

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



مقدمه

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

**وضعیت سلامت روان ایرانیان:**

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

**بررسی‌های قانونی:**

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

مخصوص سخن علمی

مشخصات لایحه

دوره یازدهم - سال اول

شماره ثبت:

۱۳۶

مشخصات گزارش

تهیه و تدوین:

سمیه صدیقی

ناظران علمی:

کمیل قیدرلو

مهدی مختاری پیام

شماره مسلسل:

۲۱۰۱۸۳۵۲

تاریخ انتشار:

۱۴۰۱/۵/۱۹



دفتر مطالعات اجتماعی



۱. پیمایش ملی سلامت روان ۱۳۹۰ - ۱۳۸۹، احمد حاجبی، عباس متولیان، میترا حفاظی، رضا رادگودرزی، آفرین رحیمی‌موفر، ونداد شریفی، معصومه امین‌اسماعیلی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت روانی اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی تهران.

2. Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile, Islamic Republic of Iran.

## بررسی‌های قانونی:

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

## ارزیابی لایحه پیشنهادی:

ارزیابی‌های صورت گرفته در خصوص لایحه نشان می‌دهد که مواد مندرج در لایحه در پنج محور قابل دسته‌بندی است:

- بستری اجباری بیماران مبتلا به اختلالات روانی
- راهکار جایگزین بستری اجباری
- حمایت از حقوق اجتماعی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در جامعه
- ایجاد ادبیات مشترک بین روانپزشکان و مراجع قضایی
- نحوه همکاری مراکز امدادی در مورد فوریت‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی

با توجه به وجود برخی چالش‌های اساسی در حوزه بستری بیماران روانی و با در نظر داشتن محورهای فوق، نقاط قوت و ضعف لایحه به شرح زیر است:

### نقاط قوت:

- پرداختن به بیماری‌های روانی و جمعیت بسیار آسیب‌پذیر: با توجه به بار بالای بیماری‌های روانی، روند رو به رشد آن و هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن بر خانوارها و جوامع و همچنین رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه و همچنین ارتقای سلامت روان و شاخص‌های آن در بندهای «۲» و «۳» سیاست‌های کلی سلامت، توجه به حوزه اختلالات روانی در لایحه حاضر امری مثبت به‌شمار می‌رود.
- بستری اجباری بیماران مبتلا به اختلالات روانی: از آنجایی که در روان‌پزشکی برخلاف بسیاری از رشته‌های دیگر، به کارگیری مداخله‌های غیراختیاری در برخی شرایط ضرورت پیدا می‌کند و این موضوع تأثیر بسیاری بر آزادی و حق انتخاب فرد دارد، بنابراین با در نظر داشتن اصول حقوق بشر و اخلاق پزشکی؛ بحث بستری اجباری به یکی از موضوع‌های مهم قانون بهداشت روان تبدیل شده است. بنابراین با توجه به ابعاد پیامدی این مسئله از دو منظر حقوق بیمار و حقوق روانپزشک معالج، پرداختن لایحه به این موضوع و رفع خلأ قانونی در این رابطه مثبت ارزیابی می‌شود.
- افزایش مسئولیت روان‌پزشکان در فرایند تصمیم‌گیری پیرامون بستری و ترخیص بیماران: این مسئله می‌تواند به افزایش دقت در تشخیص و تصمیم‌گیری در مورد لزوم، عدم لزوم مراقبت‌های درمانی و بستری به‌ویژه در موارد دریافت دستور بستری توسط مراجع قضایی منجر شود و با توجه به پیش‌بینی معاینات دوره‌ای، از نگهداری غیرضروری بیماران در بیمارستان پیشگیری کند.
- تعیین نحوه همکاری مراکز امدادی در مورد فوریت‌های بیماران مبتلا به اختلالات روانی: در قوانین فعلی نحوه تعامل و همکاری دستگاه‌های امدادی در خصوص امدادرسانی به افراد مبتلا به اختلالات روانی (در شرایط اورژانسی) تعیین نشده است. این امر موجبات کاهش پاسخگویی و ناهماهنگی دستگاه‌های ذی‌ربط و متعاقباً خدمت‌رسانی ضعیف در این‌باره را فراهم می‌کند. در این لایحه سعی شده تا از طریق تصریح نحوه همکاری مراکز امدادی در این خصوص، چالش‌های مذکور برطرف شود.

- **حمایت بیشتر از حقوق روان‌پزشکان در مقایسه با حقوق بیماران:** در حالی که براساس مقدمه توجیهی لایحه، هدف اساسی حمایت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی بوده، اما مواردی در لایحه وجود دارد که بیشتر نشان‌دهنده حمایت از ارائه‌دهندگان خدمت است تا بیماران. مانند موضوع مواد (۲) و (۳) مصوبات کمیسیون که به بستری یا ترخیص اختیاری بیمار اشاره می‌کند که مستلزم اخذ رضایت سرپرست قانونی است. در بستری اختیاری بیمار با رضایت خود و آگاهی کامل به مرکز درمانی مراجعه و بستری می‌شود. لذا گرفتن رضایت از سرپرست قانونی در زمان بستری یا ترخیص وی نه تنها در راستای حمایت از حقوق بیمار نیست بلکه ممکن است موجب تضییع حقوق وی نیز شود.

