



ORIGINAL RESEARCH PAPER

Brain Death and Criminal Liability Challenges Regarding Organ Procurement in the Iranian Legal System and International Documents

Mobina Mahdavi*¹

Received:

26 Aug 2025

Revised:

04 Nov 2025

Accepted:

13 Dec 2025

Available Online:

22 Jun 2026

Keywords:

Brain Death,
Criminal Liability,
Organ
Transplantation,
Stable Life,
International
Instruments.

Abstract

Recent medical advancements have challenged traditional concepts of life, obscuring the boundaries of criminal liability. Brain death creates a tension between the necessity of saving lives and the protection of the right to life, necessitating a re-evaluation of criminological concepts in light of modern realities. This research aims to analyze the criminal challenges of organ harvesting and assess its alignment with international standards using a descriptive-analytical method, focusing on the 2013 Islamic Penal Code and unified judicial precedents. The findings indicate that the ambiguity surrounding the concepts of “stable life” and “unstable life” in Article 472 of the Penal Code exposes medical personnel to charges of intentional murder or crimes against a cadaver. The lack of a clear legislative distinction between legal death and brain death has led to inconsistent rulings regarding inheritance and qisas (retribution). While international documents emphasize “patient autonomy”, the prioritization of the legal guardian's consent over the deceased's will in Iran remains a significant challenge for compliance with the Declaration of Istanbul. Furthermore, the findings suggest that the absence of a differentiated criminal system leads to the application of general homicide rules to medical interventions, contradicting the judicial security of physicians. The results show that current judicial procedures rely more on jurisprudential caution than public interest, hindering the implementation of World Health Organization protocols. Ultimately, the findings emphasize the need for independent criminalization of extra-protocol conduct and the redefinition of the “event of death” in unified judicial precedents to harmonize with international criminal law.

1* M.A in Criminal Law and Criminology, Rafsanjan Branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran.

Email: mobinamahdavi812@gmail.com

Please Cite This Article As: Mahdavi, M (2025). “Brain Death and Criminal Liability Challenges Regarding Organ Procurement in the Iranian Legal System and International Documents”. *Interdisciplinary Legal Research*, 7(2): 61-74.



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0)

مقاله پژوهشی

(صفحات ۶۱-۷۴)

چالش‌های کیفری برداشت عضو از بیماران مرگ مغزی در حقوق ایران و اسناد بین‌المللی

میینا مهدوی*

۱. کارشناس ارشد حقوق کیفری و جرم‌شناسی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران. (نویسنده مسؤل)

دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۴ ویرایش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۳ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۲ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

چکیده

تحولات نوین پزشکی با چالش در مفاهیم سنتی حیات، مرز مسؤولیت کیفری را مبهم ساخته است. مرگ مغزی تقابلی میان ضرورت نجات جان و صیانت از حق بر حیات ایجاد نموده که بازخوانی مفاهیم جرم‌شناختی را در پرتو واقعیت‌های مدرن ایجاب می‌کند. این پژوهش با هدف واکاوی چالش‌های کیفری برداشت عضو و سنجش هم‌سویی با استانداردهای بین‌المللی، به روش توصیفی - تحلیلی و بررسی قانون مجازات ۱۳۹۲ و آرای وحدت رویه انجام یافت. یافته‌ها نشان می‌دهد ابهام در مفاهیم «حیات مستقر» و «غیرمستقر» در ماده ۴۷۲ قانون مجازات، کادر پزشکی را در معرض اتهام قتل عمد یا جنایت بر میت قرار می‌دهد. عدم تفکیک صریح مرگ حقوقی از مرگ مغزی در قانون، موجب تشتت در احکام ارت و قصاص گشته است، درحالی که اسناد بین‌المللی بر «خودمختاری بیمار» تأکید دارند، در ایران اولویت اذن ولی دم بر وصیت متوفی، چالشی جدی در انطباق با اعلامیه استانبول محسوب می‌شود. همچنین یافته‌ها مؤید آن است که خلأ نظام کیفری افتراقی، منجر به تسری قواعد عمومی قتل به اقدامات درمانی گشته که با امنیت قضایی پزشکان در تضاد است. نتایج نشان می‌دهد رویه قضایی فعلی بیش از مصلحت عمومی، بر احتیاط‌های فقهی استوار بوده که مانع اجرای پروتکل‌های سازمان جهانی بهداشت می‌گردد. درنهایت، یافته‌ها بر ضرورت جرم‌انگاری مستقل رفتارهای خارج از پروتکل و بازتعریف واقعه فوت در آرای وحدت رویه جهت هماهنگی با حقوق بین‌الملل کیفری تأکید دارد.

کلمات کلیدی: مرگ مغزی، مسؤولیت کیفری، پیوند اعضا، حیات مستقر، اسناد بین‌المللی.

مقدمه

۱- بیان موضوع و تبیین مفاهیم

تقابل میان ضرورت حفظ جان انسان‌ها از طریق تکنولوژی‌های نوین پزشکی و صیانت از حق بر حیات و حرمت جسمانی متوفی، یکی از پیچیده‌ترین مباحث حقوق کیفری مدرن را رقم زده است. مرگ مغزی در اصطلاح پزشکی به معنای توقف برگشت‌ناپذیر تمامی فعالیت‌های مغزی و ساقه مغز است، درحالی‌که حیات بیولوژیک (تنفس و ضربان قلب) ممکن است به کمک تجهیزات مصنوعی برای مدتی کوتاه استمرار یابد. از منظر حقوقی، چالش اصلی در اینجا نهفته است که آیا چنین فردی «متوفی» محسوب می‌شود یا همچنان تحت حمایت کیفری «حق بر حیات» قرار دارد؟ تبیین مفاهیمی نظیر «حیات مستقر» به معنای وجود توانایی بازگشت و استقرار زندگی و «حیات غیرمستقر» که در آن مرگ فرد حتمی‌الوقوع است، سنگ بنای تشخیص مسؤلیت کیفری در فرآیند برداشت عضو است. درحقیقت، عملیات برداشت عضو در صورتی‌که پیش از احراز قطعی فوت حقوقی صورت گیرد، می‌تواند از منظر رکن مادی جرم، با عناوین مجرمانه‌ای چون قتل عمد یا جنایت بر میت انطباق یابد که این امر امنیت حرفه‌ای کادر درمان را با تهدید جدی مواجه می‌سازد (Wijdicks, 2001: 1217).

