



شماره: ۹۵۱۶/۲۷  
تاریخ: ۱۳۹۹/۱۲/۲۷  
پیوست:

**جناب آقای دکتر کمیل قیدرلو**  
**مدیر کل محترم دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس**

با سلام و احترام،

در پاسخ به نامه‌ی شماره‌ی ۱۳۹۹/۱۲/۱۲ مورخ ۸۲-۱۶۱۰۰/۱۲۵۲۷ جناب‌عالی در خصوص اعلام نظرات کارشناسی انجمن علمی روان‌درمانی ایران درباره‌ی متن «لایحه‌ی اصلاحی حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی»، نظرات این انجمن در متن پیوست به تفصیل تقدیم می‌شود.

با عنایت به موارد مذکور در نامه‌ی شماره‌ی ۹۵/د/۳۶۱ مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۲۱ در خصوص ایرادهای این لایحه، با بررسی متن اصلاح‌شده‌ی لایحه در جلسات کارگروه طرح‌ها و لوایح کمیسیون محترم بهداشت مجلس اعلام می‌شود که گرچه برخی از اصلاحات انجام‌شده در این کارگروه توانسته است معدودی از ایرادات این لایحه را کاهش دهد، متن اصلاحی نیز کماکان مبتلا به اغلب همان ایرادهای ذکرشده در نامه‌های قبلی است. علاوه بر آن، به دلیل مشکلات فراوان فعلی در متن لایحه، امکان اصلاح کارشناسانه و دقیق این لایحه در فرایندهای مجلس وجود ندارد، و با تغییرات پیش رو حتی احتمال بروز ناهم‌خوانی‌های بیشتر و افزودن بر مشکلات این لایحه و تشدید تبعات منفی مترتب بر آن نیز وجود دارد.

بر این اساس، انجمن علمی روان‌درمانی ایران با ادامه‌ی فرایند طرح و تصویب آن در مجلس مخالف است و تقاضای استرداد آن را دارد تا این متن توسط گروه کارشناسی مستقل مورد ارزیابی و اصلاحات بنیادین لازم قرار گرفته و متنی برای طرح در مجلس تهیه شود که ضمن داشتن قابلیت اجرا و حمایت از حقوق افراد مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی، موجب بروز مشکلات در حوزه‌ی سلامت روان و حقوق این بیماران و ارائه‌ی خدمات روان‌پزشکی لازم به آنان نشود.

با احترام مجدد  
دکتر سامان توکلی  
رییس انجمن علمی روان‌درمانی ایران



رونوشت:

- جناب آقای دکتر سعید نمکی، وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- جناب آقای دکتر محمدباقر قالیباف، رییس محترم مجلس شورای اسلامی
- جناب آقای دکتر حسینعلی شهبازی، رییس محترم کمیسیون بهداشت مجلس
- جناب آقای دکتر سیدمرتضی خاتمی، رییس محترم کارگروه طرح‌ها و لوایح کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی
- جناب آقای دکتر علیرضا زاکانی، رییس محترم مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی
- جناب آقای دکتر احمدعلی نوربالا، مشور محترم وزیر بهداشت در امور سلامت روان

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

ماده‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
ماده ۱- در این قانون اصلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:	ماده ۱- در این قانون اصلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:	
۱- اختلال روانی: هر نوع ناهنجاری روانی که نام آن در طبقه‌بندی‌های علمی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قیدشده و توسط وزارت یادشده ابلاغ می‌گردد.	حذف	حذف آن مورد قبول است.
<p>۲- اختلال شدید روانی: وضعیتی که با تخریب جدی موقتی یا دائمی در اکثر حوزه‌های عملکرد روانی فرد همراه بوده و با حداقل یکی از نشانه‌های زیر مشخص می‌شود:</p> <p>الف) هذیان؛ ب) توهم؛ پ) اختلال جدی شکل فکر؛ ت) اختلال شدید خلق؛ ث) اختلال شدید شناختی؛ ج) اختلال رفتاری مستمر یا مکرری که بر وجود نشانه‌های مذکور در بندهای قبل دلالت داشته باشد.</p>	<p>۱- اختلال شدید روانپزشکی: زیرگروهی از اختلالات روانپزشکی 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. تبصره - موارد زیر به تنهایی و بدون وجود شرایط مندرج در تعریف فوق، اختلال شدید روانپزشکی تلقی نمی‌گردد:</p> <p>الف- مصرف مواد مخدر، روان گردان، الکل یا هر نوع دارو و ماده شیمیایی دیگر.</p> <p>ب- رفتار غیرقانونی به نحو 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 به طور غیرمتعارف.</p>	<p>تبصره‌ی ذیل این ماده حذف شود.</p> <p>تعریف اختلال روان‌پزشکی و تشخیص آن بر اساس منابع روزآمد علمی است و تبدیل آن به مواد قانونی منطقی نیست. این که چه شرایطی اختلال محسوب می‌شوند یا نه باید به منابع علمی و تشخیص متخصصان محول شود. از سوی دیگر، انتخاب این فهرست می‌تواند این معنا را داشته باشد که رفتارهای دیگر که منطبق با عرف نیستند و در این فهرست ذکر نشده‌اند را باید اختلال روانی محسوب کرد که صحیح نیست و می‌تواند مشکلاتی ایجاد کند.</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

ماده‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهاری نظر کارشناسی
<p>۳- <b>آشفته‌گی روان:</b> اختلال شدید روانی که خطر ایراد آسیب جدی به خود یا دیگران یا حیوانات یا اموال و همچنین حداقل یکی از نشانه‌های موثر در استمرار و وخامت وضعیت در وی وجود داشته باشد. نشانه‌های مذکور شامل نداشتن بینش نسبت به بیماری خود، عدم همکاری در پذیرش برنامه درمانی و نداشتن حمایت خانوادگی می‌باشد.</p>	حذف	حذف آن مورد قبول است.
<p>۴- <b>بحران روانی:</b> وضعیتی کوتاه‌مدت که با وجود هر یک از شرایط زیر احراز می‌شود و مراقبت، درمان ویا واپایش (کنترل) موقت فرد به منظور حمایت از وی یا دیگران را ضروری می‌نماید:</p> <p>الف) رفتار غیرعقلایی و برخلاف هنجارهای اجتماعی که به نحو ناآگاهانه انجام می‌گیرد. ب) خطر ایراد آسیب فیزیکی جدی به خود یا دیگران یا حیوانات یا اموال.</p> <p>تبصره- موارد زیر به تنهایی و بدون وجود شرایط مندرج در تعاریف مربوط، آشفته‌گی روان یا بحران روانی تلقی نمی‌گردد.</p> <p>الف) مصرف مواد مخدر، روان‌گردان، الکل یا هر نوع دارو و ماده شیمیایی دیگر؛ ب) رفتار غیرقانونی به نحو آگاهانه؛ پ) تمایل شدید به تغییر جنسیت؛ ت) ابراز و اصرار بر نظر و عقیده یا فعالیت مذهبی، سیاسی، علمی یا فلسفی خاص به طور غیرمتعارف.</p>	حذف	حذف آن مورد قبول است.