- **وجود برخی ابهام‌ها در مواد پیشنهادی:** به‌رغم تأکید بند «۹» سیاست‌های کلی نظام قانونگذاری در خصوص شفافیت و عدم ابهام در قوانین، در ماده (۶) مصوبات کمیسیون، اختیارات نهایی برای بستری و ترخیص افراد را در موارد ارجاعی از سوی روان‌پزشک یا مرجع قضایی، به روان‌پزشکان بیمارستان واگذار می‌کند. این در حالی است که چنانچه بیمار برای گذراندن دوران مجازات خود با دستور قاضی به بیمارستان منتقل شده باشد، بیمارستان اجازه مداخله در دستور قاضی را نخواهد داشت.<sup>۱</sup> لذا تصمیم‌گیری نهایی در مورد بستری، در مواردی که از سوی دستگاه قضا ارجاع داده می‌شود و در واقع اجرای حکم قلمداد می‌شود، از نظر قانونی خارج از صلاحیت روان‌پزشکان است. بنابراین لازم است با در نظر داشتن نحوه ارجاع بیمار، متن ماده پیشنهادی مورد اصلاح قرار گیرد.

- **وجود احکام ناقص و بلا تکلیف:** در برخی مواد لایحه شاهد احکام مبهم و معلق هستیم. به‌عنوان مثال در مواد (۹) و (۱۶) مصوبات کمیسیون، دلایل ارجاع موضوع به مراجع قضایی نامشخص است و ادامه فرایند آن و اقدام‌هایی که از سوی مرجع ذی‌صلاح و یا بیمارستان باید انجام گیرد نیز مشخص نشده است.

- **تصدی‌گری بیمارستان‌های قضایی روان‌پزشکی:** ایجاد بیمارستان‌های قضایی روان‌پزشکی مطابق تبصره «۱» ماده (۲۶) لایحه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی علاوه بر اینکه مغایرت با تبصره «۲» ماده (۱۵۰) قانون مجازات اسلامی<sup>۴</sup> دارد، تقبل ایجاد مراکز درمانی مشترک برای مراجعه‌کنندگان عادی و سایر مراجعان ارجاع شده از سوی دستگاه قضا، (با توجه به اقدامات امنیتی و حفاظتی بیماران مرتبط به دستگاه قضا) می‌تواند زمینه‌ساز بروز چالش‌های متعددی در ارائه خدمات و سایر مسائل مرتبط به بیماران با در نظر داشتن شرایط روحی و روانی آنان شود. در سایر کشورها نیز وظیفه اداره و راه‌اندازی بیمارستان‌های روان‌پزشکی قانونی برعهده دستگاه قضایی آن کشور است به‌نحوی که از عنوان بیمارستان‌های جنایی<sup>۵</sup> برای این بیمارستان‌ها استفاده می‌شود که در آن مجرمان ضمن زندانی بودن، تحت درمان می‌باشند. **قابل ذکر است که در صورت اصرار به تصویب این ماده، ضمن اینکه ضرورت دارد صراحتاً در لایحه حکم تبصره «۲» ماده (۱۵۰) قانون مجازات اسلامی نسخ شود، لازم است جهت رفع چالش‌های کنونی ناشی از بستری بیماران عادی روانی با مجرمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به تفکیک بیمارستان‌های قضایی از سایر بیمارستان‌های روان‌پزشکی برای بیماران عادی اقدام کند.**

- **پرداختن به موضوع «راهکار جایگزین بستری اجباری» به‌عنوان موضوع مرتبط به ارائه خدمات در قوانین دائمی:** در حال حاضر در ایران تنها راه درمان اجباری بیماران، بستری کردن آنهاست<sup>۶</sup> که این موضوع علاوه بر تحمیل هزینه‌های زیاد بر خانواده‌ها و سیستم سلامت کشور باعث اشغال تخت‌های بیمارستانی می‌شود. این در حالی است که در بسیاری از کشورهای جهان با ایجاد جنبش سلامت روان

۱. به موجب اصل (۳۶) قانون اساسی، حکم به مجازات و اجراء آن باید تنها از طریق دادگاه صالح و به موجب قانون باشد.

۲. ماده (۹)- در تمام موارد بستری اجباری، بیمارستان باید رضایت آگاهانه سرپرست قانونی فرد را کسب نماید. در صورت عدم امکان کسب رضایت سرپرست قانونی فرد برای بستری ضروری، بیمارستان مکلف است ظرف ۲۴ ساعت موضوع را به مرجع قضایی اطلاع دهد.

۳. ماده (۱۶)- در صورت عدم دسترسی به سرپرست قانونی یا خودداری او از تحویل گرفتن بیمار ترخیصی، بیمار با رضایت مادر یا همسر یا فرزندان یا برادر یا خواهر وی ترخیص می‌شود. در غیر این صورت موضوع جهت اتخاذ تصمیم نسبت به ترخیص بیمار به کمیسیون روان‌پزشکی بیمارستان ارجاع می‌شود و کمیسیون در صورت لزوم موضوع را به مرجع قضایی منعکس می‌نماید.

۴. تبصره «۲» ماده (۱۵۰)- «قوه قضائیه موظف است مراکز اقدام تأمینی را در هر حوزه قضایی برای نگهداری افراد موضوع ماده (افراد مجنون) تدارک ببیند.»

