Control of the Medical Profession through the Professional Codes of Conduct (Comparative Study of the Approach of Germany and America)

Azad Rezaei[1]

1. Assistant Professor of Law Department of Razi University, Kermanshah , Iran. azadrezaei@yahoo.com

Date Received : 2022/11/13
Date of correction 2022/12/16
Date of Release: 2022/12/23

Abstract

Control of professional and guild institutions in the form of the administrative guardianship is always important. However, it is also possible to control these institutions by setting some professional standards based on autonomy. The medical profession has a special sensitivity due to its connection with the most important aspects of human life and making an effort to bring the performance of its members subject to professional standards which are generally adopted by governmental authorities in the form of codes of ethic. Although, in countries such as Germany and the United States of America, medical unions set these standards in the form of codes of conduct. The professional codes of conduct are more definite than the codes of ethic and have some sanctions and therefore have the mandatory power. The question is, what is the status of physicians' professional standards in Germany and the United States of America? Because the duties contained in the physicians' codes of conduct of Germany and the United States of America precisely explain how physicians perform and to ensure compliance there are some sanctions, so these codes in the form of soft law have a legal obligation. The purpose of this article is to explain the physicians' behavioral duties and its sanctions as an important part of the professional codes of conduct to find out that the regulations of professional medical institutions are binding in some conditions and are able to control physicians' conduct. In this regard, we have used codes of conduct, books and articles and we are trying to achieve this goal in a descriptive-analytical manner. The findings show that despite the prediction of some behavioral duties such as confidentiality in Germany and the united states of America, the German approach to enact of behavioral duties and sanctions is more exact and in accordance with professional autonomy.

Keywords: Professional Standards, Codes of Conduct, Professional Organization, Behavioral Duties, Medical Profession.

Copyright© 2021, the Authors This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the AttributionNonCommercial terms.

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

فصلنامه حقوق اداری
سال دهم، زمستان ۱۴۰۱، شماره ۳۳
مقاله علمی پژوهشی

کنترل حرفه پزشکی از رهگذر قواعد رفتار حرفه‌ای (مطالعه تطبیقی رویکرد آلمان و امریکا)

آزاد رضائی[۱]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۲

چکیده

کنترل نظام‌های حرفه‌ای و صنفی در قالب نظارت قیمومتی همیشه مطرح است. لیکن امکان کنترل این نهادها بر مبنای وضع پاره‌ای استانداردهای حرفه‌ایِ مبتنی بر خودگردانی نیز ممکن است. حرفه پزشکی به دلیل ارتباط با مهم‌ترین جنبه‌های حیات بشری از حساسیت ویژه‌ای برخوردار است و تلاش می‌شود، عملکرد اعضای آن مشمول استانداردهای حرفه‌ای قرار گیرد که گاهی توسط مراجع دولتی و در کالبد قواعد اخلاقی به تصویب می‌رسند. منتها در کشورهایی چون آلمان و امریکا، نظام‌های پزشکی مبادرت به وضع این استانداردها در قالب قواعد رفتاری می‌کنند. قواعد رفتار حرفه‌ای در مقایسه با قواعد اخلاقی از تعیّن بیشتری برخوردار بوده و واجد پاره‌ای از ضمانت‌های اجرایی می‌باشند و لذا از قدرت الزامی برخوردارند. پرسش این است که در آلمان و امریکا، استانداردهای حرفه‌ای پزشکان چه وضعیتی دارد؟ از آنجا که تکالیف مندرج در قواعد رفتاری پزشکان دو کشور، به‌طور دقیق نحوه عملکرد پزشکان را تبیین و برای تضمین رعایت آن‌ها ضمانت‌اجرا پیش‌بینی شده، لذا قواعد مزبور در قالب حقوق نرم واجد الزام حقوقی تلقی می‌شوند. هدف این مقاله، تبیین تکالیف رفتاری پزشکان و ضمانت‌اجراهای آن به مثابه بخش مهمی از قواعد رفتار حرفه‌ای است تا دریابیم که مصوبات نهادهای حرفه‌ای پزشکی نیز با لحاظ پاره‌ای شرایط، الزام‌آور بوده و قادر به کنترل رفتار پزشکان هستند. در این راستا با استفاده از کدهای رفتاری، کتب و مقالات، به شیوه‌ای توصیفی- تحلیلی درصدد این هدف هستیم. یافته‌ها نشان می‌دهد که به‌رغم پیش‌بینی بعضی تکالیف رفتاری مانند رازداری در دو کشور، رویکرد آلمان نسبت به وضع تکالیف رفتاری و ضمانت‌اجراها دقیق‌تر و در راستای خودگردانی حرفه‌ای است.

واژگان کلیدی: استانداردهای حرفه‌ای، قواعد رفتاری، نظام‌های حرفه‌ای، تکالیف رفتاری، حرفه پزشکی.

۱. استادیار گروه حقوق دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

مقدمه

عملکرد اتحادیه‌ها و نظام‌های حرفه‌ای و صنفی باید مطابق ارزش‌های مورد قبول آن‌ها و جامعه باشد و استقلال آن‌ها از دولت، دلیلی برای اقدامات خودسرانه محسوب نمی‌شود.

عموماً برای تضمین این امر، از نظارت قیمومتی دولت بر نهادهای مذکور استفاده می‌شود (طباطبائی مؤتمنی، ۱۴۰۰: ۱۳۹ و موسی‌زاده، ۱۴۰۰: ۹۷-۹۶ و ۱۳۱-۱۳۰). با این وجود، گاهی دولت‌ها با پیش‌بینی پاره‌ای استانداردهای حرفه‌ای در قالب قواعد اخلاقی، تکالیفی را بر دوش اعضای اتحادیه‌های حرفه‌ای می‌گذارند و بدین واسطه، درصدد مهار آن‌ها برمی‌آیند.

منتها برخی بر این باور هستند که نظارت دولت بر اتحادیه‌های حرفه‌ای، در هر شکل آن تبعات منفی دارد و برای دولت نیز دشوار و سنگین است. به همین جهت بهتر است، کنترل رفتار و عملکرد حرفه‌ها و اعضای آن‌ها به خودشان واگذار شود (امامی و استوارسنگری، ۱۳۹۹: ۱۴۰). دقیقاً در بعضی از کشورها بدین موضوع توجه شده و برای این امر به قواعد رفتاری متوسل شده‌اند. بدین توضیح که کنترل رفتار اعضای اتحادیه‌ها در چارچوب سازوکار خودگردانی حرفه‌ای به خودِ آن‌ها واگذار شده و برای نیل بدین امر، از قواعد رفتاری یا قواعد رفتار حرفه‌ای بهره می‌برند.[۱] ضمن این‌که شالوده نظام‌های حرفه‌ای را حرفه‌گرایی[۲] تشکیل می‌دهد. مقتضای حرفه‌گرایی هم استقلال و خودگردانی نظام‌های حرفه‌ای است. محک و معیار اصلی حرفه‌گرایی نیز پذیرش، اعمال و شناسایی استقلال حرفه‌ای می‌باشد. این بدین معنی است که حرفه‌ها ضمن تبعیت از مقررات دولتی، امور خود را کنترل کرده و این اختیار را دارند که رفتار حرفه‌ای اعضا را کنترل نمایند. واقعیت این است که استقلال حرفه‌ای که بر مبنای نهادی اعمال می‌شود، دومین جنبه مهم هویت و وضعیت حرفه‌ای را که استقلال فردی

---

۱. استانداردهای حرفه‌ای اعم از قواعد اخلاقی (Codes of Ethic) بوده و قواعد رفتاری (Codes of Conduct) را نیز شامل می‌شود و قواعد اخیر جزئی از چارچوب حقوقی حاکم بر حرفه‌مندان از جمله پزشکان را تشکیل داده (Kong-Iung, 2003: 4) و به دلیل الزام‌آور بودن، تأثیر بسزایی در تنظیم رفتار حرفه‌ای پزشکان دارد. قواعد اخلاقی بیانیه‌های ارزشی بوده و در شکل سیاست‌ها تدوین می‌شوند (اکبریان، ۱۳۸۸: ۳۸) و بیش‌تر معطوف به جهت‌دهی افکار اعضای حوزه‌های غیردولتی مانند حِرَف و صنایع هستند. لیکن قواعد رفتاری، ماهیتاً ناظر به جهت‌دهی تصمیمات ایشان هستند. یعنی قواعد رفتاری، ماهیتاً منجزتر و دقیق‌تر از قواعد اخلاقی بوده و حاوی فهرستی از رفتارها هستند که در شرایط خاص باید مورد رعایت قرار گیرند یا از آن‌ها اجتناب شود (Plant, 2000: 312). این قواعد، دربرگیرنده مقررات واقعی‌تر و عملی‌تر همراه با ضمانت‌اجرای مشخص برای کسانی است که آن‌ها را نقض می‌کنند (Stapenhurst and Pelizzo, 2004: 7). لذا، قواعد رفتاری هر حرفه برخلاف قواعد اخلاقی، دقیقاً رفتارهای درست و نادرست را تعیین می‌نمایند به‌نحوی که در تشخیص رفتار، ابهام چندانی باقی نماند.