۲- پیشینه موضوع تحقیق

مطالعه پیرامون مرگ مغزی و پیوند اعضا در ایران، پس از تصویب «قانون پیوند اعضای بیماران فوت‌شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است» در سال ۱۳۷۹، وارد فاز جدیدی شد. پژوهشگران متعددی به این موضوع پرداخته‌اند، از جمله عباسی (۱۳۹۴) در آثار خود به مسؤلیت مدنی و اخلاق پزشکی در پیوند اعضا اشاره کرده و صادقی (۱۳۹۴) در واکاوی مبانی فقهی و حقوقی حیات مستقر، چالش‌های توقف حمایت کیفری از بیماران در آستانه مرگ را مورد بررسی قرار داده است. در سطح بین‌المللی نیز، اسنادی همچون «اعلامیه استانبول» و پروتکل‌های سازمان جهانی بهداشت بر لزوم شفافیت در تعریف مرگ و رضایت آگاهانه تأکید ورزیده‌اند. با این حال، علی‌رغم پیشینه‌های موجود، اکثر تحقیقات پیشین بر جنبه‌های فقهی و اخلاقی متمرکز بوده‌اند و خلأ یک پژوهش منسجم که چالش‌های کیفری را با توجه به تغییرات قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ واکاوی کند، کاملاً محسوس است (Matesanz & Miranda, 2010: 880).

۳- روش تحقیق

این پژوهش با استفاده از روش «توصیفی - تحلیلی» انجام یافته است. در گام نخست، با مطالعه کتابخانه‌ای و بررسی اسناد، متون قانونی و مقالات معتبر، چهارچوب نظری موضوع تبیین شده و در گام دوم، با رویکردی انتقادی، چالش‌های کیفری موجود در رویه قضایی ایران در تطبیق با استانداردهای اسناد بین‌المللی مورد تحلیل قرار گرفته است. ابزار گردآوری اطلاعات شامل فیش‌برداری از قوانین موضوعه (به‌ویژه قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲)، آرای وحدت رویه هیأت عمومی دیوان عالی کشور، نظریات مشورتی اداره حقوقی قوه قضاییه و کنوانسیون‌های بین‌المللی ذی‌ربط است (Younger et al, 2009: 34).

۳-۱- تعریف مرگ مغزی و جایگاه آن در فقه و قوانین موضوعه

مرگ مغزی در ادبیات پزشکی به معنای توقف کامل و برگشت‌ناپذیر تمامی فعالیت‌های مغزی شامل قشر مغز و ساقه مغز است که منجر به زوال حیات انسانی می‌گردد. از منظر حقوقی، این وضعیت به منزله پایان شخصیت حقوقی فرد تلقی می‌شود، هرچند که حیات بیولوژیک ارگان‌های بدن به کمک تجهیزات احیا استمرار یابد. در نظام قانونی ایران، تصویب «قانون پیوند اعضای بیماران فوت‌شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است» در سال ۱۳۷۹، رسمیت حقوقی این پدیده را کلید زد. با این حال، چالش اصلی در حقوق کیفری زمانی بروز می‌کند که بخواهیم مرز میان انسان زنده و میت را در این مرحله تشخیص دهیم. براساس مبانی جرم‌شناسی، حمایت کیفری از حیات تا لحظه قطعیت فوت ادامه دارد و هرگونه اقدام شتاب‌زده می‌تواند وصف مجرمانه قتل عمد را به خود بگیرد. تعریف دقیق مرگ مغزی در متون قانونی، سنگ‌بنای تعیین قلمرو مسؤلیت کیفری پزشکان در عملیات پیوند است و این شناسایی قانونی تلاش دارد تا امنیت قضایی تیم‌های درمانی را در مواجهه با ابهامات مربوط به لحظه مرگ تأمین نماید (عباسی، ۱۳۹۴: ۸۲).

از دیدگاه فقهی که منبع اصلی قوانین کیفری ایران است، مفهوم مرگ مغزی با چالش خروج روح و انقطاع پیوند آن با جسم گره خورده است. بسیاری از فقهای معاصر براساس قاعده «استصحاب حیات»، تا زمانی که علائم حیاتی نظیر ضربان قلب وجود دارد، فرد را زنده می‌پندارند، اما رویکرد نوین فقهی که در قانون پیوند نیز متجلی گشته، بر این باور است که با تخریب کامل مغز، «حیات مستقر» زائل شده و حیات باقی‌مانده صرفاً نباتی و فاقد ارزش حقوقی برای صیانت نفس است. این دیدگاه

مقابل، مرگ مغزی یک جاده یک‌طرفه و غیرقابل بازگشت است که در آن هیچ امیدی به احیای مجدد فرد وجود ندارد. تفاوت کیفری این دو در این است که در کما، پزشک موظف به ادامه تمامی اقدامات احیاست، اما در مرگ مغزی، توقف این اقدامات پس از طی مراحل قانونی جرم محسوب نمی‌شود، بنابراین ضرورت وجود پروتکل‌های تشخیصی بسیار سخت‌گیرانه در نظام حقوقی ایران اجتناب‌ناپذیر است (Posner et al, 2007: 40).