5. Criminal Hospital

۶. براساس گزارش وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۸، ۹۰۰۰ تخت روان‌پزشکی در کل کشور بوده که این تعداد تخت در ۳۴ بیمارستان تک تخصصی و ۷۶ بیمارستان عمومی پراکنده است. براساس آمار بیش از ۹۰ درصد بیماران بستری در این مراکز را افراد مبتلا به اختلال شدید روان‌پزشکی تشکیل می‌دهد.

جامعه‌نگر (CMHM)<sup>۱</sup> رویکردهای دیگری را برای بهبود و ارتقای سلامت روان در جامعه به کار گرفته‌اند. به‌رغم اهمیت موضوع مذکور، به‌نظر می‌رسد این قبیل اقدام‌ها در راستای فعالیت و وظایف ذاتی وزارت بهداشت بوده به‌نحوی که وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت در کشور موظف به ارائه خدمات مطابق به‌روزترین روش‌های روز با در اختیار داشتن منابع لازم و بهره‌مندی از ظرفیت‌های موجود در کشور است. لذا نیازی به درج در قوانین دائمی ندارد.

اگرچه در حین بررسی مواد لایحه در کمیته طرح و لوایح کمیسیون تخصصی، ایرادهای مرتبط به مواد لایحه اعلام وصول شده مطرح و مورد اصلاح قرار گرفت، اما با توجه به نقاط قوت و ضعف مطرح شده، به‌نظر می‌رسد برخی مواد پس از تصویب در کمیسیون تخصصی **همچنان از ابعاد حقوقی و یا قانونی حائز ایرادهایی است** که به شرح جدول ۲ (پیوست گزارش) نظرات کارشناسی به تفکیک مواد ارائه شده است.

#### جمع‌بندی و پیشنهاد

وسعت و پیچیدگی مسائل سلامت روان در جامعه و نیاز روزافزون مردم به این خدمات و ازسوی‌دیگر حمایت از این بیماران به‌عنوان قشر آسیب‌پذیر در جامعه، سبب توجه سیاستگذاران و متولیان سلامت روان در کشور شده است. از این‌رو لایحه مذکور نیز با هدف حمایت از بیماران و برطرف کردن برخی چالش‌های مرتبط در حوزه‌های حقوقی و اجرایی ازسوی دولت ارائه شد. گفتنی است در نتیجه بررسی لایحه در کمیسیون تخصصی، عنوان به **لایحه حمایت از بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی** تغییر یافت.

نتایج بررسی‌ها نشان داد که به‌رغم اینکه لایحه حاضر، از حیث پرداختن به موضوع‌هایی از قبیل رفع خلأ قانونی در موضوع بستری اختیاری و اجباری، افزایش نقش روان‌پزشکان در فرایند تصمیم‌گیری پیرامون بستری بیماران و ... مثبت ارزیابی می‌شود اما در مقابل ایرادهای متعددی در ابعاد گوناگون متوجه لایحه است که از حیث اهمیت آن، خلأ تقنینی در این حوزه و همچنین احتمال بروز مشکلات در اجرایی شدن مواد، همچنان نیازمند بررسی دقیق‌تر است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود **لایحه پیشنهادی با رعایت تشریفات مندرج در آیین‌نامه داخلی جهت بررسی بیشتر به کمیسیون تخصصی عودت داده شده و پس از رفع ایرادها مجدداً در دستور کار صحن مجلس قرار گیرد.**