۲. Professionalism

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

اعضای حرفه از قبیل وکلا و پزشکان است، تقویت می‌کند. (Horsley and Thomas, 2013: 37) ضمن این‌که حرفه‌گرایی مستلزم میزان بالایی از مهارت و دانش در کار حرفه‌ای است که ارزیابی یا تنظیم آن توسط غیرمتخصصان، امکان‌پذیر نیست. لذا نظام حرفه‌ای تنها منبع صلاحیت برای شناسایی اقدامات نامناسب و کنترل آن‌ها است. (Freidson, 2009: 137-138) بنابراین، در راستای تضمین خودگردانی و استقلال حرفه‌ای از یک سو و تضمین پاسخ‌گویی نظام‌های حرفه‌ای، بسیاری به درستی قائل به شناسایی و اعمال کنترل درون‌سازمانی بوده و آن را بهترین شیوه کنترل و بررسی رفتارهای غیرحرفه‌ای می‌دانند. (Freidson, 2009: 100-101)

در این میان، یکی از حرفه‌های تأثیرگذار بر مهم‌ترین جنبه‌های حیات بشری، حرفه پزشکی است که عدم تبعیت آن از اصول و ارزش‌های حرفه‌ای، ممکن است سلامت مراجعان را به خطر انداخته، اعتماد عمومی بدین حرفه را مخدوش و مجموعه حرفه را غرق در پیامدهای نامیمون تخلفات بعضی از پزشکان نماید.

اهمیت تبعیت نظام‌های حرفه‌ای پزشکی از استانداردهای حرفه‌ای تا جایی است که به گواهی دادگاه نورنبرگ، انجام آزمایش‌های پزشکی توسط نازی‌ها در طول جنگ جهانی دوم و ارتکاب جنایت توسط ۲۵ نفر از کارکنان پزشکی نازی – ۲۰ نفر از آن‌ها پزشک بودند– ناشی از فقدان اصول و استانداردهای حرفه‌ای بوده است.

تحولات مذکور به‌ویژه محاکمه نورنبرگ، توجه کشورها را به استانداردهای حرفه‌ای پزشکان و مشخصاً قواعد رفتاری به عنوان ابزاری برای کنترل اعضای این حرفه، جلب نمود. زیرا پس از محاکمه نورنبرگ، کد نورنبرگ شکل گرفت که مواردی را که نازی‌ها در قالب تحقیقات پزشکی انجام داده بودند، افشا کرد. این کد ضمن ارتقای آگاهی عمومی از مسائل اخلاقی و حقوقیِ مرتبط با امور پزشکی، طلایه‌دار مجموعه رهنمودهای رفتاری شد که توسط اتحادیه‌های پزشکی در چارچوب خودگردانی تصویب شدند. (Fremgen, 2014: 267)

بنابراین در کشورهایی مانند آلمان و امریکا،[1] نظام‌های حرفه‌ای پزشکی از ۷۰ سال قبل با هدف کنترل حرفه پزشکی و هماهنگی پزشکان با ارزش‌های حاکم و قوانین و مقررات و النهایه جلوگیری از پیامدهای مارالذکر، مجموعه استانداردهای حرفه‌ای را وضع کردند. حال پرسش این است که

۱ . سابقه دو کشور در توجه بدین مهم، ابتنای استانداردهای حرفه‌ای پزشکان دو کشور به اسناد و منابع مختلف، تعیّن قواعد رفتاری پزشکان در آلمان و تلاش‌های انجام شده در امریکا، از جمله دلایل گزینش این دو کشور برای مطالعه تطبیقی است.

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

وضعیت حقوقی این دسته از استانداردها در کشورهای مورد مطالعه، چگونه است؟ نظام‌های پزشکی هر دو کشور، درصدد وضع استانداردهایی بوده‌اند که رعایت آن‌ها از تمام پزشکان انتظار می‌رود[۱] و به‌همین دلیل، به شکل معین و مشخص فروض و تکالیف مختلف رفتاری را برای پزشکان و عموماً در قالب قواعد رفتاری، مدنظر قرار داده‌اند. لذا به‌نظر می‌رسد، از آنجا که تکالیف مندرج در قواعد رفتاری پزشکان دو کشور – خواه مبتنی بر این قواعد یا حاصل تفسیر آن‌ها باشد – از قبیل رازداری، خودداری از تعارض منافع، محدودیت در تبلیغات، محدودیت فعالیت سیار پزشکان، ذکر حقایق و ...، به صورت دقیق و منجّز نحوه عملکرد پزشکان را تبیین کرده و برای تضمین رعایت آن‌ها نیز ضمانت‌اجراهای کیفری و انضباطی پیش‌بینی شده است، قواعد مزبور در قالب حقوق نرم واجد الزام حقوقی تلقی می‌شوند. در نتیجه، توجه به قواعد رفتاری پزشکان به مثابه سازوکار کنترل نظام‌های حرفه‌ای پزشکی، می‌تواند به موازات سازوکارهای نظارت قیمومتی اهمیت یابد[۲] و همین امر، مبیّن لزوم توجه بدین موضوع در مقاله حاضر است.

در راستای تبیین وضعیت حقوقی قواعد رفتاری پزشکان آلمان و امریکا و با عنایت به تطبیقی بودن پژوهش، با رویکردی توصیفی- تحلیلی بخش نخست به بررسی تکالیف مندرج در قواعد رفتاری پزشکان آلمان و ضمانت‌اجراهای آن اختصاص یافته و بخش دوم، ناظر به تکالیف رفتاری پزشکان امریکا و ضمانت‌اجراهای آن است.

گفتنی است که محور مقاله، قواعد رفتار حرفه‌ای پزشکان به مفهوم قواعد متعیّن و متضمن مقررات واقعی‌تر و عملی‌تر همراه با ضمانت‌اجرا است و سخن از قواعد اخلاقی در سطور ذیل، صرفاً در قالب مقایسه با قواعد رفتاری یا به مناسب اشاره به اسناد یا مراجعی است که در عنوان آن‌ها از عبارت «قواعد اخلاقی» استفاده شده است.

---

۱ . چراکه اتحادیه‌های حرفه‌ای در امر خودگردانی و تعیین معیارهایی برای ورود، ثبت‌نام و در مجموع کنترل رفتار حرفه‌ای اعضای خود، اختیارات زیادی دارد و در این راستا، مبادرت به وضع قواعد رفتاری می‌کند (Horsely and Thomas, 2013: 35).

۲ . کما این‌که در موارد زیادی کنترل حرفه پزشکی توسط دولت جای خود را به کنترل حرفه پزشکی از خلال قواعد رفتار حرفه‌ای داده است.

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

۱. تکالیف رفتاری پزشکان و ضمانت‌اجرای آن‌ها در آلمان

ورود نظام‌های حرفه‌ای پزشکی آلمان در تنظیم رفتار حرفه‌ای اعضای خود سابقه زیادی دارد. تا قبل از سال ۱۸۶۹ به دلیل عدم وجود انجمن پزشکی سراسری، اغلب امور با دخالت جوامع پزشکی محلی[۱] انجام می‌شد اما به دلیل وجود پاره‌ای نگرانی‌ها، کنگره جوامع پزشکی محلی تشکیل شد و حاصل آن، تأسیس انجمن پزشکی آلمان[۲] در سال ۱۸۷۲ بود. (Mcclelland, 2009: 79-80)

امروزه خودگردانی حرفه پزشکی در آلمان توسط مقنن نیز به رسمیت شناخته شده و مهم‌ترین مرجع وضع قواعد رفتاری پزشکان، انجمن پزشکی آلمان است که برای رفتار حرفه‌ای پزشکان، فراتر از قوانین و مقررات موجود نمونه قواعد حرفه‌ای پزشکان[۳] را در سال ۱۹۹۷ تصویب و در سال ۲۰۱۱ مورد اصلاح قرار داد. این قواعد به مثابه قواعدی الزام‌آور و واجد ضمانت‌اجرا تلقی و هیچ پزشکی نمی‌تواند از رسیدگی و مجازات نقض قواعد رفتاری شانه خالی کند. (Spranger, 2011: 51) البته دانیل یوتراس[۴]، برغم توجه به نقش نظام‌های پزشکی در تعیین استانداردهای حرفه‌ای، معتقد است این استانداردها زمانی تبدیل به هنجار حقوقی می‌شوند که در قوانین یا آراء محاکم انعکاس یابند. به باور او، در صورتی که قانونگذار یا محاکم استانداردهای حرفه‌ای را شناسایی نکنند، قابلیت تبدیل به هنجار حقوقی را نخواهند داشت. (Jutras, 2003: 905) منتها تأمل در نظرات یوتراس نشان می‌دهد که وی نسبت به مقوله حقوق غیردولتی و حقوق نرم[۵] بیگانه بوده و این مفاهیم مورد توجه او قرار نگرفته‌اند.

به هر تقدیر برای پزشکان این کشور، پاره‌ای تکالیف رفتاری در نمونه قواعد حرفه‌ای پزشکان پیش‌بینی شده و تخلف از آن‌ها نیز مشمول بعضی ضمانت‌اجراها قرار گرفته است. در سطور ذیل به بررسی اهمّ این تکالیف می‌پردازیم.