وضعیت زندگی نباتی نیز تفاوت‌های بنیادین حقوقی با مرگ مغزی دارد که نادیده گرفتن آن‌ها تبعات کیفری سنگینی به دنبال خواهد داشت. در زندگی نباتی قشر مغز آسیب دیده، اما ساقه مغز سالم است و بیمار می‌تواند بدون دستگاه تنفس کند و دارای چرخه‌های خواب و بیداری است. از نظر حقوق ایران، فرد در زندگی نباتی «زنده» تلقی می‌شود و هیچ‌گونه مجوزی برای برداشت عضو از وی صادر نمی‌گردد، حتی اگر احتمال بازگشت هوشیاری او بسیار ضعیف باشد. ماده ۴۷۲ قانون مجازات اسلامی نیز چنین فردی را دارای حیات مستقر می‌داند و هرگونه اقدام منجر به فوت وی را قتل عمد می‌شناسد. این درحالی است که در مرگ مغزی، ساقه مغز کاملاً تخریب شده و حیات فرد صرفاً به کمک محرک‌های مصنوعی ادامه دارد. این تضاد میان مرگ مغزی و زندگی نباتی در حقوق کیفری، نشان‌دهنده اهمیت معیار «توقف ساقه مغز» به عنوان فصل‌الخطاب فوت حقوقی است و نظام حقوقی ایران براساس موازین فقهی، مرزهای بسیار مشخصی میان این دو وضعیت ترسیم نموده است (Laureys et al, 2004: 537).

استانداردهای تشخیصی مرگ مغزی در ایران و تطابق آن با آرای وحدت رویه، بر لزوم تأیید فوت توسط چهار متخصص (اعصاب، جراحی اعصاب، داخلی و بیهوشی) تأکید دارد. این تشریفات سخت‌گیرانه برای آن است که احتمال بروز هرگونه خطای کیفری در تشخیص مرگ به صفر نزدیک شود. گزارش‌های پزشکی قانونی به عنوان مستند اصلی در محاکم کیفری، باید صراحتاً توقف غیرقابل بازگشت ساقه مغز را تأیید کنند تا پزشک از اتهام قتل تبرئه گردد. درحقیقت، اگر یکی از اعضای تیم تشخیص در انجام وظایف خود اهمال کند، با مسؤولیت کیفری جمعی مواجه خواهند شد. آرای وحدت رویه دیوان عالی کشور بر این نکته پافشاری دارند که صرف گزارش بیمارستانی کافی نیست و نظریه هیأت منتخب وزارت بهداشت شرط لازم برای خروج فرد از چتر حمایت کیفری حیات است. تشخیص افتراقی

بر مفاهیم فقهی چون «حرکت مذبوحی» تکیه دارد که در آن فرد در حکم مرده تلقی می‌شود. با احراز مرگ مغزی توسط متخصصان، موضوع حمایت کیفری از قتل عمد منتفی شده و صرفاً احکام مربوط به جنایت بر میت یا تجهیز متوفی جاری می‌گردد. این تحول فقهی مبنای تدوین ماده ۴۷۲ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ قرار گرفت تا میان دیه انسان زنده و فردی که در آستانه مرگ است تفکیک قائل شود و با این رویکرد، مشروعیت کیفری برداشت عضو را در نظام حقوقی ایران تضمین نماید (Ghaly, 2012: 52).

پیوند میان مرگ مغزی و ارکان مسؤولیت کیفری، مستلزم بررسی دقیق ماده ۴۷۲ قانون مجازات اسلامی در پرتو نظریات مشورتی قوه قضاییه است. قانون‌گذار در این ماده، جنایت بر کسی که دارای حیات غیرمستقر است را مشمول حکم جنایت بر میت دانسته و دیه آن را براساس جراحات وارده تعیین نموده است. این تفکیک قانونی بدین معناست که از نظر سیستم کیفری ایران، فرد دارای مرگ مغزی دیگر واجد «حق بر حیات» به معنای مطلق آن نیست. با این حال، اگر برداشت عضو پیش از تأیید رسمی توسط تیم پزشکی منتخب وزارت بهداشت صورت گیرد، عمل پزشک می‌تواند مصداق قتل عمد باشد. نیت پزشک در نجات جان دیگری، رافع مسؤولیت کیفری در صورت نقض پروتکل‌های تشخیصی نخواهد بود، لذا نظام کیفری ایران با احتیاطی مضاعف، مشروعیت برداشت عضو را مشروط به رعایت دقیق تشریفات قانونی کرده است و مرز میان ایثارگری پزشکی و جنایت علیه نفس، تنها با رعایت استانداردهای ماده مذکور تعیین می‌شود (اردبیلی، ۱۳۹۹: ۱۵۸).

۳-۲- تشخیص افتراقی مرگ مغزی از وضعیت کما و زندگی نباتی

یکی از اساسی‌ترین چالش‌های قضایی در پرونده‌های مرتبط با قصور پزشکی، خلط میان مرگ مغزی و حالت کما توسط اولیای دم یا مراجع غیرتخصصی است. در وضعیت کما، اگرچه سطح هوشیاری به شدت کاهش می‌یابد، اما فعالیت‌های ساقه مغز و واکنش‌های حیاتی همچنان برقرار بوده و احتمال بازگشت بیمار وجود دارد. از منظر حقوق کیفری، بیمار در وضعیت کما تحت حمایت کامل قانون بوده و سلب حیات از وی به هر دلیلی، مصداق بارز قتل عمد و مستوجب قصاص نفس است. برداشت عضو در این حالت، حتی با رضایت اولیای دم، از نظر قانونی فاقد اعتبار بوده و جنایت علیه تمامیت جسمانی محسوب می‌شود. در

رابطه سببیت میان فعل پزشک و فوت بیمار مرگ مغزی، یکی دیگر از گره‌های کور حقوقی در محاکم کیفری است. در بسیاری از موارد، اولیای دم مدعی هستند که اگر دستگاه‌ها قطع نمی‌شد یا عضو برداشت نمی‌شد، بیمار ممکن بود به زندگی بازگردد. اثبات این که فوت ناشی از فرآیند برداشت عضو بوده یا معلول خود ضایعه مغزی اولیه، تعیین‌کننده مسؤلیت کیفری است. اگر ثابت شود که بیمار قبل از جراحی در وضعیت حیات غیرمستقر بوده، رابطه سببیت میان فعل پزشک و مرگ حقوقی گسسته تلقی شده و پزشک صرفاً بابت جنایت بر میت مسؤول شناخته می‌شود. آرای وحدت رویه در این زمینه بر ضرورت استعلام از کمیسیون‌های تخصصی پزشکی قانونی تأکید دارند. در صورت وجود تردید در سببیت، اصل بر برائت از قتل عمد است، اما مسؤولیت دیه به قوت خود باقی می‌ماند و شفافیت در ثبت وقایع درمانی و زمان دقیق توقف قلب، برای رد رابطه سببیت در دعاوی کیفری الزامی است (صادقی، ۱۳۹۴: ۱۱۲).