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
<p>۵- بستری: پذیرش فرد در بیمارستان به منظور اقدامات تشخیصی، درمانی و مراقبتی مطابق ضوابط مندرج در این قانون که به صورت اختیاری یا اجباری انجام می‌شود.</p>	<p>۲- بستری: پذیرش فرد در بیمارستان به منظور انجام اقدامات تشخیصی، درمانی و مراقبتی مطابق ضوابط مندرج در این قانون که به صورت اختیاری یا اجباری انجام می‌شود.</p>	<p>یا باید حذف شود یا تعریف به شکلی دقیق باشد که فقط و فقط بر بستری دلالت داشته باشد.</p> <p>تعریف دقیق نیست. قاعداً تعریف بستری روشن است. تعریف فعلی هر نوع پذیرش برای دریافت هر نوع خدمات را در بر می‌گیرد، مانند هر نوع مراجعه برای خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی که طبیعتاً هیچ کدام بستری محسوب نمی‌شوند</p>
<p>۶- 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>	<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>	<p>تعریف دقیق نیست.</p> <p>رضایت آگاهانه نمی‌تواند صرفاً به «مشارکت» بیمار در تصمیم‌گیری محدود باشد. در رضایت آگاهانه خود فرد است که مستقلاً و البته با اطلاعات صحیح و کافی که به او داده می‌شود تصمیم می‌گیرد. بنابراین، «مشارکت در تصمیم‌گیری» لازم است اما کافی نیست. از سوی دیگر، در رضایت آگاهانه فرد حق دارد هر زمان که تصمیم گرفت رضایت خود را پس بگیرد و ادامه‌ی مداخلات تشخیصی یا درمانی متوقف می‌شود. در برخی از مواد بعدی این لایحه، گرچه برای شروع مداخله شرط رضایت آگاهانه ذکر شده است، اما برای خاتمه‌ی مداخله عدم رضایت بیمار یا خانواده مؤثر شناخته نشده است. بنابراین، برای وجود دقت قانونی لازم، هم لازم است تعریف رضایت آگاهانه در این بند به شکل دقیق بازنویسی شود و هم در مواد بعدی ملاک بودن رضایت آگاهانه به طور واقعی و کامل در نظر گرفته شود.</p>
<p>۷- کمیسیون روانپزشکی بیمارستان: کمیسیون مرکب از سه نفر روانپزشک منصوب از سوی رئیس بیمارستان که باید در بیمارستان‌های دارای تخت بستری روانپزشکی سراسر کشور تشکیل شود.</p>	<p>۴- کمیسیون روانپزشکی بیمارستان: کمیسیونی مرکب از سه نفر روانپزشک منصوب از سوی رییس بیمارستان که باید در بیمارستان‌های دارای تخت بستری روانپزشکی سراسر کشور تشکیل شود.</p>	<p>تبصره‌ی ذیل این بند نافی حقوق بیمار و فلسفه‌ی این لایحه است.</p> <p>۱- در این بند تصریح نشده که حداکثر چه تعداد از اعضای کمیسیون می‌توانند «غیر روانپزشک» باشند. تصمیم‌گیری راجع به مواردی مانند تداوم بستری اجباری بیمار با</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
<p><b>تبصره -</b> در صورتی که بیمارستان به تعداد کافی روان‌پزشک نداشته باشد، یک نفر پزشک به انتخاب رییس بیمارستان جایگزین خواهد شد.</p>	<p><b>تبصره -</b> در صورتی که بیمارستان به تعداد کافی روان‌پزشک نداشته باشد، یک نفر پزشک به انتخاب رییس بیمارستان جایگزین خواهد شد.</p>	<p>نظر فقط یک روان‌پزشک و دو پزشک دیگر منطقی نیست و این برخلاف رعایت حقوق بیمار است.</p> <p><b>۲-</b> برای مواردی که تعداد روان‌پزشک کافی وجود نداشته باشد، برای سایر پزشکانی که می‌توانند عضو کمیسیون باشند هیچ شرایطی ذکر نشده است. بسیار غریب است اگر قرار باشد متخصص مجاری ادراری یا متخصص قلب و عروق درباره‌ی بستری اجباری بیمار روان‌پزشکی تصمیم بگیرند.</p> <p><b>۳-</b> این ماده به شکلی نوشته شده است که عملاً حضور پزشکان غیرروان‌پزشک در این کمیسیون حضوری صوری است و قاعدتاً فقط می‌توانند به نظر تخصصی هم‌کار روان‌پزشک خود اعتماد کنند. یعنی، در واقع کمیسیون سه‌نفره در این جا مفهومی ندارد و قرار است یک یا دو نفر غیرروان‌پزشک نظر روان‌پزشک را تأیید کنند که برخلاف فلسفه‌ی لزوم نظرات چند خبره برای محدود کردن آزادی و اختیار بیمار است و بنابراین، در جهت راحتی عمل روان‌پزشک و ایجاد حمایت قانونی برای او است، و نه حمایت واقعی از حقوق بیماران.</p> <p><b>۴-</b> در شرایطی که روان‌پزشک به تعداد کافی نباشد، قاعدتاً تکمیل اعضای کمیسیون با دکترای روان‌شناس بالینی یا سلامت واجد صلاحیت برای تصمیم‌گیری راجع به سلامت روان بیمار منطقی‌تر از آن است که نظر پزشکان متخصص غیرمرتبط (مانند ارولژیست یا ارتوپد) ملاک تصمیم‌گیری قرار گیرد.</p> <p><b>۵-</b> برای حفظ حقوق بیماران در بیمارستان‌هایی که تعداد روان‌پزشک کافی وجود ندارد، باید چاره‌ای دیگر اندیشیده شود و این کمیسیون نمی‌تواند کارآیی خاصی در این جهت داشته باشد.</p>
<p><b>۸- پزشک قانونی:</b> روان‌پزشک معرفی شده از سوی سازمان پزشکی قانونی کشور.</p>	<p><b>۵- پزشک قانونی:</b> روان‌پزشک معرفی شده از سوی سازمان پزشکی قانونی کشور.</p>	<p><b>متخصص پزشکی قانونی (پزشک قانونی) روان‌پزشک نیست.</b></p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
		طبق مصوبات شوراهای آموزشی وزارت بهداشت، «پزشکی قانونی» یکی از تخصص‌های پزشکی است و دارندگان این تخصص روان‌پزشک نیستند. بر اساس تعریف ارائه شده و ضرورت روان‌پزشک بودن، لازم است دست کم عنوان این بند به «روان‌پزشک قانونی» تغییر کند.
<p><b>ماده ۲- بستری اختیاری</b> افراد مبتلا به اختلال روانی با تأیید پزشک مقیم بیمارستان یا روانپزشک معالج و با رضایت آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی وی انجام می‌گیرد.</p> <p><b>تبصره-</b> برای بستری اختیاری افراد کمتر از (۱۸) سال، در صورت عدم دسترسی به سرپرست قانونی، رضایت مادر کفایت می‌کند.</p>	<p><b>ماده ۲- بستری اختیاری</b> افراد مبتلا به اختلال روانی با تأیید پزشک مقیم بیمارستان یا روان‌پزشک معالج و با رضایت آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی وی انجام می‌گیرد.</p> <p><b>تبصره-</b> برای بستری اختیاری افراد کمتر از (۱۸) سال، در صورت عدم دسترسی به سرپرست قانونی، رضایت مادر کفایت می‌کند.</p>	<p style="text-align: center;"><b>با حقوق بیماران و خودمختاری آنان در تعارض است.</b></p> <p>رضایت سرپرست قانونی صرفاً در جایی می‌تواند برای بستری فرد به کار برود که فرد خودش صلاحیت تصمیم‌گیری در این زمینه را نداشته باشند. بنابراین، در حالی که قرار دادن «یا» بین رضایت آگاهانه‌ی فرد و سرپرست قانونی این معنا را دارد که اگر پزشک تصمیم به بستری فرد بگیرد و خود فرد رضایت نداشته باشد، رضایت سرپرست قانونی کفایت می‌کند که طبیعتاً درست نیست. این بند با حقوق بیماران منافات دارد و لازم است مجدداً طوری نوشته شود که معلوم باشد رضایت سرپرست قانونی فقط در مواردی ملاک است که خود فرد صلاحیت تصمیم‌گیری در این زمینه را نداشته باشد.</p>
-	<p><b>ماده ۳- ترخیص از بستری اختیاری.</b> با رضایت آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی وی یا تشخیص روان‌پزشک معالج انجام می‌گیرد.</p>	<b>درست نیست.</b>
		<p>به دلایل بالا، این ماده نافی حقوق بیمار است. یعنی در شرایطی که بیماری (حتا دچار اختلال شدید روانی) به طور اختیاری بستری شده است و هم پزشک معالج و هم خود بیمار برای بستری توافق دارند، سرپرست قانونی او می‌تواند به طور یک‌طرفه بیمار را ترخیص کند. طبیعتاً این موضوع حق بیمار را برای دریافت درمان‌های لازم نفی می‌کند. برای مثال، در بسیاری موارد ممکن است بیماری که افکار خودکشی دارد خودش هم مایل به بستری و درمان هستند و با نظر پزشک معالج به طور اختیاری بستری و درمان می‌شوند.</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهاری نظر کارشناسی
		بر اساس این ماده، سرپرست بیمار می‌تواند علی‌رغم نظر پزشک معالج و خود بیمار او را ترخیص کند که احتمال آسیب دیدن چنین بیمارانی بسیار زیاد است.
<b>ماده ۳- بستری ضروری</b> پس از انجام معاینات لازم و در صورت تشخیص و وضعیت آشفته‌ی روان یا بحران روانی و فقدان راه مناسب دیگر برای اقدامات درمانی فرد، مطابق ترتیبات مقرر در مواد بعدی این قانون صورت می‌گیرد.	<b>ماده ۴- بستری اجباری</b> 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.	<b>نیاز به تصریح دارد:</b> لازم است به طور روشن تصریح شود که برای بستری اجباری وجود «هر سه شرط» زیر الزامی است: <b>الف-</b> تشخیص اختلال شدید روان‌پزشکی <b>ب-</b> وجود خطر آسیب جدی برای خود یا دیگران <b>ج-</b> فقدان راه مناسب دیگر برای درمان فرد
<b>ماده ۴-</b> شروع فرآیند بستری ضروری به یکی از شیوه‌های ارجاع فرد توسط روانپزشک، یا دستور مرجع قضایی یا روش مندرج در ماده (۸) این قانون صورت می‌گیرد.	<b>ادغام در یک ماده</b>	
<b>ماده ۵-</b> در صورت تشخیص لزوم بستری ضروری توسط روانپزشک، وی می‌تواند فرد را به همراه نتیجه معاینات موید این وضعیت به بیمارستان معرفی کند.	<b>ادغام در یک ماده</b>	
<b>ماده ۶-</b> در صورت وجود شواهدی مبنی بر لزوم ارزیابی جهت بستری ضروری فرد و استنکاف وی از حضور برای معاینه توسط روانپزشک، مراتب به مرجع قضایی صالح گزارش می‌شود. مرجع یادشده پس از اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی، در خصوص لزوم یا عدم لزوم بستری ضروری فرد تصمیم‌گیری می‌نماید. مرجع قضایی در صورت	<b>ماده ۵-</b> 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	بخش دوم این ماده (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.) در کار روان‌پزشکی اخلاقی ایجاد می‌کند، بی آن که کمکی برای سلامت بیماران باشد.