---

۱. Local Medical Societies
۲. The German Medical Association
۳. Model Professional Code for Physicians in Germany
۴. Daniel Jutras
۵. Soft Law

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

۱-۱. مصادیق تکالیف رفتاری پزشکان آلمان

مهم‌ترین تکالیف رفتاری پزشکان، تکلیف در قبال بیماران است. با بررسی آثار و نمونه قواعد حرفه‌ای پزشکان آلمان از جمله مقدمه آن، می‌فهمیم که شالوده قواعد رفتاری حاکم بر پزشکان این کشور، تقویت اعتماد بیمار به پزشک است و این امر نیز در گروِ کنترل رفتار حرفه‌ای پزشکان و اجتناب آن‌ها از اقدامات خودسرانه و اولویت معالجه بیماران است. طبیعی است که تضمین رفتار حرفه‌ای پزشکان و بهبود کیفیت معالجه و مراقبت از بیمار از طریق شناسایی و حل معضلات اخلاقی، اهداف اولیه و نخستین قواعد رفتاری پزشکان باشد. (Holger Maehle, 2011: 62)

۱-۱-۱. تعهد به ارائه اطلاعات درمانی

معالجه و درمان به عنوان مهم‌ترین بخش خدمات پزشکی، در اغلب موارد مستلزم رضایت یا حداقل آگاهی بیمار است. گویا به همین دلیل، ماده ۸ قواعد حرفه‌ای پزشکان مقرر نموده است که پزشکان باید در خصوص ماهیت، اهمیت و دلایل درمان و نیز درمان‌های جایگزین و خطرات آن‌ها، اطلاعات لازم را به بیمار ارائه دهند.

۱-۱-۲. رازداری

رازداری[۱] تکلیف رفتاری اغلب حرفه‌هایی است که به اقتضای کارکرد خود، به طیفی از اطلاعات و اسرار شهروندان دسترسی دارند. پزشکان نیز به دلیل دسترسی به اطلاعات پزشکی بیماران، از این تکلیف مستثنی نیستند. در همین راستا، طبق بند ۱ ماده ۹ نمونه قواعد حرفه‌ای پزشکان آلمان: «پزشکان متعهد به حفظ اسراری هستند که به مقتضای فعالیت حتی پس از مرگ بیمار، بدان دسترسی یا از آن اطلاع پیدا می‌کنند. این تکلیف شامل مکاتبات بیمار با پزشک، مذاکرات و سوابق مربوط به بیمار، تصاویر و عکس‌های رادیولوژی و دیگر نتایج حاصل از معاینات پزشکی می‌شود». (Model Professional Code for Physicians in Germany, Art 9 (1)) البته تکلیف فوق دارای استثنائاتی از جمله الزام قانونی پزشک به ارائه پاره‌ای شواهد و مدارک در موارد مختلف است که باید وجود چنین استثنائاتی را بدواً به بیمار اعلام کنند. مطابق بند ۳ ماده ۹، پزشکان باید الزام به رازداری را به کارکنان، دستیاران و دیگر اشخاص دخیل در فعالیت‌های پزشکی، گوشزد کنند. (Model Professional Code for Physicians in Germany, Art 9 (3)) همین عبارت،

---

۱. Confidentiality

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

قدرت الزام‌آوری تکلیف به رازداری به عنوان نوعی تکلیف مندرج در قواعد رفتاری را نشان می‌دهد. زیرا کافی نیست که به رازداری پزشک اعتقاد داشته باشیم اما او بتواند آزادانه در مورد اطلاعات شخصی بیمار با دیگر همکاران یا دوستان خود صحبت کند. (Fremgent, 2012: 267)

۱-۱-۳. محدودیت فعالیت سیار و متعدد پزشکی

منظور از این تکلیف، ممنوعیت نسبی فعالیت‌های پزشکی در محیط‌های خارج از بیمارستان مانند کلینیک‌های خصوصی است. چراکه باور بر این است، فعالیت‌های سیار و متعدد پزشکی[۱]، مغایر قواعد رفتار حرفه‌ای می‌باشد. زیرا هم زمینه‌ساز تعارض میان منافع پزشک و بیماران است و هم در مواردی، موجب سلب استقلال آن‌ها می‌گردد. این تکلیف در ماده ۱۷ نمونه قواعد حرفه‌ای پزشکان مقرر شده است. طبق آن، انجام فعالیت‌های سیار پزشکی در خارج از بیمارستان بستگی به انجام کار اصلی و رسمی وی دارد؛ در غیر اینصورت، فعالیت‌های سیار امکان‌پذیر نمی‌باشد. (Model Professional Code for Physicians in Germany, Art 17 (1)) بنابر مصداق قاعده «ما مِن عامٍ الّا و قَد خُصَّ»، ممنوعیت مذکور دارای استثنائاتی است. وفق بند ۲ ماده ۱۷، هرگاه پزشکان بتوانند ترتیبی اتخاذ کنند تا همه بیماران را به درستی مورد توجه و درمان قرار دهند، می‌توانند علاوه بر محل کار رسمی، در دو مکان دیگر نیز فعالیت کنند. به‌علاوه، با هدف توسعه خدمات بهداشت و درمان و مشروط به حصول اطمینان از رعایت قواعد حرفه‌ای، انجمن پزشکان می‌تواند به پزشکان اجازه فعالیت‌های سیار را اعطا کند.

۱-۱-٤. محدودیت در تبلیغات

در امر اطلاع‌رسانی و تبلیغات، پزشکان می‌توانند عناوین ناشی از طی دوره‌های آموزش تخصصی، مدارک کسب شده، زمینه‌های تخصصی فعالیت و اطلاعات سازمانی خود را اعلام کنند. (Model Professional Code for Physicians in Germany, Art 27 (4)) لیکن طبق ماده ۲۷ نمونه قواعد حرفه‌ای پزشکان، تبلیغاتِ ناقض اصول و اخلاق حرفه‌ای توسط پزشکان ممنوع است. در واقع منظور، تبلیغات متضمن تحسین و تقدیر[۲] پزشک، تبلیغات گمراه‌کننده[۳] یا متضمن مقایسه پزشک با همکاران، تبلیغ فعالیت‌ها یا محصولات تجاری خودِ

---

۱. Ambulatory Physician's Activities
۲. Praising
۳. Misleading advertising

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

پزشک و نیز تبلیغ فعالیت‌ها یا محصولات تجاری دیگران در ارتباط با فعالیت‌های پزشکی است. (Model Professional Code for Physicians in Germany, Art 27 (1) to (3))

واضح است که ماهیت حرفه‌ای فعالیت‌های پزشکی، توجیه‌کننده محدودیت‌های مارالذکر است. بدین معنی که حفظ شأن و منزلت حرفه پزشکی از چنان اهمیتی برخوردار است که پزشکان را از انجام بعضی از اقدامات تبلیغاتی، ممنوع یا محدود می‌نماید.

۱-۱-۵. رعایت حسن نیت با همکاران

نمونه قواعد حرفه‌ای به انحای مختلف بر حسن‌نیت میان پزشکان تأکید می‌کند. اصل اولیه در این ارتباط بدین قرار است که پزشکان باید با هم‌دیگر به عنوان همکار رفتار کنند. آشکار است که اصولاً روابط میان همکاران نباید همراه با سوءنیت باشد. لذا، انتقادهای جانبدارانه[۱] از شیوه‌های درمانی یا دانش پزشکی هم‌دیگر و نیز اظهارات مخرب[۲] ناقض اخلاق حرفه‌ای هستند. (Model Professional Code for Physicians in Germany, Art 29 (1)) این حکم به بهترین شکل، قواعد اخلاقی را در ضمن قاعده رفتاری قرار داده و در حقیقت، قاعده رفتاری ممنوعیت اظهارات مخرب و انتقادهای جانبدارانه را برای تضمین اخلاق حرفه‌ای پیش‌بینی کرده است.

بنا بر حکم فوق، انتقادهای منصفانه و سازنده نافی حسن‌نیت میان همکاران نیست. مع‌الوصف، نقد یا تذکر به جهت فعالیت‌های پزشکی نباید در حضور بیماران یا دیگر اشخاص صورت پذیرد. این مهم شامل روابط مسؤولین بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها با کارکنان نیز می‌شود.

حسن هم‌کاری میان پزشکان هم ره‌آور حسن‌نیت میان آن‌ها است. برکنار نکردن یک پزشک از فعالیت درمانی خود با استفاده از ابزارهای غیرمنصفانه، استخدام همکار پزشک با مزد مناسب از جمله تکالیف پزشکان در راستای حسن هم‌کاری است.