۳-۴- تحلیل ماده ۴۷۲ و مسؤولیت ناشی از تشخیص نادرست حیات مستقر

ماده ۴۷۲ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ یکی از مهم‌ترین نوآوری‌های تقنینی است که به‌طور غیرمستقیم به چالش‌های مرگ مغزی پاسخ داده است. این ماده مقرر می‌دارد که: «هرگاه کسی به فردی که دارای حیات مستقر نیست، جنایتی وارد کند، مستوجب قصاص نیست و صرفاً به مجازات جنایت بر میت محکوم می‌شود.» چالش اصلی در اینجا تفسیر واژه «حیات مستقر» است که قانون‌گذار تعریف صریحی از آن ارائه نداده است. در رویه قضایی، فردی که تنها به کمک دستگاه تنفس می‌کند و هیچ واکنشی به محرک‌ها ندارد، فاقد حیات مستقر شناخته می‌شود. با این حال، تشتت در آرای قضایی نشان می‌دهد که برخی قضات همچنان وجود ضربان قلب را ملاک حیات مستقر می‌دانند که این امر امنیت تیم‌های پیوند را به خطر می‌اندازد. فقدان شفافیت باعث می‌شود که پزشکان در یک منطقه خاکستری قانونی فعالیت کنند که هر لحظه امکان تغییر عنوان اتهامی از دیه به قصاص وجود دارد، بنابراین این ماده نیازمند یک رأی وحدت رویه تفسیری است (شاملو، ۱۳۹۸: ۱۲۲).

مسؤولیت کیفری ناشی از خطای در تشخیص در موارد مرگ مغزی، براساس معیارهای تقصیر پزشکی ارزیابی می‌شود. اگر تیم پزشکی بدون انجام تست‌های لازم، نظیر نوار مغزی یا آنژیوگرافی عروق مغز، حکم به فوت صادر کنند، با مسؤولیت

نه تنها یک فرآیند پزشکی، بلکه یک ضرورت قضایی برای صیانت از حقوق متوفی و پیشگیری از جرایم علیه نفس در نظام حقوقی ایران است و رعایت این فرآیند باعث می‌شود اهدای عضو به جای یک چالش کیفری، به یک اقدام قانونی و انسانی تبدیل گردد (شاملو، ۱۳۹۸: ۱۱۲).

۳-۳- رکن مادی و معنوی جرم در اقدامات تیم پزشکی پیوند

رکن مادی جرم در عملیات برداشت عضو، شامل رفتاری است که منجر به جداکردن اعضای اصلی بدن پیش از احراز قطعی مرگ حقوقی می‌گردد، در صورتی که فرد همچنان دارای حیات مستقر باشد، اقدام پزشک مصداق «سلب عمدی حیات» یا «جنایت بر عضو» برحسب مورد خواهد بود. باتوجه به ماده ۴۷۲، اگر عمل برداشت منجر به فوت کسی شود که حیاتش مستقر نبوده، مجازات قصاص منتفی است، اما عنوان مجرمانه از قتل به جنایت بر میت تغییر می‌یابد. پیچیدگی رکن مادی در این است که فعل پزشک با نیت درمانی انجام می‌شود، اما اگر روی موضوعی انجام گیرد که هنوز واجد صفت «انسان زنده» است، واجد وصف کیفری می‌گردد. نظریات مشورتی اداره حقوقی تأکید دارند که لحظه دقیق فعل مجرمانه باید با زمان فوت حقوقی انطباق داده شود و هرگونه اشتباه در زمان‌بندی عملیات جراحی می‌تواند ارکان مادی قتل عمد را تکمیل کرده و مجازات‌های سنگین قانونی را به دنبال داشته باشد (شاملو، ۱۳۹۸: ۱۱۸).

درخصوص رکن معنوی یا عنصر روانی، قصد پزشک معمولاً نجات جان بیمار دریافت‌کننده عضو است، اما در حقوق کیفری، انگیزه خیرخواهانه مانع از تحقق سوءنیت نمی‌شود. اگر پزشک با علم به این که بیمار هنوز دارای علائم حیات مستقر است، اقدام به برداشت عضو کند، قصد نتیجه (فوت بیمار اهدایی) مفروض بوده و سوءنیت عام و خاص وی محرز می‌گردد. با این حال، چالش اصلی در «شبهه در موضوع» است؛ جایی که پزشک به اشتباه تصور می‌کند مرگ مغزی قطعی شده است. در چنین حالتی، قتل از حالت عمد به شبه‌عمد تغییر ماهیت داده و مجازات قصاص به دیه و تعزیر تبدیل می‌شود. ماده ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی نیز بر مسؤولیت ناشی از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در امور پزشکی تأکید دارد، بنابراین حتی اگر قصد قتل وجود نداشته باشد، اهمال در اجرای پروتکل‌های تشخیصی مرگ مغزی می‌تواند پزشک را با مسؤولیت کیفری ناشی از جنایات غیرعمدی مواجه سازد (اردبیلی، ۱۳۹۹: ۱۶۵).