جدول ۱. توصیه کارشناسی در خصوص مواد پیشنهادی

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

جدول ۲. ارزیابی مفاد مصوبه کمیسیون در خصوص لایحه پیشنهادی

اظهار نظر کارشناسی	مصوبه کمیسیون
	<p><b>ماده (۱) -</b> در این قانون اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:</p> <p><b>اختلال شدید روان پزشکی:</b> زیرگروهی از اختلالات روان پزشکی است که با تخریب موقتی یا دائمی در یک یا چند حوزه از عملکردهای روانی فرد مرتبط با تفکر، ادراک، هیجان، تکلم و رفتار همراه بوده و موجب اختلال جدی در یک یا چند حوزه از فعالیت‌های زندگی فرد می‌شود. این اختلال توسط روان‌پزشک تشخیص داده می‌شود.</p> <p><b>تبصره -</b> موارد زیر به تنهایی و بدون وجود شرایط مندرج در تعریف فوق، اختلال شدید روان پزشکی تلقی نمی‌گردد:</p> <p>(الف) مصرف مواد مخدر، روان‌گردان، الکل یا هر نوع دارو و ماده شیمیایی دیگر.</p> <p>(ب) رفتار غیرقانونی 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 به‌طور غیرمتعارف.</p>
<p>مطابق تعریف مورد تأیید وزارت بهداشت،<sup>۱</sup> «بستری شده» عبارت از بیماری است که در بیمارستان پذیرش شده و برای دریافت خدمات و مراقبت‌های درمانی به بخش بستری منتقل شده باشد.</p> <p>به نظر می‌رسد تعریف عبارت «بستری» در لایحه نیازمند اصلاح است چراکه انجام اقدامات تشخیصی بستری محسوب نشده و مشمول دسته‌بندی اختیاری و اجباری و سایر مواد مرتبط با این موضوع در لایحه نیز نخواهد شد.</p>	<p><b>۲. بستری:</b> 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>هدف از کسب رضایت آگاهانه، مشارکت بیمار در فرایندهای درمانی یا تحقیقاتی با اطلاعات کافی از نحوه اقدامات خواهد بود. بنابراین پذیرش بیمار با مشارکت وی متفاوت است. ضمن اینکه ضروری است برای مشارکت بیمار در مداخلات تحقیقاتی رضایت جداگانه از بیمار دریافت شود. لذا لازم است که این تعریف با هدف حمایت از حقوق بیمار تکمیل و اصلاح گردد.</p> <p>لازم است در این ماده «عبارت پژوهش به جای تحقیقات» به کار رود.</p>	<p><b>۳. رضایت آگاهانه:</b> 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>به نظر می‌رسد در شرایطی که تعداد روان‌پزشک در کمیسیون مذکور کافی نباشد؛ طبیعی است که سایر متخصصان حوزه سلامت روان همچون روانشناس بالینی یا روانشناسان سلامت نسبت به پزشکان عمومی یا پزشکان متخصص در سایر زمینه‌های غیر از روان پزشکی (قلب، ارتوپدی، گوارش و ...) در تشخیص و تصمیم‌گیری در مورد درمان و یا ارزیابی بیماران دارای اختلالات روانی تخصص بیشتری دارند و لذا باید در اولویت قرار گیرند و صرفاً در صورت فقدان متخصصان حوزه سلامت روان در بیمارستان از ظرفیت سایر پزشکان استفاده شود. ضمن اینکه قطعاً مشارکت پزشک جایگزین با دارا بودن هر نوع تخصص در این کمیسیون به دلیل نداشتن اطلاعات تخصصی لازم برای ارائه نظر در کمیسیون، صوری بوده و نظرات دقیق ارائه نخواهد شد.</p> <p>ضمن اینکه لازم است عبارت «به تعداد کافی» در تبصره به نحوی اصلاح شود که به جهت رسمیت یافتن کمیسیون، حداقل دو روان‌پزشک حضور داشته باشند.</p>	<p><b>۴. کمیسیون روان پزشکی بیمارستان:</b> کمیسیونی مرکب از سه نفر روان‌پزشک منصوب از سوی رئیس بیمارستان که باید در بیمارستان‌های دارای تخت بستری روان پزشکی سراسر کشور تشکیل شود.</p> <p><b>تبصره -</b> در صورتی که بیمارستان به تعداد کافی روان‌پزشک نداشته باشد، یک نفر پزشک به انتخاب رئیس بیمارستان جایگزین خواهد شد.</p>
	<p><b>۵. پزشک قانونی:</b> روان‌پزشک معرفی شده از سوی سازمان پزشکی قانونی کشور.</p>

۱. دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ <https://treatment.tbzmed.ac.ir/uploads/30/CMS/user/file/47/aennameh/140.pdf>

مصوبه کمیسیون	اظهار نظر کارشناسی
<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 نیازمند اصلاح است:</b></p> <p>ماده از این جهت که مشخص نکرده است در چه مواردی باید رضایت سرپرست قانونی گرفته شود، حائز ایراد است.</p> <p>به نظر می‌رسد در شرایطی که بستری از نوع اختیاری بوده و رضایت آگاهانه فرد باشد؛ کسب رضایت سرپرست قانونی وی ضرورتی ندارد.</p> <p>ایراد دیگر این ماده تعریف نشدن عبارت «سرپرست قانونی» است. اگر این عبارت در لایحه (در ماده (۱)) تعریف شود، نیازی به وجود تبصره این ماده نیز نخواهد بود.</p> <p>پیشنهاد می‌شود در این ماده عبارت زیر در متن ماده اصلاح و تبصره ذیل آن حذف شود.</p> <p><b>... روان‌پزشک معالج و با رضایت آگاهانه فرد و یا در خصوص افراد صغیر رضایت سرپرست قانونی</b></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>	<p><b>ماده نیازمند اصلاح است:</b></p> <p>در این ماده نیز با توجه به اختیاری بودن ترخیص و وجود دو متغیر «تشخیص روان‌پزشک معالج» و «رضایت آگاهانه فرد»، رضایت سرپرست قانونی به جز برای افراد کمتر از ۱۸ سال ضرورت نخواهد داشت. لازم است ماده به شکل زیر اصلاح شود:</p> <p>... آگاهانه فرد یا سرپرست قانونی برای افراد کمتر از ۱۸ سال یا تشخیص ...</p>
<p><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.</p>	
<p><b>ماده (۵) - در صورتی که فرد بیمار توسط روان‌پزشک معاینه شده و تشخیص لزوم بستری اجباری داده شود،</b> وی می‌تواند فرد را همراه با نتیجه معاینات به بیمارستان معرفی کند. در مواردی که فرد برای معاینه به روان‌پزشک مراجعه نمی‌کند ولی روان‌پزشک شواهد مبنی بر لزوم ارزیابی وی برای بستری اجباری داشته باشد، باید مراتب را به مرجع قضایی یا نیروی انتظامی گزارش کند. مراجع مذکور پس از طی مراحل قانونی و اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی در مورد لزوم یا عدم لزوم بستری اجباری، تصمیم‌گیری می‌نماید.</p>	<p><b>این ماده حائز ایراد است</b> زیرا هم بار مسئولیت برای روان‌پزشک ایجاد می‌کند هم اینکه موجب تجمع مراجعات به مراجع قضایی می‌شود. ضمن اینکه مرجع انتظامی از نظر قانونی رأساً نمی‌تواند این اختیار را داشته باشد و لذا فقط باید به مرجع قضایی ارسال شود. با توجه به تعدد مراجع قضایی، بهتر است از حیث نوع اقدامات در هریک از مراجع، مشخص شود. لذا در این ماده به جای <b>مرجع قضایی</b> بهتر است عبارت «دادستانی» جایگزین گردد.</p>
<p><b>ماده (۶) - در صورتی که فرد از طریق ارجاع روان‌پزشک یا دستور مرجع قضایی</b> 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>ماده به جهت وجود ابهام نیازمند اصلاح است:</b></p> <p>آیا این ماده مواردی را که به دستور مقام قضایی باید در بیمارستان بستری و دوره محکومیت خود را بگذرانند را نیز دربرمی‌گیرد؟ یا آنکه منظور مواردی است که قاضی برای تشخیص به بیمارستان ارجاع داده است؟</p> <p>در نوع اول؛ عدم پذیرش نظر قاضی در این خصوص حتی از سوی متخصصان قابل پذیرش نیست.</p> <p>در حالی که در نوع دوم ارجاع، نظر متخصص در دستور قاضی اثرگذار است.</p> <p><b>بنابراین پیشنهاد می‌شود</b> در ماده بین مواردی که به بیمارستان روانی معرفی می‌شود برای تشخیص و اخذ تصمیم مقتضی با مواردی که بنا به تصمیم مقتضی باید در آن بیمارستان دوران محکومیت خود را بگذرانند تمایز قائل شود.</p> <p>- در برخی استان‌ها و یا شهرها که تعداد روان‌پزشک بیمارستان برای اجرای این ماده کافی نبوده، وضعیت بیمار از حیث بستری یا ترخیص با مشکل مواجه خواهد بود.</p>