۱-۱-٦. خودداری از تعارض منافع

تعارض منافع[۳] یکی از موضوعات همیشگی عمل پزشکی است. آن دسته از تعارض‌های منافع که قابل حذف نیستند، حداقل قابل محدودسازی هستند تا منجر به زیانی نسبت به بیمار یا عموم مردم

---

۱. Non-Objective Criticism
۲. Disparaging Comments
۳. Conflict of Interests

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

نشوند. (Latham, 2001: 279) شخص هنگامی دچار تعارض منافع می‌شود که در پیگیری منافع دیگران به‌عنوان بخشی از وظایف خود، با تحریک به ترجیح منافع شخصی خود، اموری ناسازگار با وظایف مذکور انجام دهد. بنابراین، یک پزشک زمانی در تعارض منافع قرار خواهد گرفت که به جای توجه به منافع دیگران (معمولاً بیمار)، به پیگیری منافع خود توجه و اقداماتی مغایر وظیفه فوق را انجام دهد. مثلاً هنگامی که پزشک بر مبنای هزینه خدمات، فردی را مورد معالجه قرار می‌دهد؛ یعنی بیماری را تشخیص و برخی اقدامات درمانی را در مورد آن انجام داده و سپس وفق خدمات تشخیصی و درمانی صورتحساب را به بیمار تحویل می‌دهد، می‌تواند زمینه‌ساز تعارض منافع باشد. (Latham, 2001: 285) مطالبه وجه یا اعطای وجهی به همکاران در ازای پیشنهاد یا معرفی بیمار و ...، دقیقاً مصداق چنین امری است که به موجب ماده ۳۱ نمونه قواعد حرفه‌ای ممنوع شده است. طبق آن، پزشکان نباید وجه یا دیگر منافع موعود را از همکاران یا اشخاص ثالث، بابت معرفی بیمار، تخصیص تجهیزات معاینه، تجویز دارو، کمک‌ها و تجهیزات پزشکی مطالبه یا بدان‌ها پرداخت کنند. این ممنوعیت شامل ارجاع بدون دلیل بیمار به داروخانه‌های خاص یا مراکز پاراکلینیکی نیز می‌شود. (Model Professional Code for Physicians in Germany, Art 31 (1) and (2)) دیگر مصداق تعارض منافع، مطالبه هدیه یا سایر مزایا از بیمار یا دیگران است. ظاهراً این نوع از تعارض منافع در آلمان بطور کلی قابل حذف نیست. لذا ماده ۳۲ نمونه قواعد حرفه‌ای سعی در تحدید آن کرده است. طبق بند ۱ این ماده، پزشکان نباید هدیه یا سایر مزایا را از بیمار یا اشخاص ثالث تقاضا یا بپذیرند، مشروط به این‌که استقلال در تصمیمات پزشکی را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین هرگاه پذیرش یا درخواست هدیه، تأثیری بر استقلال حرفه‌ای پزشک نگذارد یا این‌که به دلیل انگیزه‌های مالی، موجب آثار مثبت در شیوه درمان و تجویز دارو شده یا پزشک را همچنان مصرّ به اتخاذ تصمیمات پزشکی مناسب نماید، با ممنوعیت مواجه نخواهد بود.

(Professional Code for Physicians in Germany, Art 32 (1) and (2)).

به‌عنوان برآمد بحث باید گفت که ماده ۲۳، شامل پزشکانی که در چارچوب قراردادهای خصوصی یا قرارداد خدمت خصوصی، اقدام به فعالیت می‌کنند نیز خواهد شد. مبنای چنین حکمی، صیانت از استقلال حرفه‌ای و جایگاه حرفه پزشکی است. زیرا بند ۲ ماده ۲۳ اعلام می‌کند که در قراردادهای مذکور، پزشکان نمی‌توانند با هرگونه نرخی خدمات پزشکی ارائه دهند. در غیر اینصورت، استقلال حرفه‌ای پزشکان و جایگاه حرفه پزشکی نقب خواهد شد. در همین رابطه ماده ۲۴ نیز انجمن پزشکان را صالح به نظارت بر قراردادهای خصوصی پزشک با دیگران دانسته است. بدین شکل که پزشکان قبل از امضای قرارداد، باید

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

آن را تسلیم انجمن کرده تا انجمن ضمن تشخیص عدم مغایرت با منافع حرفه‌ای، انعقاد آن را اجازه دهد. (Professional Code for Physicians in Germany, Art 24) حاصل این مطالب، بیان‌گر لازم‌الاجرا بودن مفاد سند مذکور و نیز الزام حقوقی رهنمودها و سازوکارهای انجمن پزشکان آلمان است. زیرا در غیر اینصورت، لزومی به شمول آن‌ها نسبت به قراردادهای خصوصی خدمات پزشکی نبود.

۱-۲. کاربست ضمانت‌اجرای قواعد رفتاری پزشکان در آلمان

به‌رغم اشاره به تکالیف رفتاری پزشکان در نمونه قواعد حرفه‌ای پزشکان آلمان، ضمانت‌اجراهای مشخصی برای این تکالیف در سند مذکور پیش‌بینی نشده است. از طرفی نظام حقوقی آلمان بر قوانین بیشتر تأکید دارد. لذا برای یافتن چنین ضمانت‌اجراهایی باید به قانون مجازات این کشور مراجعه کرد. بدیهی است که در این حالت، ضمانت‌اجراها ماهیت کیفری خواهند داشت. قانون مذکور تنها برای دو تخلفِ تبلیغات گمراه‌کننده و نقض رازداری ضمانت‌اجرا پیش‌بینی کرده است. به موازات ضمانت‌اجراهای کیفری، می‌توان به پاره‌ای ضمانت‌اجراهای انضباطی نیز اشاره کرد که مبنایی در نمونه قواعد حرفه پزشکان ندارند، بلکه ناشی از عرف انضباطیِ دادگاه‌های انتظامی پزشکان آلمان هستند.

۱-۲-۱. حبس و جزای نقدی

قانون مجازات آلمان به عنوان سندی مکمل برای نمونه قواعد حرفه‌ای پزشکان تلقی می‌شود. زیرا نمونه قواعد مذکور فاقد ضمانت‌اجرای تکالیف رفتاری پزشکان است، لیکن در قانون مجازات برای تضمین تکلیف به عدم سوءاستفاده از عناوین پزشکی و رازداری، ضمانت‌اجرا پیش‌بینی شده است.

ضمانت‌اجراهای کیفری حاکم بر تخلفات رفتاری فوق، حبس و جزای نقدی است. یعنی برای هر دو نوع تخلف رفتاری، به موجب بخش‌های مختلف این قانون مجازات مشابهی مدنظر قرار گرفته است. می‌دانیم که وفق ماده ۲۷ نمونه قواعد حرفه‌ای، یکی از تکالیف رفتاری پزشکان عدم تبلیغات گمراه‌کننده است. از جمله تبلیغات گمراه‌کننده، استفاده از عناوین و درجاتی است که در پروانه پزشکی آن‌ها قید نشده است. مثلاً استفاده از عناوین و مدارک تخصصی و فوق تخصصی حسب مورد توسط پزشکان عمومی و متخصص مصداق این وضعیت است. در همین زمینه، ماده ۱۳۲ قانون مجازات آلمان مقرر کرده که هرگاه اشخاص از جمله پزشکان عمومی از عناوین تخصصی استفاده نمایند، مشمول جزای نقدی یا حبس کم‌تر از یک سال خواهند بود. (German Criminal Code, Section 132a) در خصوص رازداری نیز طبق

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

شق ۱ از بند نخست ماده ۲۰۳ قانون فوق، هرگاه پزشکان اطلاعات و اسراری را که به اقتضای فعالیت حرفه‌ای بدان دسترسی داشته و قاعدتاً از افشای آن‌ها ممنوع هستند، افشا کنند مشمول جزای نقدی یا حبس کم‌تر از یک سال خواهند بود. ((German Criminal Code, Section 203 (1)

لذا ضمانت‌اجراهای مذکور صرفاً شامل نقض رازداری و انجام تبلیغات گمراه‌کننده شده و دیگر تکالیف رفتاری را در بر نمی‌گیرد. در هیچ جای دیگری از قانون مجازات آلمان هم برای سایر تکالیف رفتاری ضمانت‌اجرایی پیش‌بینی نشده است. اشاره به ضمانت‌اجراهای موصوف در این بحث نیز صرفاً از آن جهت است که مبانی آن‌ها در نمونه قواعد حرفه‌ای مورد اشاره قرار گرفته است.

۱-۲-۲. تذکر، توبیخ، جریمه و سلب حق رأی در انجمن‌های پزشکی

ضمانت‌اجراهای انضباطی حاکم بر عملکرد حرفه‌ای پزشکان آلمان عبارتند از تذکر، توبیخ، جریمه و سلب حق رأی در انجمن‌های پزشکی. سه قسم اول تقریباً در حرفه‌های دیگر نیز مورد توجه قرار می‌گیرند اما سلب حق رأی، در نوع خود جالب توجه است. زیرا با اعمال آن، پزشکان متخلف نه یک بار بلکه هرگاه موضوعی در انجمن‌های پزشکی به رأی گذارده شود، به جهت نداشتن حق رأی عملاً مورد توبیخ قرار می‌گیرند. به‌علاوه، نفس محرومیت از حق رأی هم خود مبین سازوکار تضمینی دیگری است. از طرف دیگر، چنین راهکاری با الزامات حرفه‌گرایی از قبیل رعایت استقلال حرفه‌ای پزشکان بیش‌تر سازگار است تا ضمانت‌اجراهای کیفری.