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

ماده‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
<p>تأیید لزوم بستری، فرد را به بیمارستان اعزام می‌کند. مرجع یاد شده در صورت ضرورت، پزشک قانونی را به محل اعزام می‌کند که در صورت لزوم با <b>همراهی نیروی انتظامی</b> خواهد بود.</p>	<p>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.</p>	<p>طبق این بخش، اگر فردی به طور تصادفی به مطب یک روان‌پزشک مراجعه کند و ادعا کند که هم‌سایه‌اش قصد آسیب رساندن به خود را دارد، روان‌پزشک مسؤول می‌شود که موضوع را به «مرجع قضایی» یا «نیروی انتظامی» گزارش کند. در حالی که اساساً روان‌پزشک نه وظیفه‌ای در این خصوص دارد، نه امکان راستی‌آزمایی ادعاها را دارد، و نه امکانی برای وارد کردن بیمار به درمان. در واقع، این وظیفه‌ی بخش‌های انتظامی و اورژانس و مانند آن است که به چنین مواردی رسیدگی کند، و نه روان‌پزشک. از سوی دیگر، در شرایطی که مرجع قضایی خاص یا واحد خاصی در نیروی انتظامی برای این موارد وجود ندارد، عملاً روان‌پزشک بدون وجود حمایت ساختاری لازم درگیر فرایندهایی بی‌نتیجه می‌شود که در نهایت، هم از وقت او برای کمک به بیماران دیگر را از بین می‌برد و هم زمینه را برای سوءاستفاده و پرونده‌سازی علیه آنان فراهم می‌کند. قاعدتاً در چنین مواردی باید خانواده یا منابع اطلاعات از طریق مراجع قضایی و انتظامی اقدام کنند و نباید وظیفه و مسؤولیت آن بخش‌ها به روان‌پزشکی محول شود که ممکن است اصلاً بیمار را ندیده باشد.</p>
<p><b>ماده ۷-</b> در صورتی که فرد از طریق ارجاع روانپزشک یا <b>دستور مرجع قضایی به بیمارستان معرفی</b> یا اعزام شده باشد، روانپزشک بیمارستان در حداقل زمان ممکن در همان نوبت کاری فرد را معاینه و در صورت تشخیص <b>آشفستگی روان یا بحران روانی</b>، وی را بستری می‌کند. در غیراین صورت <b>فرد به صورت موقت بستری شده و ظرف (۲۴) ساعت از زمان بستری موقت</b>، توسط روانپزشک دیگری معاینه می‌شود. نظر این روانپزشک قطعی و لازم‌الاجرا است.</p>	<p><b>ماده ۶-</b> 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 شدید روانپزشکی و وجود آسیب جدی برای خود و یا دیگران، وی را بستری می‌کند در غیر این صورت، فرد به صورت 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><b>الف. شرایط بستری اجباری در این ماده ناقص است.</b></p> <p>طبق ماده‌ی ۴ جدید، برای بستری اجباری، علاوه بر (۱) تشخیص اختلال روان‌پزشکی شدید و (۲) وجود خطر آسیب جدی (نه آسیب جدی) به خود یا دیگران، لازم است شرط سوم هم وجود داشته باشد و آن عدم امکان درمان دیگر بدون بستری اجباری است. این ماده ناقص نوشته شده است و دوشروط ذکر شده در آن برای بسنایر اجباری کافی نیست.</p> <p><b>ب. بستری اجباری موقت بیمار در شرایطی که پزشک بیمارستان موافق آن نیست مشکلات اجرایی و قانونی ایجاد می‌کند.</b></p>



## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

ماده‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
		<p>۱- این ماده می‌تواند باعث شود که حتی اگر ارجاع اولیه‌ی بیمار برای بستری اجباری با تشخیص درستی انجام نشده باشد، و تشخیص روان‌پزشک شاغل در بیمارستان روان‌پزشکی (به درستی) این باشد که نیازی به بستری اجباری فرد نیست، مجبور باشد دست کم به طور موقت بیمار را بستری اجباری کند. این امر از طرفی در جهت افزایش موارد بستری اجباری و بر ضد حقوق بیماران است و از سوی دیگر نافی نقش روان‌پزشک مسؤول در بیمارستان در تشخیص بالینی برای بستری بیمار است. الزام روان‌پزشک مسؤول در بیمارستان به بستری اجباری موقت بیمار علی‌رغم نظر تخصصی خود و صرفاً بر اساس ارجاع روان‌پزشکی دیگر، نافی استقلال روان‌پزشک در تشخیص و تصمیم‌گیری بالینی است.</p> <p>۲- در بعضی از شهرهای کشور که تعداد روان‌پزشک محدود است (گاهی یک یا دو روان‌پزشک) در عمل امکان ویزیت روان‌پزشک دوم و سوم برای تعیین تکلیف بیمار وجود نخواهد داشت و تصمیم‌گیری بالینی را دچار مشکل اجرایی خواهد کرد. نه می‌توان بیمار را مرخص کرد و نه بستری او را ادامه داد. عدم قابلیت اجرای این مواد در تعدادی از شهرستان‌های کشور موجب مشکلات جدی خواهد شد.</p> <p>۳- معلوم نیست اگر در شرایطی که روان‌پزشکی از بیرون از بیمارستان بیمار را برای بستری اجباری ارجاع داد و روان‌پزشک مسؤول در بیمارستان هم موافق بستری اجباری او نیست، اما به حکم این مواد مجبور شود به طور موقت بیمار را بستری کند، در طی مدت بستری اجباری موقت، اگر هر حادثه‌ای برای او اتفاق بیافتد چه کسی مسؤول آن خواهد بود.</p> <p>۴- این مواد امکان دستور بستری از بیرون از بیمارستان را ایجاد می‌کند و در شرایطی که اغلب بیمارستان‌های روان‌پزشکی با محدودیت تعداد تخت‌های بستری مواجه هستند، پاسخ دادن به این تقاضاهای اضافه و نالازم خارج از توان و امکان بیمارستان‌ها است؛ و اگر هم آن را اجرا نکنند، روان‌پزشک و نیز مسؤولان بیمارستان، طبق ماده‌ی</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
		<p>۳۲ جدید مسؤول هستند و می‌توانند به دادگاه فراخوانده و محکوم شوند. به فرض هم که تمام این شکایات منجر به تبرئه‌ی پزشک و مسؤول بیمارستان شود، بار اجرایی و مالی عمده‌ای برای حل مشکلات قضایی برای آنان ایجاد خواهد کرد و از سوی دیگر هم رسیدگی به این موارد نالازم و جرم‌انگاری شده می‌تواند برای سیستم قضایی باری فوق‌العاده شدید ایجاد کند.</p>
<p>ماده ۸- در صورتیکه فرد به طریقی غیر از ار جاع روانپزشک و یا دستور قضائی 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 به صورت موقت بستری شده و باید ظرف ۲۴ ساعت از زمان پذیرش، توسط روانپزشک معاینه و در صورت تأیید نظریه پزشک اول، فرد را بستری کند. در غیراین صورت، ظرف ۴۸ ساعت از زمان پذیرش توسط روانپزشک دیگری معاینه می‌شود. نظر این روانپزشک قطعی و لازم‌الاجراست.</p>	<p>ماده ۷- در صورتی که فرد به طریقی غیر از ار جاع 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 به صورت 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 لازم‌الاجراست.</p>	<p>ناقص خودمختاری و حقوق بیماران است. در فرایند ارایه‌ی خدمات روانپزشکی به بیماران هم اخلاص ایجاد می‌کند.</p> <p>مشکلات ذکرشده در مواد فوق (به ویژه ماده‌ی ۶ جدید) در این بند هم صادق است.</p>
<p>ماده ۹- در تمام موارد بستری ضروری، 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.</p>	<p>ماده ۸- 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>	<p>ناقص خودمختاری و حقوق بیماران است. در فرایند ارایه‌ی خدمات روانپزشکی به بیماران هم اخلاص ایجاد می‌کند.</p> <p>۱- این ماده نیز بلا تکلیف است و در جهت حل مشکلی از بیماران و حمایت از حقوق آنان نیست. این ماده فقط این امکان را به سیستم روانپزشکی می‌دهد که فرد را بستری</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

