearld LR, Tafili A, Kelly RJ. Patterns and trends in local health departments' efforts to promote access to care in local communities throughout the United States: The contributions of governance structures. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2023;38(5): 1284–1299. https://doi.org/10.1002/hpm.3653.

17. Medicine (US) I of, Gray BH. Physician Involvement in Hospital Decision Making. In: *The New Health Care for Profit: Doctors and Hospitals in a Competitive Environment*. National Academies Press (US); 1983. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216768

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

/ [Accessed 3rd October 2025].
18. Chamberlain JM. Teaching and learning guide for: Regulating the medical profession: From club governance to stakeholder regulation. *Sociology Compass*. 2011;5(1): 116–120.
19. IRI Medical Council. *General Guideline on Professional Ethics for Medical and Allied Health Professionals of the Medical Council of the Islamic Republic of Iran*. https://irimc.org/en [Accessed 3rd October 2025].
20. American Medical Association. *AMA Code of Medical Ethics, 1847*. https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ [Accessed 27th November 2024].
21. *WMA - The World Medical Association-International Code of Medical Ethics 1949*. https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/international-code-of-medical-ethics-1949/ [Accessed 3rd October 2025].
22. Morris T, Brostoff JM, Stonier PD, Boyd A. Evolution of ethical principles in the practice of pharmaceutical medicine from a UK perspective. *Frontiers in Pharmacology*. 2020;10: 1525.
23. Aghababaei H. Deleting The Public Aspect of The Crime of "Insulting Officials" in The Law of:"Reducing The Punishment of Imprisonment (Act 2020)". *The Judiciarys Law Journal*. 2022;86(120): 1–26.
24. *Version 2022 – WMA – The World Medical Association*. https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-assisted-reproductive-technologies/s-2006-01-2022/ [Accessed 3rd October 2025].
25. Cleary J, Silbermann M, Scholten W, Radbruch L, Torode J, Cherny N. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in the Middle East: a report from the Global Opioid Policy Initiative (GOPI). *Annals of oncology*. 2013;24: xi51–xi59.
26. Davari M, Haycox A, Walley T. Health Care Financing In Iran; Is Privatization A Good Solution? *Iranian Journal of Public Health*. 2012;41(7): 14–23.
27. Mossavar-Rahmani YL. Family planning in post-revolutionary Iran. In: *Women and revolution in Iran*. Routledge; 2021. p. 253–262.
28. Abbasi M, Gooshki ES, Allahbedashti N. Abortion in Iranian legal system. *Iranian Journal of Allergy, Asthma and Immunology*. 2014; 71–84. https://ijaai.tums.ac.ir/index.php/ijaai/article/view/473.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 2026, Volume 19, Article 1

Original Article

The Evolution of the Disciplinary Regulations of the Medical Council of Iran

Maryam Modabber[1], Alireza Parsapour[2], Maryam Sadat Mousavi[3], Ehsan Shamsi Gooshki*[4]

1. Ph.D Candidate of Medical Ethics, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistan Professor, Medical Ethics and History or Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Radiation Therapy Technologist, Shahid Beheshti Hospital, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
4. Lecturer in Bioethics, Monash Bioethics Center, Monash University, Melbourne, Australia; Associate Professor, Medical Ethics and History or Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: *11 July 2025*
Accepted: *12 May 2026*
Published: *23 August 2026*

***Corresponding Author**
Ehsan Shamsi Gooshki
Address: *Monash Bioethics Centre, 20 Chancellors Walk, Monash University, Melbourne, Australia.*
Postal Code : *3800*
Tel: *+61399026000*
Email: *Ehsan.shamsigooshki@monash.edu*

Citation to this article:
Modabber M, Parsapour A, Mousavi MS, Shamsi Gooshki E. The Evolution of the Disciplinary Regulations of the Medical Council of Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2026; 19:Article number: 1.*

DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701

Abstract

Professional guidelines, such as the Disciplinary Regulations of the Medical Council of Iran, serve as a framework for regulating the professional conduct of healthcare professionals and play a vital role in safeguarding the ethical and professional standards of medical services. This study aimed to examine the historical and substantive evolution of the disciplinary regulations of the Medical Council of Iran from 1969 to 2011. These regulations constitute the first legally binding document in modern Iranian medicine with enforceable authority, introducing certain standards of medical professional ethics in a relatively systematic manner and mandating their observance based on the powers granted by the law establishing the Medical Council. The study employed a historical and comparative content analysis of the relevant documents and regulations, assessing their structural, substantive, and supervisory changes. The findings indicated that these regulations have undergone five revisions. Over time, the content has moved away from virtue-oriented language and an emphasis on ethical values, adopting instead a more legalistic approach centered on medical negligence and malpractice. Other changes include the expansion of the scope from physicians to encompass all healthcare professionals; a shift in the conceptualization of the physician–patient relationship; a reduced emphasis on moral virtues; and an increased prominence of bureaucratic, administrative, and procedural aspects. These developments reflect broader social, legal, and professional transformations in Iran, studying which contributes to a clearer understanding of the trajectory of these regulations, thus providing a foundation for their future revision and improvement.

Keywords: Medical ethics, Medical council of Iran, Disciplinary regulations, Professionalism, Healthcare professionals.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-10-27]

[DOI: 10.18502/ijme.v19i1.21701]

Copyright © 2026 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.