به هر صورت، تحمیل ضمانت‌اجرای قواعد رفتاری پزشکان اعم از کیفری یا انضباطی، توسط دادگاه‌های انتظامی پزشکی انجام می‌شود. کار این دادگاه‌ها، تحقیق و اعمال ضمانت‌اجراهای مذکور است. معیار رسیدگی و قضاوت آن‌ها نیز این است که آیا رفتار پزشک اولاً؛ رهنمودهای مقامات دولتی را مطمح‌نظر داشته یا خیر؟ ثانیاً؛ با تمامیت، شأن و اعتبار حرفه‌ای پزشکی سازگار بوده و ثالثاً؛ آیا پزشک آگاهانه اقدام کرده است یا خیر؟. (Holger Maehle, 2011: 63)

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

۲. تکالیف رفتاری پزشکان و ضمانت‌اجرای آن‌ها در امریکا

بخش اعظم تکالیف پزشکان امریکا در چارچوب حقوق قراردادها موضوعیت می‌یابد. برای نمونه تعهد پزشک به معالجه یک بیمار به شیوه‌ای مشخص از درمان، مشمول حقوق قراردادها است. مثلاً در ایالت میشیگان، پزشکی معالجه یک بیمار را پذیرفته و در معالجه وی هیچ کوتاهی نکرده بود، اما به دلیل عدم موفقیت در درمان، ناقض قرارداد و نتیجتاً مسؤول تلقی شد. پس از این قضیه، بسیاری از ایالت‌ها قوانینی وضع کردند که به موجب آن‌ها، تعهد پزشکان به معالجه بیمار باید مکتوب و مشمول رابطه قراردادی شود. (Fremgen, 2014: 147)

با این وصف، در سال ۱۸۴۷ انجمن پزشکی امریکا رهنمودهای اخلاقی پزشکان را تهیه نمود که طبق مقدمه آن، ارزش حقوقی نداشته و صرفاً بیان‌گر بعضی معیارهای اخلاقی مانند درست‌کاری[1] و کرامت انسانی[2] است. به دلیل فقدان سازوکار الزامی مشخص برای موارد نقض این رهنمودها، تعداد زیادی از پزشکان به طور سالیانه آن‌ها را نقض می‌کردند. (Latham, 2001: 297)

بنابراین شورای امور اخلاقی و قضائی انجمن پزشکی امریکا[3] تلاش کرد تا از طریق انتشار مجموعه قواعد رفتاری برای پزشکان[4] در خصوص دریافت پاداش از بخش صنعت (مخصوصاً داروسازی)، تعارض منافع پزشکان در نتیجه اقدامات بازاریابی دارویی را محدود کند و تفاسیری نیز از رهنمودهای اخلاقی انجمن با هدف دمیدن الزام حقوقی بدان‌ها، ارائه دهد. چراکه مسؤول تفسیر ضوابط و رهنمودهای رفتار پزشکی، شورای امور اخلاقی و قضائی است که به موجب تفاسیر خود، می‌تواند به ضوابط مزبور الزام حقوقی ببخشد. در نتیجه هم پزشکان مؤظف به رعایت این تفاسیر هستند و هم اعضای تیم پزشکی نیز باید برای رعایت تفاسیر مذکور با پزشکان همکاری نمایند.

گفتنی است که برخلاف رهنمودهای اخلاقی انجمن پزشکی امریکا، مجموعه قواعد رفتاری شورای امور اخلاقی و قضائی دارای الزام حقوقی بوده و ضمانت‌اجراها و سازوکارهای اجرایی مناسبی

---

1. Honesty
2. Human Dignity
3. The American Medical Association's Council on Ethical and Judicial Affairs.

۴. این مجموعه قواعد نخستین بار به موجب نظریه شماره ۸،۰۶۱ سال ۱۹۹۸ شورای امور اخلاقی و قضائی انجمن پزشکان امریکا، شکل گرفت و در سال‌های بعد نیز موارد دیگری بدان افزوده شد. برای اطلاع بیشتر از مفاد این مجموعه ر.ک:

Latham, Stephen R. 2001, "Conflict of Interest in Medical Practice", in: Davis and Stark (Eds), Conflict of Interest in the Professions, New York, Oxford University Press, pp. 296-299.

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

برای آن پیش‌بینی شده است. منتها مجموعه قواعد مورد اشاره، صرفاً ناظر به فرض تعارض منافع است و دیگر تکالیف رفتاری پزشکان را در بر نمی‌گیرد. در ادامه به بررسی تکالیف حاصل از مجموعه قواعد رفتاری و تفاسیر مزبور پرداخته و سپس ضمانت‌اجراهای آن را مطالعه خواهیم کرد.

۲-۱. مصادیق تکالیف رفتاری پزشکان در امریکا

در اغلب تکالیف رفتاری پزشکان امریکا، منافع بیمار بر دیگران از جمله خودِ پزشکان اولویت یافته است. لذا اقدامات حرفه‌ای پزشکان این کشور باید معطوف به درمان بیماران و تضمین منافع آن‌ها بوده و نباید به محملی برای اقدامات خودسرانه پزشکان تبدیل شود. روشن است که برآمد این امر، کنترل حرفه پزشکی از طریق نوعی خودگردانی حرفه‌ای و جلب اعتماد بیماران به کادر پزشکی خواهد بود. لذا تکالیف رفتاری ناظر به پزشکان امریکا نیز مانند آلمان، معطوف به اهداف فوق است. در ادامه به تکالیف رفتاری ناشی از تفاسیر شورای امور اخلاقی و قضائی انجمن پزشکی و تکالیف حاصل از مجموعه قواعد رفتاریِ ناظر به تعارض منافع پزشکان خواهیم پرداخت.

۲-۱-۱. رازداری

رازداری در بند ۴ رهنمودهای اخلاقی انجمن پزشکی امریکا مورد اشاره قرار گرفته است. (American Medical Association's Code of Ethics, Para 5) لذا در بدو امر، صرفاً نوعی تکلیف کلی اخلاقی به‌نظر می‌رسد. منتها به دلیل تفاسیر شورای امور اخلاقی و قضائی انجمن پزشکی آمریکا، تکلیف به رازداری جنبه الزامی یافته است. این شورا معتقد است که رازداری صرفاً شامل حفظ آگاهانه اطلاعات پزشکی نمی‌شود بلکه وفق آن، کارکنان پزشکی از جمله پزشکان در مواردی مثل صحبت تلفنی با بیماران یا صحبت با سایر اعضای کادر پزشکی در اتاق انتظار نباید با صدای بلند سخن بگویند و به‌علاوه، در جلوی همه اتاق‌های انتظار یک حفاظ شیشه‌ای قرار گیرد تا مسؤول پذیرش را از بیماران جدا کرده و به رازداری تضمین بیش‌تری دهد. به‌علاوه برگه‌های ورود یا ثبت‌نام بیماران باید طوری طراحی شود که بیمار در هنگام امضای برگه‌ها، قادر به مشاهده نام دیگر بیماران نباشد. (Fremgen, 2014: 110)

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

۲-۱-۲. ذکر حقایق

یکی از تکالیف غامض پزشکی، اعلام حقایق مربوط به مراحل پیشرفت بیماری به بیمار در حال مرگ یا بستگان او است. زیرا حقیقت از طرفی می‌تواند ابزاری برای احساس کنترل و قدرت بیش‌تر بیمار باشد و از دیگر سو، می‌تواند آثار زیان‌بار و نومیدکننده داشته باشد. گاهی ذکر حقیقت با رازداری منافات دارد. برای مثال در قضیه مشهور Tarasoff v. Regents of the University of California، بیمار نزد روانپزشک خود فردی به نام تاتیانا تاراسف[۱] را تهدید به قتل کرده بود و اتفاقاً تهدید خود را نیز عملی کرد. در این رابطه دادگاه اعلام کرد که روانپزشک باید تاراسف را از تهدید بیمارش مطلع می‌کرد. در رأی دادگاه تأکید شده بود که روانپزشک، متعهد به انجام یک سلسله اقدامات معقول مانند نقض رازداری با هدف حفاظت از اشخاص ثالث در مقابل بیمار خود بوده است. گرچه در دعوای دیگری، همان دادگاه اعلام کرد که درمان‌گر تکلیفی به آگاه‌سازی اشخاص ثالث از تهدیدات بیمار ندارد، زیرا بیمار تهدیدی را علیه شخص معینی مطرح نکرده است. (Fremgen, 2014: 111) با وجود تفاوت دعاوی، باور فعلی این است که رأی دوم معقول‌تر می‌باشد. زیرا برای روانپزشک اگر غیرممکن نباشد، بسیار سخت است که دریابد کدام‌یک از تهدیدات بیمار می‌تواند عملی شود.

با این وجود، کمیته اخلاق زیستی انجمن بیمارستان‌های امریکا[۲] نظر دیگری دارد. این کمیته معتقد است در فرض تهدید اشخاص ثالث، رازداری باید تحت تأثیر لزوم ذکر حقایق نادیده گرفته شود. زیرا تعهد به جلوگیری از ایراد آسیب جدی و قابل پیش‌بینی به اشخاص ثالث، معمولاً از تکلیف به رازداری مهم‌تر است. از منظر این کمیته، حتی در هنگام به خطر افتادن جان یا امنیت خود بیمار نیز باید رازداری را کنار گذارد، دقیقاً مانند زمانی که مداخله فوری می‌تواند از خودکشی بیمار جلوگیری نماید. (Fremgen, 2014: 112)

تکلیف پزشکان آمریکا به ذکر حقایق، به‌طور ویژه در مورد مبتلایان به ایدز نیز مطمح‌نظر قرار گرفته است. پزشکان این دسته از بیماران، با یک معضل مواجه هستند و آن احترام به اسرار بیمار از یک طرف و توجه به ناراحتی و عذابی است که در نتیجه عدم اطلاع و عدم حمایت از اشخاص ثالثِ در معرض خطر، وجود دارد. با این حال، پزشکان مکلفند در راستای حمایت از اشخاصِ ثالث در

---

۱. Tatiana Tarasoff

۲. The American Hospital Association’s Committee on Biomedical Ethics

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

معرضِ خطر از قبیل همسر بیمار مبتلا به ایدز، گزارش کاملی در مورد هر یک بیماران آماده و تحویل دولت دهند.