از منظر جرم‌شناختی، فقدان این رضایت، عملیات جراحی را از شمول اقدامات درمانی خارج نموده و آن را در زمره جنایات علیه تمامیت جسمانی قرار می‌دهد. سازمان جهانی بهداشت نیز در دستورالعمل‌های خود بر لزوم شفافیت در کسب رضایت و پرهیز از هرگونه اجبار پافشاری ورزیده است و عدم احراز رضایت به معنای مخدوش بودن رکن قانونی عمل بوده و تیم پزشکی را با مسؤولیت کیفری فراملی مواجه می‌سازد (Faden & Beauchamp, 1986: 274).

در نظام حقوقی ایران، پذیرش رضایت آگاهانه با چالش‌های فقهی و قانونی خاصی مواجه است که در قانون پیوند اعضا مصوب ۱۳۷۹ و آیین‌نامه اجرایی آن تجلی یافته است. برخلاف رویکرد فردگرایانه اسناد بین‌المللی، حقوق ایران در موارد مرگ مغزی، ترکیبی از اراده متوفی و اذن «ولی‌دم» را برای مشروعیت بخشی به برداشت عضو ضروری می‌داند. ماده واحده قانون مذکور، اهدای عضو را منوط به وصیت بیمار یا موافقت اولیای دم کرده است، اما در مقام اجرا، رضایت اولیا همواره به‌عنوان شرط لازم و کافی نگریسته می‌شود. این مسأله باعث شده تا اعتبار «کارت اهدای عضو» در حقوق ایران، برخلاف بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته، تنها جنبه ارشادی و اخلاقی داشته باشد و فاقد قدرت الزام‌آور حقوقی در برابر مخالفت اولیا باشد. از منظر کیفری، برداشت عضو بدون اذن ولی‌دم، حتی با وجود وصیت متوفی، خطر طرح شکایت تحت عنوان جنایت بر میت را برای پزشکان به‌همراه دارد و این دوگانگی در ساختار رضایت، ناشی از غلبه نگاه «حق‌الناسی» بر جسد متوفی در دکتترین فقهی ایران است (عباسی، ۱۳۹۴: ۱۱۵).

تحلیل مسؤولیت کیفری در فرآیند کسب رضایت، مستلزم بررسی دقیق «اعلام رضایت» توسط نزدیکان بیمار مرگ مغزی در شرایط بحران روانی است. محاکم کیفری ایران بر این نکته تأکید دارند که رضایت اولیا باید در کمال آزادی اراده و پس از تفهیم کامل وضعیت «برگشت‌ناپذیری» بیمار اخذ شود. اگر تیم پیوند با ارائه اطلاعات نادرست یا تحت فشار قراردادن خانواده، اقدام به اخذ اذن نماید، رضایت مذکور مخدوش بوده و می‌تواند از مصادیق تدلیس در امور پزشکی یا کلاه‌برداری معنوی تلقی گردد. چالش تعیین «ولی‌دم» در مواردی که وراثت متعدد با نظرات متضاد وجود دارند، یکی از گره‌های کور قضایی است. رویه قضایی جاری بر لزوم اتفاق نظر تمامی اولیای دم در طبقه اول تأکید دارد که این امر عملاً باعث توقف بسیاری از

سنگینی مواجه خواهند بود. در این موارد، حتی اگر بیمار واقعاً دچار مرگ مغزی شده باشد، اما فرآیند احراز آن ناقص باشد، پزشکان بابت بی‌مبالاتی در انجام وظیفه قانونی تحت پیگرد قرار می‌گیرند. ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی تصریح می‌کند که: «پزشک در صورت رعایت نظامات دولتی و موازین علمی مسؤول نیست»، اما در مرگ مغزی، «نظامات دولتی» همان آیین‌نامه اجرایی قانون پیوند اعضا مصوب ۱۳۸۱ است. هرگونه انحراف از این آیین‌نامه، موجب خروج پزشک از چتر حمایتی «عوامل موجهه جرم» شده و مسؤولیت کیفری در اینجا تنها معطوف به نتیجه نیست، بلکه معطوف به «فرآیند» احراز فوت نیز هست (اردبیلی، ۱۳۹۹: ۱۷۰).

پیامدهای کیفری تشخیص نادرست، فراتر از مجازات‌های فردی پزشکان بوده و شامل مسؤولیت نهاد درمانی نیز می‌گردد. در صورتی که ثابت شود ساختار بیمارستان در فرآیند تشخیص مرگ مغزی دچار نقص بوده، براساس ماده ۱۴۳ قانون مجازات اسلامی، شخص حقوقی نیز قابل تعقیب است. این امر در پرونده‌هایی که تعارض منافع میان بخش‌های مراقبت‌های ویژه و واحد فراهم‌آوری اعضا وجود دارد، اهمیت مضاعفی می‌یابد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که نبود نظارت قضایی مستمر بر تیم‌های تشخیص، یکی از خلأهای جدی در نظام کیفری ایران است. آرای وحدت رویه اخیر بر لزوم استقلال کامل تیم تأییدکننده مرگ مغزی از تیم برداشت‌کننده تأکید دارند تا شبهه قتل به قصد تجارت عضو منتفی گردد. شفافیت در فرآیند تشخیص، نه تنها یک تکلیف اخلاقی، بلکه یک ضرورت حقوقی برای پیشگیری از دعاوی قتل عمد در نظام قضایی است و توازن میان مسؤولیت و مصونیت، کلید موفقیت سیاست جنایی ایران در حوزه پیوند اعضا خواهد بود (صادقی، ۱۳۹۴: ۱۱۸).