اظهار نظر کارشناسی	مصوبه کمیسیون
<p>- مسئولیت بستری موقت بیمار برعهده کدام روان‌پزشک خواهد بود؟ روان‌پزشکی که بیمار را به بیمارستان ارجاع داده و یا روان‌پزشکی که مخالف بستری بیمار خواهد بود.</p>	<p><b>ماده (۷)</b> - در صورتی که فرد به طریقی غیر از ارجاع روان‌پزشک و یا دستور مرجع قضایی به بیمارستان منتقل شده باشد، ابتدا پزشک مقیم بیمارستان در حداقل زمان ممکن در همان نوبت کاری وی را معاینه می‌کند. در صورت تشخیص اختلال شدید روان‌پزشکی و وجود آسیب جدی برای خود و یا دیگران، فرد 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 لازم‌الاجرا است.</p>
<p>به نظر می‌رسد روش ارجاع بیمار مشخصاً قید شود. در حال حاضر متن واجد ابهام است. - وجود این مواد باید تمامی محدودیت‌های تخت‌های بیمارستانی در حوزه روان‌پزشکی را در نظر داشته باشد. هرگونه بستری موقت برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت منجر به افزایش تقاضا برای تخت‌های بستری خواهد شد. - نکات اشاره شده در ماده (۶) در این ماده نیز وارد است.</p>	<p>- این ماده در جهت حمایت حقوقی از روان‌پزشک و یا بیمارستان برای بستری اجباری بیمار صورت گرفته است و حمایت از بیمار در این ماده مدنظر نخواهد بود. - اطلاع به مرجع قضایی در این ماده با چه هدفی انجام می‌شود؟ در این ماده نحوه برخورد مرجع قضایی با موضوع ذکر نشده است. آیا باید منتظر صدور دستور از مرجع بود یا خیر؟ لازم است این ابهام برطرف شود. - همچنان به نظر می‌رسد نوع مرجع قضایی ذکر شده در این ماده از حیث پرداختن به سطوح مختلف موضوعات باید مشخص شود.</p>
<p>از آنجایی که مطابق ماده (۷۹) و (۸۲) قانون امور حسبی در خصوص اختیارات و مسئولیت قیم (سرپرست قانونی) اصلاح مجبور و معالجه او را در حیطه مسئولیت سرپرست قانونی قرار داده است بنابراین در خصوص بستری ضروری و حقوق مجبور و تکالیف کادر درمانی چنانچه خود مجبور توانایی درک را دارا می‌باشد به خود او گفته شود و اگر این توانایی را دارا نبود بنا بر مسئولیتی که قانونگذار برای او تدارک دیده است به سرپرست قانونی گفته شود و همچنین در خصوص ترخیص مجبور از مرکز درمانی نیز می‌بایست سرپرست قانونی در جریان امور قرار گیرد و لزومی به در جریان قرار دادن اعضای خانواده او نمی‌باشد. لذا چنانچه سرپرست قانونی در دسترس نباشد، کمیسیون در این رابطه تصمیم‌گیر باشد.<sup>۱</sup></p>	<p><b>ماده (۸)</b> - 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><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><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>ماده نیاز به اصلاح دارد:</b> - عبارت «هر زمان که روان‌پزشک معالج ادامه بستری اجباری را ضروری تشخیص ندهد» لازم است به عبارت «هر زمان که شروط مندرج در ماده (۴) در ضرورت بستری اجباری برطرف شود» اصلاح گردد.</p>	<p><b>ماده (۱۱)</b> - 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.</p>
<p><b>ماده (۱۲)</b> - 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.</p>	