۲-۱-۳. کمک به بیماران اورژانسی

یکی از مهم‌ترین تکالیف حرفه‌ای پزشکان، رسیدگی سریع و شایسته به وضعیت بیماران اورژانسی است. آن‌ها نمی‌توانند بیماران اورژانسی را معطل یا به مراکز درمانی دیگر گسیل کنند. حتی در صورتی که فاقد تخصص و دانش مرتبط با بیماری باشند، باید درخواست کمک اضطراری از متخصصین مربوطه یا دستیاران پزشکی[۱] نماید. لیکن نباید به بهانه فقدان تخصص، از رسیدگی به وضعیت بیمار کلاً اجتناب کنند. زیرا گاهی علیرغم فقدان تخصص امکان درمان و معالجه بیمار وجود دارد. برای مثال، پزشکان می‌توانند بیماران دارای اختلال تنفسی[۲] را هم‌چون متخصصین مربوطه معالجه کنند. (Fremgen, 2014: 104)

افزون بر این، در آمریکا پزشکان نباید بیماران اورژانسی تهیدست یا فاقد بیمه را از بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی برانند. طبق این تکلیف، بیمارستان‌ها مکلف به درمان بیمار نیستند اما مؤظفند بیمار را به حالت تعادل برگردانند. چراکه در آمریکا از گذشته، بحران بیماران تهیدست و فاقد بیمه‌های درمانی وجود داشته است و اتفاقاً روایت‌های زیادی از مرگ و میر بیماران به دلیل گسیل آن‌ها از اورژانس‌های خصوصی به بیمارستان‌های دولتی وجود دارد.

گفتنی است که تکلیف فوق شامل بیماران اورژانسی است. لذا در رابطه با سایر بیماران، وفق نظریات شورای امور اخلاقی و قضائی انجمن پزشکان امریکا، پزشک حق گزینش بیماران خود را دارد. بنابراین، تکلیفی به درمان بیماران غیراورژانسی تهیدست ندارد. البته اگر شرایط چنین بیماری، به‌نحوی باشد که درمان آن صرفاً در چارچوب تخصص پزشک مزبور باشد، نمی‌تواند از پذیرش بیمار سرباز زند. (Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the AMA, Accepting Patient) شایان ذکر است که مورد اخیر شامل سایر بیماران غنی و بی‌نیاز نیز می‌باشد.

---

۱. Paramedic

۲. Respiratory Distress

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

۲-۱-٤. تکلیف به استمرار درمان

پیش‌تر گفته شد که در آمریکا رابطه میان پزشک و بیمار در فرض برقراری یک رابطه متقابل، اصولاً از نوع قراردادی است. لذا به محض موافقت پزشک با معالجه بیمار، فرض می‌شود که میان آن‌ها قراردادی منعقد شده که امکان فسخ نامتعارف آن وجود ندارد. به همین جهت، اصولاً پزشک نمی‌تواند از درمان بیمار انصراف دهد. نقض این تکلیف، ممکن است تخلف مدنی[۱] یا شبه جرم[۲] تلقی شود. با این وصف، در بعضی موارد مثل امتناع بیمار از معاینه‌های دوره‌ای یا مصرف داروهای تجویزی، پزشک می‌تواند با اعلام رسمی به بیمار از ادامه درمان وی انصراف دهد، هرچند باید به بیمار فرصت بدهد تا پزشک دیگری برگزیند. (Fremgen, 2014: 105)

تکلیف فوق در وضعیت‌هایی که درمان بیمار غیرممکن به‌نظر می‌رسد، از اهمیت بیش‌تری برخوردار است و اتفاقاً در چنین حالاتی، بیمار نباید به حال خود رها شود. شورای امور اخلاقی و قضائی انجمن پزشکی امریکا بر این باور است که در چنین وضعیتی، پزشکان باید بدین مهم توجه کرده و برای پاسخ به نیازهای بیمار در حال مرگ، تلاش مضاعفی کنند نه این‌که به اقداماتی مانند اوتانازی روی آورند.

(Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the AMA, Euthanasia).

۲-۱-۵. جلوگیری از تعارض منافع

در عرصه فعالیت پزشکی، وضعیت‌های مختلفی برای حصول تعارض منافع در آن‌ها قابل تصور است. به طور کلی، اصل بر اجتناب پزشکان از تعارض منافع می‌باشد، لیکن در آمریکا برای جلوگیری از وقوع آن، سه راهکار پیش‌بینی شده است. در این میان، دو راهکار نخست جایگاهی در قواعد رفتاری شورای امور اخلاقی و قضائی ندارند و مبتنی بر رهنمودهای اخلاقی انجمن پزشکی هستند. لذا در صورت عدم توجه بدین دو راهکار، شورای مذکور باوری به اعمال ضمانت‌اجرا ندارد. با این وجود به دلیل بدیع بودن این راهکارها و با علم بدین نکته که نمی‌توان آن‌ها را تکلیف مبتنی بر قاعده رفتاری دانست، در ادامه مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

---

۱. Civil Wrong
۲. Tort

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

۲-۱-۵-۱. تناسب هزینه‌های پرداختی با خدمات دریافتی

عموماً تعارض منافع در حالت لزوم پرداخت هزینه متناسب با خدمات[۱] از بین می‌رود. در آمریکا برای استقرار این وضعیت، کارکردهای تشخیص و تجویز از کارکرد درمانی پزشکان تفکیک[۲] شده است. برای نمونه، وضعیتی را تصور کنید که در آن «بیمار برای تشخیص بیماری به پزشک مراجعه و به وی پول پرداخت می‌کند و پزشک نیز نسخه‌ای حاوی داروهای قابل تجویز به وی می‌دهد. بیمار این نسخه را به پزشک دیگری به انتخاب خود، ارائه داده و وی برحسب هزینه‌ها، امور درمانی را انجام می‌دهد. در این وضعیت، پزشک معاینه‌کننده نفعی در تجویز هیچ نوع دارو و شیوه درمانی معینی ندارد و پزشک معالج نیز هم‌چون فروشنده معمولی خدمات پزشکی رفتار می‌کند». (Latham, 2012: 286)

راهکار فوق در وضعیتی که یک پزشک متخصص، وجهی را به عنوان پورسانت به پزشک دیگری بابت ارجاع بیمار پرداخت می‌کند، تأثیرگذار است. در همین راستا، قواعد رفتاری شورای امور اخلاقی و قضائی با هدف حذف تعارض منافع و حفظ اثربخشی پزشکان، چنین پرداخت‌هایی را ممنوع کرده است. گفتنی است که مقررات حمایتی و بیمه‌ای، این راهکار را به فرض ارجاع بیمار توسط پزشکان به آزمایشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان تجهیزات پزشکی تعمیم داده‌اند.

شایان توجه است که به دلیل ابتنای این راهکار بر رهنمودهای اخلاقی انجمن پزشکی امریکا و سکوت قواعد رفتاری شورا در این زمینه، این شورا معتقد است اخذ وجه در ازای ارجاع بیمار میان پزشکان، صرفاً امری غیراخلاقی است و مغایرتی با قواعد رفتاری ندارد.

۲-۱-۵-۲. پرداخت غیرمستقیم وجوه به پزشکان در الگوهای نوین پرداختی

در آمریکا، تلاش می‌شود از طریق گزینش الگوهای نوین پرداختی، تعارض منافع در خدمات پزشکی کنترل شود. تنوع این الگوها به قدری است که گیج‌کننده می‌نماید و فهرست کاملی از آن‌ها وجود ندارد ولی در عوض می‌توان از برخی انواع اصلی یاد کرد. برای مثال، بعضی از برنامه‌های بهداشتی- درمانی با متقاضیان دریافت خدمات درمانی قرارداد می‌بندند. مؤسسات مجری این برنامه‌ها، از یک طرف وجهی از متقاضی یا کارفرمای آن‌ها گرفته و از طرف دیگر، برای ارائه خدمات درمانی به متقاضیان با پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی، قرارداد می‌بندند. باید توجه داشت که در این حالت، پزشکان مستقیماً وجهی از متقاضیان و بیماران دریافت نمی‌کنند و مؤسسات

۱. Fee for Service Situation
۲. The Separation of Functions

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

مذکور که عموماً بیمارستان‌ها هستند، به عنوان یک گروه واسط عمل می‌کنند. یعنی نهاد واسط خود بعداً در مورد بهترین شیوه پرداخت وجه به پزشکان، تصمیم گرفته و وجوه از طریق آن‌ها به پزشکان پرداخت می‌شود.

مشابه راهکار قبل، این راهکار نیز فاقد ضمانت‌اجرا بوده و صرفاً بدان به مثابه نوعی قاعده اخلاقی نگریسته می‌شود. در نتیجه از نظر شورای امور اخلاقی و قضائی، اگر پزشکان به فرض پیش‌بینی چنین راهکاری بدان وقعی ننهند، مرتکب سوءرفتار حرفه‌ای نشده و نمی‌توان به لحاظ حرفه‌ای آن‌ها را مورد مؤاخذه قرار داد و صرفاً مرتکب نقض قاعده‌ای اخلاقی شده‌اند.