ماده‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
		<p>کند و با گزارش موضوع به مرجع قضایی، جلو طرح شکایت از این اقدام (در صورت عدم ضرورت بستری اجباری) را بگیرد.</p> <p>۲- در این ماده معلوم نیست در مواردی که سرپرست قانونی بیمار به بستری رضایت نمی‌دهد، از چه طریق و به کدام مرجع قضایی باید موضوع اطلاع داده شود. پس از آن، مرجع قضایی با این اطلاع چه می‌کند؟ آیا ممکن است علی‌رغم نظر روان‌پزشک یا کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان، مرجع قضایی دستور ترخیص بیمار را بدهد؟ اگر بلی، آیا مرجع قضایی صلاحیت گرفتن تصمیم پزشکی را دارد؟ اگر خیر، اطلاع دادن به مرجع قضایی با چه هدفی است و (جز رفع احتمالی مسؤولیت پزشک بستری‌کننده) چه مشکلی را حل می‌کند؟</p> <p>۳- از سوی دیگر، اگر بستری اجباری بیمار منوط به رضایت آگاهانه‌ی سرپرست قانونی‌اش باشد، بدیهی است که طبق تعریف رضایت آگاهانه، هر زمان که فرد رضایت‌دهنده بخواهد هم می‌تواند از ادامه‌ی آن مداخله (مثلاً بستری اجباری) اعلام انصراف کند و خارج شود. اما در متن فعلی لایحه، شروع بستری اجباری منوط به رضایت آگاهانه شده ولی برای ختم بستری اجباری عدم رضایت یا انصراف فرد یا سرپرست‌اش کافی نیست. این امر هم با تعریف و فلسفه‌ی رضایت آگاهانه در تعارض است و هم در عمل در تصمیم‌گیری بالینی و قانونی ایجاد مشکل می‌کند.</p> <p>۴- در شرایطی که هنوز مراحل اجرایی چنین فرایندهایی مشخص و مستقر نشده است، از زمان تصویب این لایحه روان‌پزشکان و بیمارستان‌ها در ارابه‌ی خدمت به بیمارانی که نیازمند بستری اجباری هستند با مشکل مواجه خواهند بود، چرا که معلوم نیست کدام مرجع قضایی مسؤول رسیدگی به این موارد است و چه گونه و به چه کسی باید گزارشی بدهند. این شرایط، در فقدان زیرساخت‌های لازم، منجر به ایجاد بن‌بست در طی این مراحل بروکراتیک و آسیب به بیماران خواهد شد.</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
		<p><b>۵-</b> با ماده‌ی ۲ جدید در تناقض است. طبق ماده‌ی ۲ جدید، اگر بیمار با تشخیص پزشک و رضایت سرپرست قانونی او بستری شود، این نوع بستری «اختیاری» است، در حالی که در این ماده همان شرایط نام بستری «اجباری» گرفته است.</p>
<p><b>ماده ۱۰-</b> پس از بستری ضروری 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 آنان، به بستگان وی اطلاع داده شود.</p>	<p><b>ماده ۹-</b> 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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>نقض رازداری</b></p> <p>گرچه در شرایط بستری اجباری بخشی از حقوق بیمار (حق تصمیم‌گیری برای بستری شدن) به دلیل مصلحت بالاتر (رفع خطر آسیب زدن به خود یا دیگری) نقض می‌شود، اما این امر نافی سایر حقوق بیماران، از جمله حق محرمانگی و تکلیف سیستم پزشکی به حفظ رازداری نیست. گرچه در اصلاح انجام‌شده تا حدی حلقه‌ی رازداری مشخص شده است، اما باز هم امکان نقض رازداری بدون ملاحظه‌ی ضوابط و شرایط دیگر بیمار، ناقض حق او برای محرمانه ماندن اطلاعات پزشکی است که ممکن است حتی از سوی بستگان نیز مورد سوءاستفاده قرار گیرد.</p>
<p><b>ماده ۱۱-</b> در تمام موارد بستری ضروری، 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 ضروری بیش از دو ماه، منوط به تأیید مرجع قضایی با کسب نظر پزشک قانونی می‌باشد.</p>	<p><b>ماده ۱۰-</b> 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.</p>	<p><b>با ترکیب در نظر گرفته‌شده برای کمیسیون روانپزشکی بیمارستان، این ماده با لزوم اخذ نظر متخصصان متعدد برای نقض حق خودمختاری بیمار در تعارض است.</b></p> <p>همان‌طور که در ذیل بند ۷ ماده‌ی ۱ ذکر شد، با تعریف فعلی کمیسیون روانپزشکی بیمارستان (که می‌تواند صرفاً از یک روانپزشک و دو پزشک دیگر با تخصص غیرمرتبط تشکیل شود) این کمیسیون صلاحیت تصمیم‌گیری برای بستری بیمار (بیش از یک هفته و آن هم تا دو ماه) را ندارد. تصمیم‌گیری تخصصی درباره‌ی مشکل روانپزشکی فرد و لزوم بستری اجباری نسبتاً درازمدت (و سلب آزادی او) به معنی تصمیم‌گیری غیرتخصصی و</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
		نافی حقوق بیمار، هم از نظر گرفتن بهترین تصمیم بالینی و هم از نظر خودمختاری او، است.
<p><b>ماده ۱۲- فردی که بستری ضروری شده است باید حداقل هر (۲۴) ساعت یک بار توسط روان‌پزشک معاینه شود و هر زمان که روان‌پزشک معالج ادامه بستری را ضروری تشخیص ندهد نسبت به ترخیص وی اقدام نماید.</b></p>	<p><b>ماده 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.</b></p>	<p>با توجه به عدم تعریف و تصریح ضوابط ادامه‌ی بستری اجباری و موکول کردن آن به تشخیص روان‌پزشک معالج، ناقض حق خودمختاری بیمار است.</p> <p>۱- این ماده ترخیص بیماری را که بستری اجباری شده است را به «تشخیص روان‌پزشک معالج مبنی بر عدم ضرورت بستری» منوط دانسته است، در حالی که طبیعتاً بعد از رفع اندیکاسیون (موارد ضرورت) بستری اجباری (خطر آسیب جدی و قریب‌الوقوع به خود یا دیگری) بیمار حق دارد از بیمارستان مرخص شود. در این شرایط ممکن است هم‌چنان از نظر پزشکی برای ادامه‌ی درمان او بستری ضرورت داشته باشد، اما چون معیارهای لازم برای «بستری اجباری» برطرف شده است، ادامه‌ی بستری باید منوط به انتخاب و اختیار بیمار و با احترام به حق خودمختاری او باشد.</p> <p>۲- این ماده در جهتی است که تشخیص روان‌پزشک راه، فارغ از وجود ضرورت‌های مشخص و تعریف‌شده، برای ادامه‌ی بستری اجباری کافی می‌داند؛ در صورتی که برای شروع بستری اجباری نظر یک روان‌پزشک به تنهایی کافی نبوده است و آن هم به شرط تأیید وجود اندیکاسیون مشخص (خطر آسیب قریب‌الوقوع جدی به خود یا دیگران) توسط بیش از یک روان‌پزشک ممکن است.</p>
<p><b>ماده ۱۳- در طول دوران بستری ضروری؛ فرد یا سرپرست قانونی وی حق دارند که از روان‌پزشک معالج درخواست ترخیص نمایند. در صورت مخالفت روان‌پزشک معالج با این درخواست، موضوع برای تعیین تکلیف به کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان ارجاع می‌شود. در صورت مخالفت</b></p>	<p><b>ماده 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.</b></p>	<p><b>ناقض حق خودمختاری بیمار است.</b></p> <p>۱- طبق ماده‌ی ۸ جدید، بستری اجباری موکول به رضایت سرپرست قانونی بیمار است (جز در مواردی که او نیز رضایت ندهد و موضوع به مرجع قضایی اعلام می‌شود). طبق تعریف رضایت آگاهانه، اگر شروع مداخله‌ی درمانی (بستری اجباری) موکول به رضایت</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
<p>کمیسیون با ترخیص وی، درخواست بعدی نباید زودتر از دو هفته انجام شود.</p>		<p>آگاهانه‌ی سرپرست قانونی است، ادامه‌ی آن نیز منوط بر تداوم رضایت وی است و هر زمان که او اختیار کند، می‌تواند تقاضای رفع بستری اجباری کند. طبیعتاً در این شرایط، مثل موردی که در شروع بستری رضایت آگاهانه داده نشود، ادامه‌ی بستری اجباری باید موکول به نظر مقام قضایی باشد و کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان نمی‌تواند در این زمینه تصمیم بگیرد.</p> <p>۲- در این ماده به بیمار یا سرپرست قانونی او حق داده شده است که درخواست ترخیص کند و در صورت مخالفت پزشک معالج، ادامه‌ی بستری به نظر کمیسیون روان‌پزشکی محول شده است. طبیعتاً در این شرایط نیز همان مشکلات مترتب بر عدم صلاحیت تخصصی کمیسیون روان‌پزشکی در شرایطی که تعداد روان‌پزشکان کافی نباشند، وجود دارد.</p> <p>۲- حذف محدودیت در ارائه‌ی درخواست جدید توسط بیمار یا سرپرست قانونی در زمان زودتر از دو هفته از درخواست قبلی، مورد تأیید است.</p> <p>۳- در بسیاری از بیمارستان‌های دانشگاهی، بخشی عمده از بیماران بستری اجباری هستند و تقاضای ترخیص دارند. ارجاع تمام این موارد به کمیسیون روان‌پزشکی و بررسی واقعی و کارشناسانه‌ی آن عملی نیست و صرفاً می‌تواند با اعتماد به نظر روان‌پزشک معالج منجر به «تأیید صوری» لزوم تداوم بستری اجباری بیمار شود. بدیهی است این شرایط نیز با خودمختاری بیماران و برخورداری از حق واریسی وضعیت خود وسط فرد یا گروهی مستقل منافات دارد.</p> <p>۴- متن این ماده و فرایندهای در نظر گرفته‌شده به گونه‌ای است که در بیمارستان‌های پُر ارجاع (مانند اغلب بیمارستان‌ها و بخش‌های روان‌پزشکی دانشگاهی) امکان اجرا ندارد و به دلیل کثرت درخواست بیماران برای ترخیص، یا کمیسیون باید به ناچار بدون بررسی کامل به نظر روان‌پزشک معالج اعتماد و آن را تأیید کند، یا برای کم کردن بار پرونده‌های نیازمند بررسی، برای تکرار درخواست ترخیص توسط بیماران</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
		محدودیت بگذارد که می‌تواند به معنی تداوم بستری اجباری بیمار در شرایط نالازم باشد.
<p><b>ماده ۱۴-</b> فردی که مطابق ماده (۶) این قانون به دستور مرجع قضایی، بستری ضروری شده است اما بعداً معیارهای لازم برای ادامه بستری ضروری را از دست بدهد از بیمارستان ترخیص و مراتب به اطلاع مرجع یادشده می‌رسد. چنانچه مرجع قضایی، شخص یا مرجعی را برای تحویل وی معین کرده باشد به همان شخص یا مرجع تحویل داده می‌شود.</p>	<p><b>ماده ۱۳-</b> 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.</p>	<p><b>مورد قبول است.</b></p>
<p><b>ماده ۱۵-</b> ترخیص از بستری اختیاری، با رضایت آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی وی یا تشخیص روانپزشک معالج انجام می‌گیرد.</p>	<p>دو ماده ادغام و در قالب یک ماده (<b>ماده ۱۴</b>) ارائه گردید.</p>	
<p><b>ماده ۱۶-</b> 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 غیراین صورت موضوع جهت اتخاذ تصمیم نسبت به ترخیص بیمار به کمیسیون پزشکی بیمارستان ارجاع می‌شود و کمیسیون در صورت لزوم، موضوع را به مرجع قضایی منعکس می‌نماید.</p>	<p><b>ماده ۱۴-</b> 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</p>	<p><b>ناقض حق خودمختاری بیمار است.</b></p> <p><b>۱-</b> محدود کردن شمول این ماده به موارد «بستری اجباری یا بستری اختیاری که با رضایت سرپرست قانونی انجام شده است» بخشی از مشکل را حل کرده است، اما کماکان باید توجه داشت که بستری با رضایت سرپرست قانونی بستری اختیاری محسوب نمی‌شود و یکی از انواع بستری اجباری است چرا که خود بیمار در بستری شدنش اختیاری ندارد و طبیعتاً منظور از اختیاری بودن استفاده‌ی شخص بیمار از حق خودمختاری است، و نه تصمیم سرپرست قانونی او.</p> <p><b>۲-</b> حتا در بیماری که در شرایط حاد و به دلیل احتمال آسیب رساندن به خود یا دیگری بستری اجباری شده است، پس از رفع ضرورت بستری اجباری دلیلی ندارد که ترخیص</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
		<p>او منوط به تحویل دادن‌اش به فردی باشد. برای مثال، فردی که در دوره‌ای دچار افسردگی با افکار خودکشی بوده است و به دلیل خطر خودکشی بستری اجباری شده است، پس از رفع آن خطر بنا به تشخیص پزشک معالج‌اش، هیچ دلیلی وجود ندارد که تا زمان تحویل گرفته شدن توسط کسی در بیمارستان بماند. این شرایط هم طبیعتاً برخلاف حقوق بیماران، خودمختاری آنان و سلب آزادی آنان است.</p>
<p><b>ماده ۱۷-</b> بیماران ترخیص شده از بیمارستان که بی‌خانمان بوده یا از سوی خانواده مورد پذیرش قرار نمی‌گیرند به مرجع قضایی معرفی می‌شوند. افراد یادشده تا زمان تصمیم‌گیری مرجع قضایی تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار می‌گیرند. سازمان یادشده موظف است از طریق سازوکارهای قانونی مربوط، نسبت به ارائه خدمات به آنان اقدام نماید.</p>	<p><b>ماده ۱۵-</b> 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 موسسات اجتماعی و بازتوانی قرار می‌گیرد. سازمان‌ها، نهادها و موسسات 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.</p>	<p><b>ناقص خودمختاری بیماران و آزادی افراد دارای سابقه‌ی اختلال روانی است.</b></p> <p>در این ماده، بیماران بی‌خانمانی که پس از طی بستری (چه اجباری و چه اختیاری) ضرورت بستری‌شان رفع شده است، ترخیص‌شان منوط به تصمیم مرجع قضایی شده و تا آن زمان هم «باید» تحت پوشش بهزیستی قرار گیرند. در صورتی که خود بیمار خواستار این حمایت‌ها باشد، این شرایط پذیرفتنی و موجه است، اما در شرایطی که بعد از رفع اندیکاسیون بستری (اجباری یا اختیاری) خود بیمار خواهان چنین شرایطی نباشد، اجبار به این امر منافی خودمختاری بیمار است. برای مثال، فردی که بی‌خانمان است و به دلیل افسردگی و با خواست خودش به بیمارستان روان‌پزشکی مراجعه کرده و بستری شده است، چرا بعد از درمان افسردگی‌اش نباید بتواند به خواست خود بیمارستان را ترک کند؟ شاید منظور تدوین‌کنندگان لایحه ایجاد حمایت برای این بیماران بوده است، اما چیزی که نوشته شده، ضمن آن که امکان عملی شدن ندارد، نافی حقوق بیماران است.</p>
<p><b>ماده ۱۸-</b> مرجع صدور دستور درمان ضروری جامعه‌نگر و تعیین مدت آن، کمیسیون روانپزشکی بیمارستان یا پزشک قانونی است و اجرای آن با مراکز و موسسات ارائه‌دهنده درمان ضروری جامعه‌نگر می‌باشد.</p>	<p><b>ماده ۱۶-</b> «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</p>	<p><b>عدم قابلیت اجرا به دلیل فقدان هر گونه تجربه‌ی قبلی در این زمینه در کشور و نبود ساختارهای لازم.</b></p> <p>۱- نه تجربه‌ی «درمان اجباری جامعه‌نگر» در ایران وجود دارد و نه سازوکارها و ساختارهای لازم برای آن وجود دارد. عملاً این ماده از موضوعی صحبت می‌کند و</p>



## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
<p><b>تبصره -</b> وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است امکان ارائه درمان ضروری جامعه‌نگر را در مراکز و موسسات یادشده طبق قوانین موجود فراهم کند. صدور مجوز تأسیس مراکز و موسسات مذکور و نظارت بر آنها بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.</p>	<p>است و اجرای آن با مراکز و مؤسسات ارایه‌دهنده درمان اجباری جامعه‌نگر می‌باشد.</p> <p><b>تبصره -</b> وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است امکان ارایه درمان اجباری جامعه‌نگر را در مراکز و مؤسسات یاد شده، طبق قوانین موجود فراهم کند. صدور مجوز تأسیس مراکز و مؤسسات مذکور و نظارت بر آنها بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.</p>	<p>اختیارات و تکالیفی را ایجاد می‌کند که در عمل و در واقعیت حتا به شکل پایلوت نمونه‌ای از آن در ایران تجربه نشده است.</p> <p><b>۲-</b> این ماده قابلیت اجرا ندارد و بیش‌تر به شکل ترجمه‌ای از متون کشورهای دیگر اخذ شده است. حتا اصطلاح به‌کاررفته برای آن نیز دقیق نیست و قاعدتاً منظور درمان‌های اجباری است که بدون نیاز به بستری و در عرصه‌ی جامعه انجام می‌شوند، و اصطلاح «جامعه‌نگر» برای این نوع درمان اجباری نامناسب است. این درمان با نگاه به جامعه و در نظر گرفتن شرایط جامعه است یا این که در عرصه‌ی جامعه ارایه می‌شود؟</p> <p><b>۳-</b> به دلیل عدم وجود هر نوع تجربه‌ای در این زمینه در ایران، حتا در متن لایحه‌ی فعلی نیز مشخص نشده معیارهای ورود/اجبار به این نوع درمان چیست، توسط چه کسانی و با چه معیارهایی و چه نوع درمان‌هایی ارایه خواهند شد، نحوه‌ی نظارت بر آن چه گونه است و بسیاری موارد دیگر که باید روشن باشند. این ماده فاقد دقت علمی و قانونی لازم است و تنها به شکل کلی گفته که کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان یا پزشک قانونی دستور آن را صادر می‌کنند، اما برای چه مشکلاتی و با چه ضوابطی معلوم نیست.</p>
<p><b>ماده ۱۹ -</b> تشنج درمانی ضروری مستلزم پیشنهاد روانپزشک معالج، تأیید روانپزشک دیگر 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.</p>	<p><b>ماده ۱۷ -</b> 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.</p>	<p><b>مورد قبول است.</b></p>
<p><b>ماده ۲۰ -</b> مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی منحصراً برای پیشگیری از رفتار آسیب‌زننده فرد به خود یا دیگران، اخلال</p>	<p><b>ماده ۱۸ -</b> مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی منحصراً در فرآیند بستری و برای پیشگیری از رفتار آسیب‌زننده فرد به</p>	<p>برخی اشکالات رفع شده، اما همچنان فاقد دقت کافی است و می‌تواند منجر به نقض حقوق آنان شود.</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