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

اظهار نظر کارشناسی	مصوبه کمیسیون
مطابق ماده (۶)	<p><b>ماده (۱۳)</b> - فردی که مطابق ماده (۶) 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>دو ماده ادغام و در قالب یک ماده (<b>ماده ۱۴</b>) ارائه گردید.</p>
<p>نکته مورد اشاره در نظر کارشناسی ماده (۹) در این خصوص نیز صادق است.</p> <p>ضمن اینکه در موارد بستری اختیاری که فرد با رضایت آگاهانه خود بستری شده است نیازی به تحویل دادن وی به سرپرست قانونی یا سایر بستگان وجود ندارد.</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 روان پزشکی بیمارستان ارجاع می‌شود و کمیسیون در صورت لزوم، موضوع را به مرجع قضایی منعکس می‌نماید.</p>
<p>عبارت <b>ناتوان</b> در متن ماده ابهام دارد. آیا منظور فرد دارای معلولیت موضوع ماده (۱) قانون حمایت از حقوق معلولان است؟</p> <p>لازم است عبارت «در صورت تمایل فرد بی‌خانمان» به ماده مذکور اضافه شود تا حقوق وی در برخورداری از حمایت سازمان بهزیستی رعایت شده و اجبار در این موضوع وجود نداشته باشد.</p>	<p><b>ماده (۱۵)</b> - بیماران ترخیص شده از بیمارستان که <b>بی‌خانمان یا ناتوان</b> بوده یا از سوی خانواده مورد پذیرش قرار نمی‌گیرند، به مرجع قضایی معرفی می‌شوند. مرجع قضایی موظف است حداکثر طی یک هفته برای بیمار تعیین تکلیف نماید. بیمار بعد از تعیین تکلیف مرجع قضایی در اختیار سازمان‌های مربوطه از قبیل سازمان بهزیستی و یا سایر نهادها و مؤسسات اجتماعی و بازتوانی قرار می‌گیرد. سازمان‌ها، نهادها و مؤسسات یادشده موظف هستند از طریق سازوکارهای قانونی مربوط، نسبت به ارائه خدمات نگهداری و توانبخشی به آنان اقدام نمایند. بدیهی است اعتبارات مربوطه براساس سرانه در اختیار سازمان‌ها و نهادهای مسئول قرار می‌گیرد.</p>
<p>با توجه به اینکه ماهیت ماده پیشنهادی از نوع ارائه خدمات بوده و از طرفی با پیشرفت علم و تخصص در این حوزه تغییرپذیر خواهد بود، لذا درج آن در قوانین دائمی ضرورتی ندارد.</p> <p>ضمن اینکه وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت موظف به استفاده از به‌روزترین روش‌های ارائه خدمات به جامعه می‌باشد، و این قبیل اقدامات نیازمند مجوز قانونی نیست.</p> <p><b>پیشنهاد می‌شود ماده مذکور حذف شود.</b></p>	<p><b>ماده (۱۶)</b> - «<b>درمان اجباری جامعه‌نگر</b>» نوعی از درمان است که با هدف بازگشت مجدد فرد به جامعه جایگزین «<b>بستری اجباری</b>» می‌شود و توسط مراکز سلامت روان <b>جامعه‌نگر</b> ارائه می‌شود. مرجع صدور دستور درمان اجباری جامعه‌نگر و تعیین مدت آن، کمیسیون روان پزشکی بیمارستان یا پزشک قانونی است و اجرای آن با مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده درمان اجباری جامعه‌نگر می‌باشد.</p> <p><b>تبصره</b> - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است امکان ارائه درمان اجباری جامعه‌نگر را در مراکز و مؤسسات یادشده، طبق قوانین موجود فراهم کند. صدور مجوز تأسیس مراکز و مؤسسات مذکور و نظارت بر آنها برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.</p>
<p>عبارت «در فرایند درمان بیمار» بعد از کلمه <b>منحصراً</b> اضافه شود.</p>	<p><b>ماده (۱۷)</b> - <b>تشنج درمانی اجباری</b> مستلزم پیشنهاد روان‌پزشک معالج و تصویب کمیسیون روان پزشکی 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 (۱۸)</b> - مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی منحصراً در فرایند بستری و برای پیشگیری از رفتار آسیب‌زننده فرد به خود یا دیگران، اخلال در برنامه‌های درمانی خود یا سایر بیماران یا جلوگیری از تخریب اموال، در حد ضرورت و متناسب با رفتار بیمار انجام می‌شود. استفاده از این روش‌ها برای تنبیه فرد یا به‌علت کمبود امکانات و کارکنان ممنوع است.</p> <p><b>تبصره «۱»</b> - صدور دستور مهار حرکتی و جداسازی فیزیکی فرد و تمدید آن فقط برعهده 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>