(American Medical Association's Code of Ethics, Para 1, 2, 3, 4)

۲-۱-۵-۳. ممنوعیت دریافت پاداش برای تجویز دارو

شرکت‌های داروسازی منبع اصلی تأمین بودجه جلسات آموزش پزشکی، سرمایه‌گذاران اصلی اکثر مجلات پزشکی و حامی اغلب وبسایت‌ها و پژوهش‌های پزشکی هستند. اکثر این فعالیت‌ها شائبه تعارض منافع پزشکان را موجب نمی‌شود. زیرا جامعه پزشکی به‌طور کلی، چنین فعالیت‌هایی را عامل مهمی برای اطلاع از آخرین پیشرفت‌های پزشکی تلقی می‌کند. در واقع تعارض منافع در این قالب، بیشتر هنگامی مطرح می‌شود که شرکت‌های داروسازی به تکنیک‌های بازاریابی دارویی متضمن اعطای هدیه و پاداش به پزشکان، متوسل می‌شوند.

رایج‌ترین پاداش شرکت‌های داروسازی به پزشکان، جاسویچی و خودکارهایی است که در کنفرانس‌های پزشکی اهدا می‌شود. نمونه داروهای رایگان نیز معمولاً به پزشکان اعطا می‌گردد. این موارد نگرانی‌های جزئی در مورد تعارض منافع ایجاد می‌کند. البته گاهی نیز شرکت‌های داروسازی، ضیافت شامی را به عنوان بخشی از یک برنامه آموزشی طراحی شده برای آگاهی پزشکان از کاربرد داروهای جدید، تدارک می‌بینند تا عملاً نوع یا برند خاص دارویی را به پزشکان معرفی و میان آن‌ها تصور مطلوبی نسبت بدان ایجاد کنند. لیکن بعید است که چنین مواردی، برای پزشکان منافع واقعی در تجویز نوع خاصی دارو ایجاد نماید. زیرا ممکن است، یک پزشک نسبت به شرکتی که وی را دعوت نموده، احساس خوشایندی داشته باشد اما هم‌زمان محصول شرکت رقیب را که به نظرش به لحاظ پزشکی مناسب‌تر است، تجویز نماید.

بنابراین آن‌چه موجب نگرانی است، آن‌دسته از شیوه‌های بازاریابی است که هم‌زمان یا پیش از تجویز دارو، پاداش‌هایی را به پزشکان پیشنهاد می‌کند. بعضی از شرکت‌ها، مسافرت و هدایای گران‌قیمت را به‌عنوان پاداش به تجویزکنندگان اصلی خود، پیشنهاد می‌کنند. این موارد، تعارض

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

منافع مستقیم و شدیدی برای پزشکان ایجاد خواهد کرد. (Latham, 2012: 294-295) زیرا این منافع با تکالیف پزشکان نسبت به بیماران که صرفاً بر ارزیابی وفق معیارهای پزشکی مبتنی است، تعارض دارد.

شیوه بعدی بازاریابی دارویی حالتی است که یک شرکت داروسازی، پزشکان را تشویق به ثبت‌نام بیماران خود در به ظاهر مطالعه‌ای می‌نماید که هدف واقعی آن، سوق دادن بیماران به خرید محصولات آن شرکت و ممانعت‌شان از محصولات شرکت رقیب است. در عوض به پزشکان نیز در ازای معرفی هر بیمار، وجهی به دروغ تحت عنوان حق‌الزحمه برای کمک به ثبت داده‌ها و نتایج علمی، پرداخت می‌شود.

با نگاه به مجموعه قواعد رفتاری شورای امور اخلاقی و قضائی انجمن پزشکی امریکا، ملاحظه خواهیم کرد که همه هدایای مربوط به تجویز داروها، اعم از هدایای جزئی و کم‌اهمیت که معمولاً شائبه تعارض منافع ایجاد نمی‌کنند و اعم از هدایا و منافعی چون پاداش‌های پیش یا مصادف با تجویز دارو، مسافرت‌ها، هدایای گران‌قیمت و وجوه مربوط به معرفی بیماران، ممنوع شده‌اند. با این وجود، قواعد مزبور کنفرانس‌های آموزشی همراه با وعده‌های غذایی مناسب – نه افراط و خوش‌گذرانی– و پرداخت وجه به پزشکانی که به‌عنوان مشاور یا عضو هیأت علمی دانشگاه در کنفرانس شرکت می‌کنند را مجاز دانسته است.

۲-۲. کاربست ضمانت‌اجرای قواعد رفتاری پزشکان درآمریکا

در آمریکا ضمانت‌اجرای نقض تکالیف رفتاری پزشکان عموماً ماهیت انضباطی دارد و تنها در صورتی که سوءرفتار پزشک مصداق جرم نیز باشد، امکان اعمال ضمانت‌اجرای کیفری وجود دارد.

۲-۲-۱. حبس و جزای نقدی

به باور برخی، اعمال ضمانت‌اجراهای کیفری بر نقض تکالیف رفتاری پزشکان جنبه استثنائی داشته و تنها زمانی ممکن است که سوءرفتار حرفه‌ای پزشک، جنبه مجرمانه نیز داشته باشد. لذا قوانین کیفری آمریکا برخلاف آلمان، برای صِرف سوءرفتارهای حرفه‌ای پزشکی مجازات پیش‌بینی نمی‌کنند مگر اینکه مثلاً پزشک، در بیمارستان دولتی اقدام به دریافت پاداشی نماید که مصداق رشوه قرار گیرد. در این میان، جزای نقدی و حبس از جمله تضمین‌های کیفری حاکم بر پزشکان در آمریکا هستند. (Fremgen, 2014: 266)

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

۲-۲-۲. تذکر، توبیخ، تعلیق و اخراج

در آمریکا پزشکان متهم به نقض تکالیف رفتاری، ممکن است توسط انجمن پزشکان مشمول تذکر یا توبیخ قرار گیرند. در همین ارتباط، کمیته ناظران انجمن پزشکی آمریکا در صورت تکرار تخلفات رفتاری، حکم به تعلیق یا اخراج پزشک از عضویت در انجمن پزشکی می‌دهد. آشکار است که اخراج یک ضمانت‌اجرای شدید است، زیرا توانایی پزشک را برای عمل پزشکی محدود می‌کند. (Fremgen, 2014: 266)

از آنجا که مرجع صلاحیت‌دار برای رسیدگی به موارد جدی نقض تکالیف رفتاری و اعمال موردی ضمانت‌اجرای انضباطی، کمیته ناظران انجمن پزشکی آمریکا است؛ در صورت ارتکاب جرم توسط پزشکان ولو در مواردی که تخلف رفتاری آن‌ها مصداق جرم باشد، این مرجع صلاحیتی برای رسیدگی کیفری علیه پزشک به جهت رفتار غیرحرفه‌ای او ندارد و تنها اختیار انجمن، اعمال ضمانت‌اجراهای انضباطی است. بنابراین انجمن پزشکی آمریکا صالح به اعمال ضمانت‌اجراهای انضباطی فوق هست اما جز آن، صلاحیت دیگری ندارد.

نتیجه‌گیری

گاهی برای کنترل نظام‌های حرفه‌ای، به جای نظارت قیمومتی بر آن‌ها یا به موازات آن، از استانداردهای حرفه‌ای استفاده می‌شود. این استانداردها در دو قالب قواعد اخلاقی و قواعد رفتاری یا قواعد رفتار حرفه‌ای تجسم می‌یابند. در بعضی از کشورها، ممکن است مقامات دولتی خود را صالح به وضع چنین استانداردهایی بدانند، لیکن به دلیل عدم آگاهی از ماهیت این نظام‌ها و عدم توجه به لزوم استقلال و خودگردانی حرفه‌ای آن‌ها، یا ضوابطی کلی وضع می‌کنند که قادر به کنترل این نظام‌ها نیست یا این‌که اساساً جایی برای آزادی و خودگردانی حرفه‌ای آن‌ها باقی نمی‌گذارند. مصداق رویکرد اخیر، تلاش قوه قضائیه کشورمان برای تنظیم رفتار حرفه‌ای قضات و اخیراً وکلا است.

با این حال در پاره‌ای دیگر از کشورها، با هدف کنترل نظام‌های حرفه‌ای از یک طرف و لزوم توجه به استقلال و خودگردانی آن‌ها از طرف دیگر، این نظام‌ها را صالح به وضع استانداردهای حرفه‌ای می‌دانند که حاصل آن، عموماً قواعد رفتار حرفه‌ای است. هرچند گاهی ممکن است، خروجی این تلاش صرفاً قواعد اخلاقی باشد. در این میان، یکی از حرفه‌های مهم که نقش به‌سزایی در جامعه داشته و مقوله تخصص‌گرایی در آن اهمیت والایی دارد، حرفه پزشکی است که ظاهراً برای کنترل آن، در کشورهای آلمان و امریکا استانداردهایی وضع شده است. لذا پرسش این است که

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

وضعیت استانداردهای حرفه‌ای پزشکی در این دو کشور چگونه است و اساساً آیا قابلیت کنترل رفتار حرفه‌ای پزشکان را دارد؟