ماده‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
<p>در برنامه‌های درمانی خود یا سایر بیماران یا جلوگیری از تخریب اموال انجام می‌شود. استفاده از این روش‌ها برای تنبیه فرد یا به علت کمبود امکانات و کارکنان ممنوع است. <b>تبصره ۱-</b> صدور دستور مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی فرد و تمدید آن فقط بر عهده روانپزشک معالج یا پزشک مقیم بیمارستان است. کارکنان آموزش دیده نیز می‌توانند تا زمان صدور دستور پزشکی صرفاً در موارد فوریت پزشکی (اورژانس) نسبت به این امر اقدام کنند.</p> <p><b>تبصره ۲-</b> دستورالعمل مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی 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.</p>	<p>خود یا دیگران، اخلاف 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 به علت کمبود امکانات و کارکنان ممنوع است.</p> <p><b>تبصره ۱-</b> صدور دستور مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی فرد و تمدید آن فقط بر عهده روانپزشک معالج یا پزشک مقیم بیمارستان است.</p> <p><b>تبصره ۲-</b> 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.</p>	<p>۱- اعمال پیش‌نهاد قبلی انجمن روان‌درمانی ایران مبنی بر لزوم اضافه شدن این توضیح که «این اقدام فقط یک مداخله در جریان و با هدف درمان است» بخشی از مشکل این ماده را رفع کرده است.</p> <p>۲- اصلاح نوشتار ماده به شکلی که تصریح شود دستور «مهار فیزیکی و جداسازی فیزیکی» را نمی‌توان برای افرادی صادر کند که بیمار نباشند یا بستری نباشند، بخشی از مشکل را حل کرده است.</p> <p>۳- اصلاح دیگری که با اضافه کردن «در حد ضرورت و متناسب با رفتار بیمار» انجام شده بخشی دیگر از مشکلی که در نامه‌ی قبلی انجمن علمی روان‌درمانی ایران ذکر شده بود را رفع کرده است. [به جز مورد اول و آن هم در موارد آسیب به سلامت افراد و در صورتی که رفتار بیمار ناشی از بیماری او باشد، از نظر پزشکی، در سایر موارد نمی‌توان آزادی و حرکت بیماری را به طور فیزیکی سلب کرد (او را بست) یا او را در اتاقی جدا نگاه داشت. برای مثال، به دلیل فحاشی یا داد زدن نمی‌توان برای بیماری مهار فیزیکی به کار برد، گرچه ممکن است منجر به رنجش و آسیب روانی در دیگران شود].</p> <p>۴- نکته‌ی بسیار مهم دیگر این است که مهار و جداسازی فیزیکی صرفاً محدود به مواردی است که با مداخلات روان‌شناختی و درمان‌های دارویی متناسب نتوان مشکل را حل کرد. این ضرورت هم در ماده‌ی قانونی ذکر نشده است و می‌تواند منجر به اجرای این مداخلات ناخوش‌آیند در موارد غیرضروری شود.</p> <p>۵- این ماده فاقد دقت علمی لازم است و به جای حمایت از حقوق بیماران می‌تواند به حقوق آنان آسیب بزند.</p> <p>۶- در این ماده «وزیر بهداشت» مسؤول تصویب دستورالعمل مهار و جداسازی فیزیکی ذکر شده است که قاعدتاً منظور وزارت بهداشت است.</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

ماده‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهاری نظر کارشناسی
<p><b>ماده ۲۱-</b> برای انجام هرگونه پژوهش بر افراد محجور دارای اختلال روانی، علاوه بر اخذ رضایت آگاهانه فرد شرکت‌کننده در پژوهش و سرپرست قانونی وی، کسب تأییدیه کارگروه اخلاق در پژوهش موسسه و یا کارگروه وزارتی اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موضوع آئین‌نامه اجرایی قانون پیشگیری و مقابله با تقلب در تهیه آثار علمی موضوع تصویب‌نامه شماره ۶۶۶۱۲/ت/۵۵۶۸۶ هـ مورخ ۱۳۹۸/۰۵/۳۰ ضروری است.</p>	<p><b>ماده ۱۹-</b> 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.</p>	<p>مورد قبول است.</p>
<p><b>ماده ۲۲-</b> مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور موظف است در صورت دریافت گزارش مبنی بر وجود اختلال روانی فرد، در محل حضور یافته و در صورت لزوم و حسب مورد فرد را به بیمارستان یا مراکز و موسسات ارائه‌دهنده درمان ضروری جامعه‌نگر یا اورژانس اجتماعی بهزیستی منتقل نماید. نیروی انتظامی موظف است با درخواست مرکز مربوط همکاری‌های لازم در این زمینه را به عمل آورد.</p>	<p><b>ماده ۲۰-</b> مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور موظف است در صورت دریافت گزارش مبنی بر وجود اختلال شدید روانپزشکی همرا 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 ارایه دهنده درمان اجباری جامعه‌نگر منتقل نماید. نیروی انتظامی موظف است با درخواست مرکز مربوط همکاری‌های لازم در این زمینه را به عمل آورد.</p>	<p>با اصلاح انجام‌شده مورد قبول است.</p>
<p><b>ماده ۲۳-</b> نیروی انتظامی موظف است فردی را که در حال اقدام به خودکشی یا رساندن آسیب جدی به خود می‌باشد به منظور بررسی وضعیت وی به بیمارستان انتقال دهد.</p> <p><b>تبصره-</b> مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور و سازمان آتش‌نشانی و خدمات ایمنی و همچنین فوریت پزشکی (اورژانس) اجتماعی بهزیستی موظفند در اینگونه</p>	<p><b>ماده ۲۱-</b> نیروی انتظامی موظف است فردی را که در خطر اقدام به خودکشی یا رساندن آسیب جدی به خود می‌باشد به منظور بررسی وضعیت وی به بیمارستان در انتقال ایشان همکاری لازم را بعمل آورد.</p> <p><b>تبصره -</b> مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور و سازمان آتش‌نشانی و خدمات ایمنی موظفند در اینگونه موارد</p>	<p>با اصلاح انجام‌شده مورد قبول است.</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
موارد به محض اطلاع با امکانات و تجهیزات لازم به منظور کمک‌رسانی در محل حاضر شوند.	به محض اطلاع با امکانات و تجهیزات لازم به منظور کمک‌رسانی در محل حاضر شوند.	
<p><b>ماده ۲۴-</b> هرگاه در جریان رسیدگی به دعاوی و شکایات، شواهد یا قرائنی دال بر وجود اختلال روانی هر یک از طرفین وجود داشته باشد، مرجع قضایی موظف است فرد را برای انجام معاینات روانپزشکی و اخذ نظر کارشناسی به پزشکی قانونی معرفی کند. چنانچه مرجع یادشده نظر کارشناس پزشکی قانونی را با شواهد موجود منطبق نبیند، پرونده را با ذکر دلایل برای جلب نظر هیأت کارشناسی مجدداً به پزشکی قانونی ارجاع می‌دهد. در هر صورت مرجع قضایی با لحاظ نظر کارشناسی پزشکی قانونی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.</p>	<p><b>ماده ۲۲-</b> هرگاه در جریان رسیدگی به دعاوی خانوادگی و کیفری، قرائنی دال بر وجود اختلال شدید روانپزشکی در هر یک از طرفین وجود داشته باشد، مرجع قضایی موظف است فرد را برای انجام معاینات روانپزشکی و اخذ نظر کارشناسی به پزشکی قانونی معرفی کند. چنانچه مرجع یادشده نظر کارشناس پزشکی قانونی را با شواهد موجود منطبق نبیند، پرونده را با ذکر دلایل برای جلب نظر هیأت کارشناسی مجدداً به پزشکی قانونی ارجاع می‌دهد. در هر صورت مرجع قضایی با لحاظ نظر کارشناسی پزشکی قانونی مبادرت به صدور رأی می‌نماید.</p>	<p><b>افزایش انگ ساختاری به بیماران دارای سابقه‌ی اختلال شدید روان‌پزشکی</b></p> <p>۱- با تبدیل «اختلال روانی» به «اختلال شدید روان‌پزشکی» بخشی از مشکل حل شده است.</p> <p>۲- بر اساس این ماده، اگر فردی که از فردی دیگر (برای مثال برای کلاهبرداری) شکایت کرده است، شواهد و قرائنی از ابتلا به یک اختلال شدید روانی داشته باشد، برای این که بتواند دعوای خود را در دادگاه پی‌گیری کند، نخست باید توسط پزشکی قانونی بررسی شود. در حالی که ممکن است اختلال روانی او هیچ تأثیری در عدم قدرت قضاوت او در زمینه‌ی شکایت‌اش نداشته باشد. این امر باعث افزایش انگ بیماری روانی در اختلالات شدید روان‌پزشکی می‌شود. برای مثال، سابقه‌ی اختلال دوقطبی یا افسردگی اساسی یا حتی سابقه‌ی بستری روان‌پزشکی قبلی نباید باعث شود فرد مورد چنین انگی قرار گیرد. در واقع، در این جا حداقل دو شرط برای ارجاع فرد به پزشکی قانونی باید در این ماده تصریح شود: (۱) شواهد وجود اختلال شدید روان‌پزشکی در حال حاضر و (۲) احتمال تأثیر آن بر قضاوت فرد در زمینه‌ی موضوع دعوای طرح‌شده.</p> <p>۳- گرچه با تغییر انجام‌شده تا حدی مشکل انگ‌زایی این ماده کم‌تر شده است، اما در صورت عدم اصلاح موارد ذکرشده در بالا، هم‌چنان تبعات منفی جدی در افزایش انگ بیماری‌های روانی شدید، عدم مراجعه‌ی بیماران برای دریافت مراقبت‌ها و درمان‌های لازم، مخفی‌سازی اختلالات قبلی و عدم پذیرش درمان برای نداشتن چنین سابقه‌ای، و اثر منفی بر سلامت روان جامعه خواهد داشت و حتا به اعتبار بین‌المللی پزشکی و روان‌پزشکی و نظام سلامت کشور آسیب خواهد زد.</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