اظهاری نظر کارشناسی	مصوبه کمیسیون
	<p><b>ماده (۱۹)</b> - برای انجام هرگونه پژوهش بر افراد محجور دارای اختلال شدید روان پزشکی، علاوه بر اخذ رضایت آگاهانه فرد شرکت کننده 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><b>ماده (۲۰)</b> - مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور موظف است در صورت دریافت گزارش مبنی بر وجود اختلال شدید روان پزشکی همراه با خطر آسیب به خود یا دیگران، در محل حضور یافته و در صورت لزوم و حسب مورد فرد را به بیمارستان یا مراکز و مؤسسات ارائه دهنده درمان اجباری جامعه نگر منتقل نماید. نیروی انتظامی موظف است با درخواست مرکز مربوط همکاری های لازم در این زمینه را به عمل آورد.</p>
	<p><b>ماده (۲۱)</b> - نیروی انتظامی موظف است فردی را که در خطر اقدام به خودکشی یا رساندن آسیب جدی به خود می باشد به منظور بررسی وضعیت وی به بیمارستان در انتقال ایشان همکاری لازم را به عمل آورد.</p> <p><b>تبصره</b> - مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور و سازمان آتش نشانی و خدمات ایمنی موظفند در این گونه موارد به محض اطلاع با امکانات و تجهیزات لازم به منظور کمک رسانی در محل حاضر شوند.</p>
	<p><b>ماده (۲۲)</b> - هرگاه در جریان رسیدگی به دعاوی حقوقی و کیفری، قبل از اجرای مجازات یا در حین اجرای آن، شواهد و قرائنی دال بر اینکه مشتکی عنه، متهم و یا محکوم علیه ممکن است از نظر روان پزشکی در شرایطی باشد که متوجه روند و ماهیت دادرسی و عواقب احتمالی آن نباشد با اخذ نظر کارشناسی پزشکی قانونی، روند دادرسی تا زمان رفع این شرایط متوقف می شود و فرد با نظر پزشکی قانونی تحت درمان سرپایی یا بستری قرار می گیرد. اگر براساس نظر پزشکی قانونی شرایط فرد قابل رفع نباشد، برای وی سرپرست قانونی تعیین خواهد شد.</p>
	<p><b>ماده (۲۳)</b> - نظر کارشناسی پزشکی قانونی در پرونده های کیفری باید حداقل متضمن موارد زیر باشد:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>۱. ابتلا یا عدم ابتلای فعلی یا قبلی فرد به اختلال روانی با ذکر درجه شدت.</li> <li>۲. در صورت ابتلا به اختلال روانی، ارتباط آن با بزه ارتكابی.</li> <li>۳. قابلیت فرد برای محاکمه.</li> <li>۴. امکان وخامت اختلال روانی فرد در اثر اعمال نوع خاصی از مجازات.</li> <li>۵. قابلیت محاکمه فرد در آینده در صورت عدم ارتباط بیماری با بزه ارتكابی.</li> <li>۶. امکان ایجاد خطر جدی برای خود یا دیگران در صورت آزاد شدن فرد یا اعمال نوع خاصی از مجازات.</li> <li>۷. نوع درمان روان پزشکی مورد نیاز در صورت اعمال مجازات یا آزادی فرد.</li> <li>۸. لزوم یا عدم لزوم دستور بستری اجباری و تعیین مدت آن.</li> </ol>
<p>عبارت «... به مراکز روان پزشکی ارجاع و بسته به نوع بیماری، خدمات لازم سرپایی یا بستری را دریافت کنند. و در صورت نیاز به بستری، بیمار را» بعد از عبارت «مرجع قضایی مکلف است وی را ...» اضافه شود.</p> <p>- در موضوع تبصره «۱»، ضمن مغایرت با بند «ب» ماده (۱۵۰) قانون مجازات اسلامی باید اشاره کرد که واگذاری ایجاد و اداره بیمارستان های روان پزشکی قانونی به قوه قضائیه به معنای نفی تولید نظام سلامت توسط وزارت بهداشت در کشور نیست. بحث تولید با تصدی گری دو موضوع متفاوت بوده که به نظر می رسد در این موضوع، به جهت تخصصی بودن حیطه قضایی بیماران روانی، تربیت نیروی انسانی (کادر بهداشت و درمان) شاغل در بیمارستان های روان پزشکی قانونی و ... واگذاری تخت های قضایی به وزارت بهداشت منطقی به نظر نمی رسد.</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 روان پزشکی تشخیص داده شود، به گونه ای که نیازمند اقدامات مراقبتی و درمانی باشد، مرجع قضایی مکلف است وی را به بیمارستان روان پزشکی قانونی منتقل نماید. مدت بستری در بیمارستان در حکم مدت محکومیت یا بازداشت فرد محاسبه می شود.</p> <p><b>تبصره «۱»</b> - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است ظرف سه سال از تاریخ لازم الاجرا شدن این قانون، به تعداد مورد نیاز بیمارستان روان پزشکی قانونی ایجاد نماید. تا زمان تشکیل این بیمارستان ها از ظرفیت بیمارستان های موجود کشور استفاده می شود.</p> <p><b>تبصره «۲»</b> - تأمین امنیت بیمارستان های مذکور به عهده نیروی انتظامی می باشد. چگونگی همکاری نیروی انتظامی به موجب آیین نامه ای است که با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیروی انتظامی به تصویب هیئت وزیران می رسد.</p>