در راستای پاسخ بدین پرسش، به مطالعه مجموعه استانداردهای حرفه‌ای حاکم بر پزشکان دو کشور مبادرت شد و از خلال آن‌ها، به قواعد متضمن تکالیف رفتاری پزشکان دست یافتیم که حالات مختلف رفتاری را مشخص می‌کنند. بدین توضیح که در آلمان، تکالیفی از قبیل رازداری، ارائه اطلاعات درمانی کافی، محدودیت در امر تبلیغات و فعالیت‌های سیار پزشکی، ممنوعیت مطالبه وجه یا اعطای آن در ازای پذیرش یا معرفی بیمار، ممنوعیت ارجاع فاقد دلیل بیمار به داروخانه‌ها و مراکز پاراکلینیکی، محدودیت در دریافت هدایا و تبعیت از رهنمودهای انجمن پزشکان آلمان مدنظر قرار گرفته است. در آمریکا نیز به‌رغم عدم تعیّن رهنمودهای اخلاقی انجمن پزشکی این کشور، شورای امور اخلاقی و قضایی این انجمن در راستای کنترل رفتار حرفه‌ای پزشکان، تکالیفی چون رازداری، ذکر حقایق، کمک به بیماران اورژانسی، ممنوعیت ترویج پورسانت در میان پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات پزشکی و ممنوعیت کلی پاداش‌های مربوط به تجویز دارو را مقرر کرده و بعضی فروض رفتاری را تبیین نموده است. گفتنی است که تکالیف مذکور دارای میزانی از ضمانت‌اجرا نیز هستند. ضمانت‌اجراهایی چون حبس و جزای نقدی برای بعضی از تکالیف رفتاری پزشکان از قبیل رازداری و عدم تبلیغات گمراه‌کننده از خلال قانون مجازات آلمان و نیز ضمانت‌اجراهای انضباطی از قبیل تذکر، توبیخ، جریمه و سلب حق رأی در انجمن‌های پزشکی آلمان از اهمیت زیادی برخوردار هستند. در امریکا هم هرگاه تخلف رفتاری پزشک جنبه مجرمانه داشته باشد، از سوی محاکم کیفری مستوجب حبس یا جزای نقدی قرار خواهد گرفت و در صورتی که تخلف وی صرفاً ماهیت انضباطی داشته باشد، برای بار نخست مستوجب تذکر و توبیخ از سوی انجمن پزشکان آمریکا و در صورت تکرار، مستوجب تعلیق از فعالیت یا اخراج از انجمن توسط کمیته ناظران انجمن خواهد بود.

در همین راستا و برای تبیین فرضیه مقاله می‌توان گفت که تکالیف مندرج در قواعد رفتاری پزشکان آلمان به صورت دقیق‌تر و منجّزتر و در کمال تعیّن، فروض مختلف رفتاری و نحوه عملکرد پزشکان را تعیین کرده و برای تضمین رعایت آن‌ها نیز ضمانت‌اجراهای کیفری و انضباطی پیش‌بینی شده است، لیکن در آمریکا برخلاف آلمان، الگوی مشخصی برای تعیین تکالیف رفتاری پزشکان و تحمیل ضمانت‌اجراهای آن‌ها وجود ندارد و اسناد پراکنده رفتاری به صورتی نامنسجم و به مدد تفاسیر شورای امور اخلاقی و قضایی انجمن پزشکی آمریکا، پاره‌ای قواعد رفتاری متضمن تکالیف پزشکان را تعیین کرده‌اند و اساساً مجموعه قواعد رفتاری مشخصی به معنای موردنظر در این

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

پژوهش، برای تنظیم رفتار پزشکان پیش‌بینی نشده است و تنها می‌توان از لابه‌لای تفاسیر و نظریات شورای امور اخلاقی و قضائی انجمن پزشکان آمریکا و برخی اسناد اخلاقی، بعضی از تکالیف رفتاری را برای پزشکان احصا نمود. با این وجود، این شورا در راستای عینیت‌بخشی به رهنمودهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا، تکالیفی را در قالب یک مجموعه قواعد رفتاری پزشکی پیش‌بینی کرده است. بنابراین، به‌طور مشخص نمونه قواعد حرفه‌ای پزشکان آلمان و مجموعه قواعد رفتاری مصوب شورای امور اخلاقی و قضایی و تفاسیر این شورا از رهنمودهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا، با هدف جلب اعتماد بیمار به پزشکان و حرفه پزشکی، کاهش دعاوی و شکایات ناشی از تخلفات و خطاهای پزشکی و در مجموع کنترل رفتار حرفه‌ای پزشکان، پاره‌ای تکالیف رفتاری را بر دوش آن‌ها گذاشته‌اند.

قواعد متضمن چنین تکالیفی، همچون بخشی از قواعد حقوق غیردولتی جزء حقوق نرم محسوب و واجد الزام حقوقی تلقی می‌شوند. هرچند اگر در آلمان، ضمانت‌اجراها به ویژه نوع انضباطی آن در نمونه قواعد حرفه‌ای پزشکان منعکس شوند، بر رنگ و بوی حقوقی این قواعد خواهد افزود. زیرا این قسم از ضمانت‌اجراها، ریشه در عرف انضباطی دادگاه‌های انتظامی دارند. با این وجود، جنبه غیردولتی داشته و لیکن دارای الزام حقوقی هستند و لزومی به وضع قواعد از رهگذر مراجع دولتی نیست. بنابراین می‌توان مؤلفه‌هایی چون وجود ضمانت‌اجرا و تعیّن تکالیف رفتاری را که از هر هنجار حقوقی در جهت تمشیّت رفتار اشخاص انتظار می‌رود، در قواعد رفتاری پزشکان دو کشور یافت و قائل به خوانش حقوقی از آن‌ها شد. کما این‌که در قواعد رفتاری مورد مطالعه، چندین بار بر ماهیت حقوقی این قواعد و الزام‌آور بودن آن‌ها تأکید شده است. در نتیجه، توجه به قواعد رفتاری پزشکان به مثابه سازوکار کنترل نظام‌های حرفه‌ای پزشکی، می‌تواند به موازات سازوکارهای نظارت قیمومتی اهمیت یابد.

از این رو پیشنهاد می‌شود:

با هدف جلب اعتماد عمومی به پزشکان و صیانت از جایگاه این حرفه، کاهش تخلفات و خطاهای پزشکی و نیز کنترل حرفه پزشکی، تلقی و خوانش حقوقی نسبت به سند راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای اعضای سازمان نظام پزشکی ایران[1] در میان فعالین عرصه پزشکی و نیز مراجع ناظر تقویت شود تا صرفاً به عنوان پاره‌ای قواعد فاقد قابلیت اجرایی مورد توجه نباشند.

---

۱ . گفتنی است که نقد و بررسی این سند مجال دیگری را می‌طلبد. به همین دلیل در این مقاله بدان پرداخته نشده است.

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

از آنجا که یکی موضوعات مورد مطالعه در حقوق اداری بحث نظام‌های حرفه‌ای و صنفی است، باید در آثار این حوزه به نظام‌های حرفه‌ای از قبیل نظام‌های پزشکی و پاسخگویی آن‌ها، از منظر خودگردانی حرفه‌ای نگریسته شود و صرفاً به ذکر بعضی از مطالب کلی و البته مختصر آن هم در قالب نظارت قیمومتی، بسنده نشود.

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

فهرست منابع

الف) فارسی

اکبریان، محمد (۱۳۸۸). «از بیانیه اخلاقی تا کدهای رفتاری»، منابع انسانی، شماره ۵، صص ۴۰-۳۸.

امامی، محمد و استوارسنگری، کورش (۱۳۹۹). حقوق اداری، تهران: میزان، چاپ بیست و پنجم، جلد اول.

طباطبائی مؤتمنی، منوچهر (۱۴۰۰). حقوق اداری، تهران: سمت، چاپ بیست و چهارم.

موسی‌زاده، رضا (۱۴۰۰). حقوق اداری (۱-۲)، تهران: میزان، چاپ بیستم.

ب) انگلیسی

American Medical Association's Code of Ethics 1987.

Freidson, Eliot (2009). Profession of Medicine: a Study of Sociology of Applied Knowledge, New York: New York University.

Fremgen, Bonnie F. (2014).Medical Law and Ethics, 4th Ed, Julie Levin Alexander.

German Criminal Code 2009.

Holger Maehle, Andreas. (2011). "Doctors in Court, Honour, and Professional Ethics: Two Scandals in Imperial Germany", Gesnerus, 68 (1), pp. 61-79.

Horsley, Mike and Thomas, David (2013). "Professional regulation and Professional autonomy (Benchmarks from cross the professions- The New South Wales experience)", change: transformations in Education, Vol. 6 (1), pp. 34-47.

Jutras, Daniel (1993). "Clinical practice guidelines as legal norms", Canadian Medical Journal Association, Vol. 48 (6), pp. 905-908.

Kong-lung, HAU (2003). "Law and Ethics in Medical Practice: an Overview", Medical Section 2003, pp. 3-7.

Latham, Stephen R. (2010). "Conflict of Interest in Medical Practice", in: Davis and Stark (Eds), Conflict of Interest in the Professions, New York: Oxford University Press.

Mcclelland, Charles E (2009). the German experience of professionalization, Cambridge: Cambridge University Press.

Model Professional Code for Physicians in Germany 2013.

Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association.

Plant, Jeremy F (2000). "Codes of Ethics", in Cooper (Ed), Handbook of Administrative Ethics, New York: Marcel Dekker Inc., 2nd Ed.

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]

Spranger, Tade Matthias (2011). Medical Law in Germany, Kluwer Law International.
Stapenhurst, Rick and Pelizzo, Riccardo (2004). Legislative Ethics and Codes of Conduct, Washington, D.C., World Bank Institute.

[Downloaded from qjal.smtc.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.61186/qjal.10.33.109]