۳-۵- نظام رضایت آگاهانه در اسناد بین‌المللی و انطباق آن با حقوق ایران

اصل «رضایت آگاهانه» به‌عنوان زیربنای مشروعیت هرگونه مداخله پزشکی در اسناد بین‌المللی، به‌ویژه در اعلامیه استانبول (۲۰۰۸) و کنوانسیون اوپویدو مورد تأکید قرار گرفته است. براساس این استانداردها، حق بر تمامیت جسمانی ایجاب می‌کند که هرگونه برداشت عضو باید مبتنی بر اراده آزاد و پیشینی فرد باشد. در حقوق بین‌الملل، خودمختاری بیمار بر هر مصلحت دیگری مقدم است و فرآیند پیوند تنها زمانی واجد مشروعیت کیفری است که رضایت صریح متوفی در زمان حیات احراز شده باشد.

دارند. قانون‌گذار باید با ایجاد یک استثنا در ماده مذکور، وصیت صریح به اهدای عضو را در حکم رضایت فعلی بیمار تلقی کند و با این اصلاح تقنینی، پزشک می‌تواند بدون بیم از شکایت وراثت، به وظیفه نجات‌بخشی خود عمل نماید (صادقی، ۱۳۹۴: ۱۲۰).

درنهایت، چالش مشروعیت در موارد «فوریت پزشکی» و عدم دسترسی به اولیای دم، یکی از گلوگاه‌های حساس حقوق کیفری است. درحالی‌که ماده ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی، در موارد فوریتی که اخذ رضایت ممکن نیست، پزشک را معاف از مسؤلیت دانسته، اما در مورد مرگ مغزی و برداشت عضو، این قاعده به دلیل ماهیت «غیردرمانی» جراحی برای خود اهداکننده، به‌ندرت پذیرفته می‌شود. در نظام‌های حقوقی پیشرو، اصل «رضایت مفروض» به کار گرفته می‌شود که براساس آن، هر شهروندی اهداکننده تلقی می‌شود، مگر آن‌که پیش‌تر مخالفت خود را ثبت کرده باشد، اما در نظام کیفری ایران، اصل بر عدم رضایت است و پزشک باید برای هر اقدام دلیلی مثبت ارائه دهد. این رویکرد «احتیاط‌محور»، اگرچه از حریم خصوصی افراد صیانت می‌کند، اما در تضاد با سیاست جنایی «حیات‌مدار» قرار دارد که نجات جان انسان‌ها را اولویت اول می‌داند و یافته‌های این گفتار بر ضرورت جرم‌انگاری ممانعت غیرقانونی اولیا از اجرای وصیت متوفی تأکید دارد (Rithalia et al, 2009: 284).

۳-۷- تحلیل عناوین مجرمانه در برداشت پیش از موعد یا بدون

مجوز

رکن مادی جنایت در برداشت عضو پیش از تأیید قطعی فوت، از منظر حقوق کیفری ایران می‌تواند مصداق بارز قتل عمدی باشد، مشروط بر آن‌که رفتار پزشک علت منحصره یا شتاب‌دهنده فوت در وضعیت حیات مستقر باشد. در صورتی که ثابت شود تیم جراحی پیش از اتمام فرآیند تشخیصی مندرج در آیین‌نامه اجرایی، اقدام به خارج کردن اعضای حیاتی نموده‌اند، حمایت کیفری از نفس همچنان برقرار بوده و موضوع مشمول قصاص نفس خواهد بود. قانون‌گذار در کتاب قصاص، صیانت از تمامیت جسمانی را، حتی در آخرین لحظات حیات الزامی دانسته و هرگونه مداخله منجر به فوت را جرم‌انگاری کرده است. با این حال، اگر جراحی پس از فوت مغزی، اما بدون رعایت تشریفات اداری صورت گیرد، عنوان مجرمانه از قتل به «جنایت بر میت» تغییر می‌یابد که مجازات آن دیه و تعزیر است. تمایز میان این دو عنوان مجرمانه، تابع تشخیص دقیق «لحظه فوت» توسط مرجع قضایی با استعانت از کارشناسان پزشکی قانونی است. از این‌رو رعایت

فرآیندهای پیوند می‌گردد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که شفاف‌سازی سلسله‌مراتب اذن در قانون مجازات اسلامی، تنها راه پیشگیری از دعاوی کیفری بعدی است و مشروعیت کیفری عملیات پیوند در ایران، بیش از آن‌که بر مدار اراده متوفی باشد، بر پایه اذن متزلزل اولیای دم استوار گشته است که با استانداردهای نوین اخلاق پزشکی در تضاد است (آردبیلی، ۱۳۹۹: ۱۷۵).

۳-۶- پارادوکس وصیت و اذن اولیا، تحلیل مواد ۱۵۸ و ۴۹۵ قانون مجازات

تعارض میان وصیت فرد به اهدای عضو و مخالفت بازماندگان، یکی از پیچیده‌ترین مباحث در تئوری مسؤلیت کیفری ایران است. براساس ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، اقدامات درمانی که با رعایت موازین علمی و فنی و اخذ رضایت انجام شود، جرم محسوب نمی‌گردد، اما در موارد مرگ مغزی، این سؤال مطرح است که آیا وصیت فرد در زمان حیات، می‌تواند به‌عنوان «رضایت قانونی» موضوع این ماده تلقی شود یا خیر؟ دکترین حقوقی در ایران بر این باور است که با مرگ مغزی، ولایت اولیا بر جسد مستقر می‌شود و اراده متوفی تنها در حدود ثلث اموال نافذ است، نه در خصوص اعضای بدن. این دیدگاه باعث شده تا حتی با وجود وصیت‌نامه رسمی، تیم‌های پزشکی از ترس تعقیب کیفری به اذن ولی‌دم پناه ببرند. در مقابل، اسناد بین‌المللی بر این باورند که وصیت باید بدون قید و شرط اجرا شود و ترجیح‌دادن اذن اولیا بر وصیت متوفی، نقض فاحش اصل «خودمختاری» است که این تضاد همواره به‌عنوان یک مانع کیفری در برابر توسعه پیوند اعضا باقی خواهد ماند (شاملو، ۱۳۹۸: ۱۳۲).

ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی، پزشک را در صورت رعایت نظامات دولتی و موازین علمی از مسؤلیت مبرا می‌داند، مشروط بر آن‌که قبل از عمل، رضایت بیمار یا اولیای او را اخذ کرده باشد. در سناریوی مرگ مغزی، «رضایت بیمار» به دلیل عدم هوشیاری منتفی است و وصیت پیشینی او تنها مستند قانونی است. با این حال، تشتت در آرای قضایی نشان می‌دهد که محاکم در صورت نبود اذن ولی‌دم، حتی با وجود وصیت، پزشک را بابت «جنایت بر میت» مسؤول می‌شناسند. تحلیل حقوقی نشان می‌دهد که میان ماده ۴۹۵ و ضرورت اهدای عضو یک پارادوکس جدی وجود دارد، چراکه رعایت «نظامات دولتی» مستلزم کسب اذن ولی‌دم است، درحالی‌که «موازین علمی» بر فوریت برداشت عضو تأکید

پروتکل‌های زمانی نه تنها یک تکلیف اخلاقی، بلکه تنها سپر دفاعی کادر درمانی در برابر اتهامات جنایی است (اردبیلی، ۱۴۰۰: ۱۸۲).

عنصر روانی در این دست جرایم، اغلب با چالش تشخیص میان «قصد قتل» و «خطای جزایی» مواجه است. در بسیاری از موارد، پزشک با اطمینان از عدم بازگشت بیمار اقدام می‌کند، اما اگر در فرآیند تأیید کوتاهی علمی صورت گرفته باشد، سوءنیت وی تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد. قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ در ماده ۴۹۵، مسؤلیت پزشک را بر پایه تقصیر (بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی) بنا نهاده است، اما در موارد برداشت عضو، اگر پزشک آگاهانه اذن اولیا را نادیده بگیرد، رکن معنوی جنایت عمدی تقویت می‌شود. در حقوق کیفری، انگیزه نجات جان دریافت‌کننده عضو، رافع مسؤلیت کیفری پزشک در قبال اهداکننده نیست و نمی‌تواند به‌عنوان یک عامل موجهه جرم عمل کند. مجازات‌های پیش‌بینی شده برای این تخلفات در قانون مجازات اسلامی، از حبس‌های تعزیری تا محرومیت‌های دائم از شغل پزشکی متغیر است و شفافیت در مستندسازی مراحل اخذ رضایت و تأیید فوت، کلیدی‌ترین راه برای منتفی کردن سوءنیت در محاکم قضایی محسوب می‌شود (شاملو، ۱۳۹۸: ۱۴۰).

ضمانت‌اجراهای کیفری در موارد «جنایت بر میت» که در مواد ۷۲۲ تا ۷۲۸ قانون مجازات اسلامی ذکر شده، به‌طور مستقیم بر اقدامات غیرمجاز پس از مرگ مغزی نظارت دارد. اگر تیم پیوند بدون اذن ولی دم یا وصیت متوفی اقدام به برداشتن اعضا کنند، حتی اگر مرگ مغزی بیمار قطعی باشد، به مجازات دیه و حبس تعزیری محکوم خواهند شد. این مقررات با هدف حفظ «حرمت جسد» و جلوگیری از هتک حیثیت متوفی وضع شده‌اند و در نظام حقوقی ایران دارای ریشه‌های عمیق فقهی هستند. چالش حقوقی زمانی تشدید می‌شود که اعضای برداشته‌شده، اعضای جفت نباشند و برداشت آن‌ها منجر به تغییر شکل جسد گردد که در این صورت مجازات تغلیظ می‌شود. نظام کیفری ایران در حوزه پیوند، بیش از آن که تشویقی باشد، رویکردی تهدیدی و تنبیهی دارد که مانع از ریسک‌پذیری پزشکان می‌گردد و بسیاری از موارد اهدای عضو بالقوه، به دلیل بیم تیم‌های پزشکی از همین ضمانت‌اجراهای کیفری ضایع می‌شوند (صادقی، ۱۳۹۴: ۱۲۵).

۳-۸- مسؤلیت کیفری ناشی از تجارت عضو در بستر مرگ مغزی

پدیده «تجارت اعضا» یکی از خط قرمزهای جدی در حقوق کیفری ایران و بین‌الملل است که در موارد مرگ مغزی حساسیت دوچندانی می‌یابد. اگر فرآیند تأیید مرگ مغزی تحت تأثیر انگیزه‌های مالی یا رشوه‌خواری توسط دلالان و تیم‌های درمانی قرار گیرد، عنوان مجرمانه از قصور پزشکی به «قاچاق انسان» یا جرایم سازمان‌یافته تغییر می‌کند. قانون مجازات اسلامی و قانون مبارزه با قاچاق انسان، هرگونه معامله بر روی اعضای بدن را ممنوع کرده و مجازات‌های سنگینی برای واسطه‌ها و جراحان متخلف پیش‌بینی نموده‌اند. در موارد مرگ مغزی، احتمال سوءاستفاده از وضعیت روانی خانواده متوفی برای جلب رضایت وجود دارد که این امر مشروعیت رضایت را مخدوش می‌کند. رضایتی که با پرداخت وجه حاصل شده باشد، در حکم عدم رضایت بوده و پزشک را با مسؤلیت ناشی از جنایت بر میت مواجه می‌سازد. تجارت عضو، اعتبار نظام سلامت را نزد افکار عمومی تخریب کرده و باعث کاهش تمایل خانواده‌ها به اهدای داوطلبانه می‌گردد، بنابراین جرم‌انگاری سخت‌گیرانه هرگونه تبادل مالی در بستر مرگ مغزی ضرورتی انکارناپذیر است (Shimazono, 2007: 959).