اظهاری نظر کارشناسی	مصوبه کمیسیون
<p>وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت در کشور مسئول ارائه کلیه دستورالعمل‌ها و استانداردهای لازم جهت ارائه خدمات به بیماران خواهد بود اما اداره مراکز ارائه‌دهنده خدمات وابسته به قوه قضائیه با در نظر داشتن کلیه قوانین و دستورالعمل‌های قوه، برعهده آن نهاد می‌باشد.</p> <p><b>در موضوع تبصره «۲»؛</b> از آنجایی که ماهیت اقدام قضایی است، لازم است آیین‌نامه به تأیید رئیس قوه قضائیه نیز برسد. ضمن اینکه، در صورت اصرار به تصویب، باید صراحتاً حکم تبصره «۲» نسخ شود.</p>	<p><b>تبصره «۳»-</b> سازمان برنامه و بودجه کشور مکلف است اعتبارات لازم جهت اجرای این ماده را در لوایح بودجه سنواتی پیش‌بینی نماید.</p>
	<p><b>ماده (۲۵)-</b> در مورد پرونده‌های کیفری، پزشکی قانونی باید در فرایند رسیدگی و تا پایان اجرای حکم حداکثر هر شش ماه یک بار وضعیت فرد را رسیدگی کرده و تغییرات احتمالی ایجاد شده در موارد مندرج در ماده (۲۳) این قانون را حسب مورد به مرجع قضایی مربوط اعلام نماید.</p>
<p>در این موارد پزشک قانونی مستقلاً صلاحیت ارزیابی و اظهار نظر را نداشته لذا مقام قضایی با اخذ نظر از پزشکی قانونی می‌تواند نسبت به ارزیابی و ... اظهار نظر کند.</p>	<p><b>ماده (۲۶)-</b> در موارد مربوط به بستری، پزشک قانونی موظف است قبل از اتمام مدت بستری، فرد را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد تا درباره نگهداری، مراقبت و درمان بیمار در بیمارستان روان‌پزشکی و امکان تحمل کیفر وی اظهار نظر نماید.</p>
	<p><b>ماده (۲۷)-</b> مرجع قضایی در صدور احکام محجوریت موظف است فرد را برای انجام معاینات روان‌پزشکی و اخذ نظر کارشناسی به پزشکی قانونی ارجاع دهد.</p>
	<p><b>ماده (۲۸)-</b> نظر کارشناسی پزشکی قانونی در مورد محجوریت افراد موضوع ماده (۲۷) این قانون باید حداقل متضمن موارد زیر باشد:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>۲. لزوم نصب سرپرست، شرایط و حدود اختیارات وی.</li> <li>۳. تعیین فواصل زمانی معاینات دوره‌ای.</li> <li>۴. پیش‌بینی مدت ناتوانی فرد در تصمیم‌گیری.</li> </ol>
	<p><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 براساس 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.</p>
<p>عبارت مشخص شده در ماده نیاز به اصلاح به شکل زیر را دارد:</p> <p><b>جزای نقدی یا محرومیت اجتماعی از درجه ۶ یا هر دو</b></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 هرگونه مانع در بهره‌برداری از حقوق مذکور و یا نقض هر یک از این حقوق حسب مورد، علاوه بر اعاده وضعیت و جبران خسارت وارده، مستوجب جزای نقدی یا محرومیت اجتماعی یا هر دو از درجه ۶ می‌باشد، مگر اینکه در قوانین دیگر مجازات شدیدتری تعیین شده باشد.</p> <p><b>تبصره-</b> 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>رفتارهای ذکر شده در این ماده در حال حاضر به موجب ماده (۶۰۸) قانون مجازات اسلامی جرم محسوب شده و مشمول مجازات هستند. از این رو به نظر می‌رسد اختصاص ماده‌ای ویژه به موضوع تحقیر و توهین به این بیماران، منجر به ایجاد انگ اجتماعی برای آنان خواهد شد. بنابراین توصیه می‌شود این ماده حذف شود.</p> <p>همچنین از بعد حقوقی؛ کلمه تحقیر در اینجا تعریف حقوقی ندارد و دارای ابهام مفهومی است و امر قضایی را دچار مشکل می‌کند.</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 ۷ می‌باشد.</p>

اظهار نظر کارشناسی	مصوبه کمیسیون
<p>در عبارت مشخص شده در ماده، حرف «از» زائد بوده و مفهوم را دارای ایراد می‌نماید لذا باید حذف شود.</p> <p>همچنین در خصوص «مانع شدن از اجرای قانون» باید اشاره کرد که این موضوع در ماده (۵۷۶) قانون مجازات اسلامی جرم‌انگاری محسوب شده است و در آن فرد خاطی به انفصال از خدمات دولتی یک تا پنج سال محکوم می‌شود.</p>	<p><b>ماده (۳۲)</b> - هر شخصی که به‌طور عمد مانع از اعمال مقررات مندرج در این قانون، به‌غیر از موارد مذکور در ماده (۳۱) گردد، حسب مورد به جزای نقدی از درجه ۶ محکوم می‌گردد. چنانچه فرد علی‌رغم مسئولیت در اجرای این قانون، مانع از آن شود یا به تکالیف خود عمل نکند، به جزای نقدی از درجه ۵ محکوم می‌گردد.</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 قضائیه، نیروی انتظامی، مرکز فوریت‌های پزشکی، آتش‌نشانی و اورژانس اجتماعی کشور طراحی و اجرا نماید. دستورالعمل و محتوای آموزشی مربوطه، ظرف شش ماه از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دستگاه‌های ذی‌ربط تهیه و ابلاغ می‌گردد.</p>
	<p><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.</p>