ماده‌های اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهاری نظر کارشناسی
<p><b>ماده ۲۵-</b> 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 روان‌پزشکی مورد نیاز در صورت اعمال مجازات یا آزادی فرد</p> <p>۸- لزوم یا عدم لزوم دستور بستری ضروری و تعیین مدت آن</p>	<p><b>ماده ۲۳-</b> 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 روان‌پزشکی مورد نیاز در صورت اعمال مجازات یا آزادی فرد.</p> <p>۸- لزوم یا عدم لزوم دستور بستری اجباری و تعیین مدت آن.</p>	<p>اظهاری نظر کارشناسی</p>
<p><b>ماده ۲۶-</b> چنانچه در جریان رسیدگی کیفری یا در حین اجرای مجازات، متهم یا محکوم علیه با اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی مبتلا به اختلال روانی تشخیص داده شود، به گونه‌ای که نیازمند اقدامات مراقبتی و درمانی باشد، مرجع قضایی مکلف است وی را به بیمارستان روانپزشکی قانونی</p>	<p><b>ماده ۲۴-</b> چنانچه در جریان رسیدگی کیفری یا در حین اجرای مجازات، متهم یا محکوم علیه با اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی مبتلا به اختلال شدید روانپزشکی تشخیص داده شود، به گونه‌ای که نیازمند اقدامات مراقبتی و درمانی باشد، مرجع قضایی مکلف است وی را به بیمارستان</p>	<p>فاقد دقت لازم برای یک متن قانونی است.</p> <p>تمام افراد مبتلا به اختلالات روانی که در این ماده ذکر شده است نیاز به بستری ندارند و بسیاری از آنان ممکن است نیازمند مداخلات سرپایی روان‌شناختی یا دارویی باشند. لازم است در این ماده ذکر شود که به مراکز روان‌پزشکی ارجاع می‌شوند و بسته به نوع بیماری، خدمات لازم را به طور سرپایی یا بستری دریافت می‌کنند. بخش پایانی ماده هم فقط</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
<p>منتقل نماید. مدت بستری در بیمارستان جزو 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 روان‌پزشکی 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 دستورالعملی است که با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیروی انتظامی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.</p> <p>تبصره ۳- سازمان برنامه و بودجه کشور مکلف است اعتبارات لازم جهت اجرای این ماده را در لوایح بودجه سنواتی پیش‌بینی نماید.</p>	<p>روان‌پزشکی 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 روان‌پزشکی 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 هیأت وزیران می‌رسد.</p> <p>تبصره ۳- سازمان برنامه و بودجه کشور مکلف است اعتبارات لازم جهت اجرای این ماده را در لوایح بودجه سنواتی پیش‌بینی نماید.</p>	<p>مربوط به آن گروه از افرادی است که نیاز به بستری دارند. در این مورد هم لازم است ضرورت رعایت ضوابط لازم برای بستری اجباری به تصریح ذکر شود و مثلاً در صورت عدم وجود شرایط لازم برای بستری «اجباری» نمی‌توان فردی را که در حین گذراندن دوران محکومیت خود است از حق خودمختاری او برای انتخاب درمان محروم کرد و بدون رضایت خودش او را بستری کرد. متن فعلی در معرض استفاده‌ی نابجا از سیستم روان‌پزشکی است و می‌تواند به اعتبار روان‌پزشکی کشور آسیب بزند یا شائبه‌ی سوءاستفاده از آن برای مقاصد غیر پزشکی را ایجاد کند.</p>
<p>ماده ۲۷- در مورد پرونده‌های کیفری، پزشکی قانونی باید در فرآیند رسیدگی و تا پایان اجرای حکم حداکثر هر شش ماه یکبار وضعیت فرد را رسیدگی کرده و تغییرات احتمالی ایجاد شده در موارد مندرج در ماده (۲۵) این قانون را حسب مورد به مرجع قضایی مربوط اعلام نماید.</p>	<p>ماده ۲۵- در مورد پرونده‌های کیفری، پزشکی قانونی باید در فرآیند رسیدگی و تا پایان اجرای حکم حداکثر هر شش ماه یکبار 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>	
<p>ماده ۲۸- در موارد مربوط به بستری، پزشک قانونی موظف است قبل از اتمام مدت بستری، فرد را مورد ارزیابی مجدد</p>	<p>ماده ۲۶- در موارد مربوط به بستری، پزشک قانونی موظف است قبل از اتمام مدت بستری، فرد را مورد ارزیابی مجدد قرار</p>	

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

ماده‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
قرار دهد تا درباره نگهداری، مراقبت و درمان بیمار کیفری در بیمارستان روانپزشکی و امکان تحمل کیفر وی اظهار نظر نماید.	دهد تا درباره نگهداری، مراقبت و درمان بیمار در بیمارستان روان پزشکی و امکان تحمل کیفر وی اظهار نظر نماید.	
<b>ماده ۲۹-</b> مرجع قضایی در صدور احکام محجوریت افراد مبتلا به اختلال شدید روانی موظف است فرد برای انجام معاینات روانپزشکی و اخذ نظر کارشناسی به پزشکی قانونی ارجاع دهد.	<b>ماده ۲۷-</b> مرجع قضایی در صدور احکام محجوریت موظف است فرد را برای انجام معاینات روان پزشکی و اخذ نظر کارشناسی به پزشکی قانونی ارجاع دهد.	
<b>ماده ۳۰-</b> نظر کارشناسی پزشکی قانونی در مورد محجوریت افراد موضوع ماده (۲۹) این قانون به استثنای صغار باید حداقل متضمن موارد زیر باشد: - حدود ناتوانی ذهنی فرد در تصمیم‌گیری راجع به امور مالی از قبیل تهیه لوازم اولیه و تعیین سقف اختیارات مالی وی و امور غیرمالی - لزوم نصب سرپرست، شرایط و حدود اختیارات وی - تعیین فواصل زمانی معاینات دوره‌ای - پیش‌بینی مدت ناتوانی فرد در تصمیم‌گیری	<b>ماده ۲۸-</b> 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.	
<b>ماده ۳۱-</b> در کلیه مواردی که برای تشخیص اختلال روانی، فردی از سوی مرجع قضایی به پزشکی قانونی ارجاع می‌شود، اعلام نظر کارشناسی باید بر اساس معیارهای مندرج در بندهای (۱)، (۲) و (۳) ماده (۱) این قانون نسبت به ابتلا یا عدم ابتلای فرد به اختلال روانی باشد.	<b>ماده ۲۹-</b> در کلیه مواردی که برای تشخیص اختلال شدید روانپزشکی، فردی از سوی مرجع قضایی به پزشکی قانونی ارجاع می‌شود، پزشکی قانونی موظف است بر اساس معیارهای مندرج در بند (۱) و تبصره ذیل آن بند در ماده (۱) این قانون، نسبت به ابتلا یا عدم ابتلای فرد به اختلال شدید روانپزشکی اعلام نظر کارشناسی نماید.	

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مصوبات کمیته	مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	اظهار نظر کارشناسی
حذف	<p><b>ماده ۳۲-</b> سازمان‌های بیمه‌گر موظفند علاوه بر پوشش بیمه‌ای خدمات فعلی، خدمات روانپزشکی زیر را نیز تحت پوشش بیمه‌ای قرار دهند:</p> <p>۱- توانبخشی و کاردرمانی بیماران بستری و سرپایی</p> <p>۲- خدمات درمانی سرپایی و بستری سوء مصرف مواد</p> <p>۳- بستری و مراقبت در مدت زمان موردنیاز بر اساس ضوابط مقرر در این قانون.</p> <p>۴- داروهای رایج روانپزشکی بر اساس فهرست ارائه شده سالانه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p> <p>۵- مشاوره و روان‌درمانی توسط روان‌پزشک و سایر متخصصین حوزه سلامت روان که از مراجع قانونی مجوز فعالیت دارند.</p> <p>۶- سایر خدماتی که به تصویب شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌رسد.</p> <p><b>تبصره ۱-</b> دولت موظف است هزینه‌های مربوط به خدمات قابل ارائه به افراد مبتلا به اختلال روانی در بخش دولتی را که بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر نمی‌باشد، همه‌ساله در لوایح بودجه سنواتی ذیل ردیف‌های وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیش‌بینی نماید.</p> <p><b>تبصره ۲-</b> منظور از خدمات قابل ارائه به افراد مبتلا به اختلال روانی، هرگونه اقدام در جهت پیشگیری و تشخیص اختلال روانی افراد، در مان و مراقبت از آنان و همچنین</p>	حذف آن مورد قبول است.



## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
توانمندسازی و بازگرداندن آنان به خانواده با هدف حفظ و ارتقای سلامت روان می‌باشد.		
<p><b>ماده ۳۳-</b> افراد مبتلا به اختلال روانی 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. ناقض حقوق یاد شده حسب مورد به مجازات تعزیری درجه (۷) موضوع مواد (۱۹) و (۲۰) قانون مجازات اسلامی- مصوب ۱۳۹۲- محکوم خواهد شد.</p> <p><b>تبصره-</b> برخورداری افراد مبتلا به آشفتگی روان یا بحران روانی از حق اعمال رضایت آگاهانه و انتخاب آزادانه صرفاً در زمان وجود علائم حاد بیماری منوط به تشخیص کمیسیون روانپزشکی بیمارستان است.</p>	<p><b>ماده ۳۰-</b> افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی 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 هر گونه 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 هردو از درجه ۶ می‌باشد، مگر اینکه در قوانین دیگر مجازات شدیدتری تعیین شده باشد.</p> <p>تبصره - برخورداری افراد مبتلا به اختلال شدید روانپزشکی از حق اعمال رضایت آگاهانه و انتخاب آزادانه صرفاً در زمان وجود علائم حاد بیماری منوط به تشخیص کمیسیون روانپزشکی بیمارستان است.</p>	<p><b>فایده دقت کافی و نقض‌کننده‌ی خودمختاری بیماران</b></p> <p>در تبصره باید ذکر شود:                      برخورداری افراد مبتلا به اختلال شدید روانپزشکی از حق اعمال رضایت آگاهانه و انتخاب آزادانه «در زمینه‌ی بستری اجباری» صرفاً در زمان وجود علائم حاد بیماری منوط به تشخیص کمیسیون روانپزشکی بیمارستان است.                      در بیماری که واجد شرایط سه‌گانه‌ی لازم برای درمان اجباری است و مثلاً احتمال خطر قریب‌الوقوع برای خود یا دیگران ندارد، نمی‌توان به سادگی و با نظر کمیسیون روانپزشکی بیمارستان او را مجبور به دریافت درمان بدون رضایت خودش کرد. در صورتی که قرار باشد درمان اجباری به جز موارد تصریح‌شده در مواد قبلی نیز تجویز شود، این امر مستلزم تعریف دقیق شرایط لازم است.</p>
<p><b>ماده ۳۵-</b> تحقیر و توهین به افراد مبتلا به اختلال روانی در رسانه‌های جمعی، اعم از دولتی و غیردولتی و سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران و همچنین تحدید حقوق آنها ممنوع است. مرتکب حسب مورد به مجازات</p>	<p><b>ماده ۳۱-</b> تحقیر و توهین به افراد به جهت ابتلا به اختلال روانپزشکی 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.</p>	<p><b>جرم‌انگاری بیش از حد و تشدید انگ بیماری‌های روانی</b></p> <p>۱- این ماده در معرض آن است که هر نوع طنز یا نوشته و نمایش غیردقیق از اختلالات روانی را (گرچه درست و قابل توصیه نیستند) جرم‌انگاری کند و هم در عرصه‌هایی مانند رسانه‌های جمعی و صداوسیما قابل اجرا نیست، و هم این که در صورت اجرا،</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

**انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)**

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
<p>تعزیری درجه (۷) موضوع مواد (۱۹) و (۲۰) قانون مجازات اسلامی محکوم خواهد شد.</p>		<p>می‌تواند منجر به تشکیل پرونده‌های متعدد شود که الزاماً ضرورت یا منفعتی در پی ندارد.</p> <p>۲- بسیاری از موارد مندرج در این مواد (مانند توهین یا محروم کردن فرد از حقوق خود) در حال حاضر و نسبت به تمام افراد جرم است و مجازات‌های آن معلوم است. جدا کردن افراد دچار بیماری‌های روانی از این نظر، کمکی به حفظ حقوق آنان نخواهد کرد، بلکه با جدا کردن و نشان‌دار کردن آنان از سایر بخش‌های جامعه، آنان را در جایگاه فرودست قرار می‌دهد که برخلاف نیت تدوین‌کنندگان لایحه، موجب افزایش انگ این بیماری‌ها می‌شود.</p>
<p><b>ماده ۳۶-</b> هر شخصی که به هر طریق مانع از اعمال مقررات این قانون گردد، به یکی از مجازات‌های تعزیری درجه (۶) موضوع ماده (۱۹) قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شود. چنانچه علی‌رغم مسئولیت در اجرای این قانون، مانع از آن شود، به یکی از مجازات‌های درجه (۵) موضوع ماده (۱۹) قانون مذکور محکوم می‌گردد.</p>	<p><b>ماده ۳۲-</b> هر شخصی که بطور 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 ۵ 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 ۴ محکوم می‌گردد.</p>	<p><b>جرم‌انگاری بیش از حد و نیز تبدیل تخلفات یا قصورها و نقصان‌های ناگزیر طبابت و روان‌پزشکی به جرایم مشمول مجازات‌های سنگین مادی</b></p> <p>۱- این ماده می‌تواند زمینه‌ای باشد که مسایل یا نقصان‌های ناگزیر در طبابت و روان‌پزشکی، به جای آن که با عنوان قصور یا تخلف حرفه‌ای روبه‌رو شود، جرم‌انگاری شود و مشمول مجازات‌هایی بر اساس قانون مجازات اسلامی شود.</p> <p>۲- از سوی دیگر، با توجه به ابهام‌ها و مشکلات متعدد فعلی در این لایحه و عدم وجود زمینه‌های لازم برای اجرای آن، ناگزیر موارد فراوانی پیش خواهد آمد که مواد این لایحه قابل اجرا نخواهد بود (عمدتاً به دلیل مشکلات موجود در خود لایحه) و صرفاً به دلیل عدم رعایت مواد این قانون و بی آن که هیچ قصور و تقصیری هم نسبت به بیمار اتفاق بیافتد یا اثر سوئی بر سلامت او گذاشته شود، افراد متعدد (از جمله پزشکان، روان‌پزشکان و مسؤولان بیمارستان‌ها) درگیر فرایندهای قضایی مختلف و وقت‌گیر خواهند بود؛ و چه بسا محکوم به مجازات‌های تعزیری مانند حبس‌هایی با زمان قابل توجه شوند.</p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

**انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)**

مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهار نظر کارشناسی
		<p>۳- بی‌شک جرم‌انگاری طبابت روان‌پزشکی، صرفاً به دلیل عدم رعایت فرایندهای تعریف‌شده در این لایحه و بدون این که کمکی به ارتقای خدمات ارائه‌شده به بیماران باشد، باعث شیوع «پزشکی تدافعی» خواهد شد و لاجرم تبعات منفی جدی بر اراییه‌ی خدمت به این بیماران خواهد داشت.</p> <p>۴- گرچه در اصلاح انجام‌شده مجازات‌ها به مجازات نقدی محدود شده است، اما تشدید مجازات‌ها در این اصلاح باعث شده است که دامنه‌ی مجازات‌های تعیین‌شده برای نقش تمام مواد این لایحه (که بعضاً بسیار بی‌اهمیت‌تر از بقیه هستند) بسیار زیاد باشد و قطعاً منجر به عدم تمایل برای اشتغال در بخش‌های مشمول این لایحه و عدم دریافت خدمات لازم توسط بیماران خواهد شد.</p> <p>۵- با توجه به این که امکان تغییر متن این ماده در فرایند پیش رو در مجلس وجود دارد و مثلاً ممکن است قید محدودکننده‌ی مجازات به مجازات نقدی حذف شود، در آن صورت مجازات‌های دیگر موجود در این ماده که اتفاقاً در جریان اصلاح تشدید هم شده است، منجر به شکایات متعدد، احتمال سوءاستفاده از آن و تشکیل پرونده‌های جزایی متعدد، اتلاف وقت فراوان روان‌پزشکان و مسؤولان بیمارستان‌ها در فرایندهای قضایی متعدد و نهایتاً تبعات منفی جدی در اراییه‌ی خدمات به بیماران می‌شود.</p> <p>۶- برای جلوگیری از این امر لازم است تخلف‌های مختلف از مواد این لایحه دسته‌بندی شده و متناسب با شدت و اهمیت هر دسته مجازات‌های مربوط تعیین شود. شکل فعلی این ماده قطعاً منجر به افزایش نارضایتی در کادر درمان، در پیش گرفتن «طبابت تدافعی»، و کاهش کمیت و کیفیت خدمات ارائه‌شده به بیماران می‌شود.</p>
<p><b>ماده ۳۷-</b> در صورتیکه تخلف یا ممانعت از اجرای مواد این قانون منجر به فوت، نقص عضو، ازکارافتادگی یا تشدید بیماری جسمی و یا روانی فرد گردد، متخلف علاوه بر</p>	<p><b>ماده ۳۳-</b> 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 قضاییه، نیروی انتظامی، مرکز</p>	<p><b>ماده‌ی ۳۳ جدید مورد قبول است.</b></p>

## جدول مقایسه‌ی مواد لایحه‌ی اعلام وصول شده با مصوبات کمیته و ارائه‌ی نظرات کارشناسی

### انجمن علمی روان‌درمانی ایران (اسفندماه ۱۳۹۹)

ماده‌ی اعلام وصول شده	مصوبات کمیته	اظهاری نظر کارشناسی
قصاص یا پرداخت دیه، به یکی از مجازات‌های درجه (۴) موضوع ماده (۱۹) قانون مجازات اسلامی محکوم می‌شود.	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.	
<b>ماده ۳۸-</b> آئین‌نامه 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.	<b>ماده ۳۴-</b> 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.	مورد قبول است.