تحلیل ارکان جرم قاچاق اعضا در پرونده‌های مرگ مغزی، نشان‌دهنده پیچیدگی رابطه میان پزشک، واسطه و بیمار دریافت‌کننده است. براساس قانون، حتی اهدای عضو در قبال پاداش‌های مالی که از مسیرهای قانونی خارج شده باشد، می‌تواند وصف مجرمانه یابد. در نظام حقوقی ایران، تنها «اهدای هبه» یا مبالغ تحت عنوان «ایثارانه» آن هم در مورد کلیه و میان افراد زنده پذیرفته شده است، اما در مرگ مغزی، هرگونه معامله ممنوع مطلق است. اگر ثابت شود که تأیید مرگ مغزی یک بیمار برای تسهیل برداشت عضو برای یک دریافت‌کننده متمول صورت گرفته، تمامی افراد دخیل در حکم «معاون یا شریک در قتل» قرار می‌گیرند. اسناد بین‌المللی نظیر کنوانسیون پالمو (United Nations, 2000) نیز بر ضرورت مقابله با این پدیده تأکید دارند. هرگونه انحراف از لیست انتظار وزارت بهداشت، وصف مجرمانه داشته و مجازات‌های تعزیری سنگینی در پی دارد و برای پیشگیری، مجازات‌های مالی باید با محرومیت‌های اجتماعی و حرفه‌ای همراه شود (عباسی، ۱۴۰۰: ۱۳۰).

چالش دیگر در این حوزه، مسؤلیت کیفری «شخص حقوقی» یا همان بیمارستان‌هایی است که فرآیند پیوند در آن‌ها صورت می‌گیرد. براساس ماده ۱۴۳ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، اگر

درحالی که این اعلامیه بر لزوم احترام به سیستم‌های ملی تأکید دارد، اما رویکرد جهانی به سمت رضایت مفروض برای نجات جان انسان‌های بیشتر در حال حرکت است. حقوق کیفی ایران به دلیل مبانی فقهی، همچنان بر لزوم احراز اذن ولی دم پافشاری می‌کند که این امر گاه با روح «ایثار داوطلبانه» مورد نظر اسناد بین‌المللی در تضاد قرار می‌گیرد. اسناد سازمان جهانی بهداشت نیز بر ضرورت ایجاد نظام‌های «خروج از اهدا» تأکید دارند که در آن‌ها فرض بر اهدای عضو است، مگر خلاف آن ثابت شود. در ایران، نبود چنین نظامی باعث شده تا فرآیند برداشت عضو با موانع قانونی متعددی روبه‌رو شود. برای نزدیکی به استانداردهای استانبول، باید نظام حقوقی ایران به سمت پذیرش «ولایت قانونی پزشک» در موارد فوریت‌های پزشکی و مرگ مغزی حرکت کند و این تحول نیازمند تغییر در برداشت‌های کلاسیک از مسؤولیت کیفی در قبال جسد است (Coppen et al, 2010: 1185).

امنیت قضایی تیم‌های پیوند، یکی دیگر از دغدغه‌های مشترک اعلامیه استانبول و حقوق جزا در ایران است. این اعلامیه بر لزوم حمایت قانونی از پزشکی که در چهارچوب پروتکل‌های علمی عمل می‌کنند، تأکید دارد تا از پدیده «پزشکی تدافعی» جلوگیری شود. در ایران، به دلیل فقدان نظام بیمه‌ای کارآمد برای مسؤولیت‌های ناشی از پیوند و ابهام در ماده ۴۷۲ قانون مجازات، پزشکان همواره با هراس از تعقیب کیفی روبه‌رو هستند. اسناد سازمان جهانی بهداشت بر لزوم ایجاد یک «مرجع قضایی متخصص» برای رسیدگی سریع به پرونده‌های اهدای عضو تأکید دارند، درحالی که در ایران این پرونده‌ها در دادسراهای عمومی رسیدگی می‌شوند. این اطلاع دادرسی و عدم تخصص قضات در مباحث پیچیده مرگ مغزی، با روح عدالت‌طلبی اسناد بین‌المللی در تضاد است. برای هم‌سویی با اعلامیه استانبول، باید نظام «مصونیت حرفه‌ای مشروط» برای پزشکان تیم پیوند پیش‌بینی شود و این مصونیت تا زمانی برقرار باشد که جراح از پروتکل‌های مصوب وزارت بهداشت عدول نکرده باشد (Bernat, 2019: 1028).

۳-۱۰- اصول راهبری سازمان جهانی بهداشت در مدیریت مرگ

مغزی

سازمان جهانی بهداشت در اصول راهبری خود، بر ضرورت شفافیت در فرآیند تشخیص مرگ و لزوم استقلال تیم‌های تشخیص از تیم‌های برداشت عضو تأکید دارد. این جداسازی فیزیکی و پرسنلی، ضامن جلوگیری از تضاد منافع و صیانت از

جرم توسط نماینده شخص حقوقی و در راستای منافع آن انجام شود، بیمارستان نیز مسؤولیت کیفی خواهد داشت. این مسؤولیت می‌تواند شامل جزای نقدی سنگین، مصادره اموال حاصل از جرم و حتی تعطیلی دائم واحد پیوند باشد. در پرونده‌های مرگ مغزی که شائبه خرید و فروش عضو وجود دارد، بیمارستان موظف به اثبات رعایت تمامی نظامات دولتی و پروتکل‌های اخلاقی است. یافته‌های حقوقی نشان می‌دهد که تداخل صلاحیت‌ها میان هیأت‌های انتظامی نظام پزشکی و دادسراهای عمومی گاه موجب اطلاع دادرسی و فرار مجرمان از چنگال عدالت می‌گردد. برای پیشگیری از تجارت عضو، باید نظام «مسؤولیت تضامنی» میان کادر درمان و نهاد درمانی در قانون جزا تقویت شود و تنها با ایجاد یک نظام شفاف مالی و نظارتی است که می‌توان اطمینان حاصل کرد برداشت عضو صرفاً با انگیزه بشردوستانه صورت می‌گیرد (Delmonico et al, 2002: 2041).

۳-۹- اصول بنیادین اعلامیه استانبول در مواجهه با سیاست

جنایی ایران

اعلامیه استانبول (۲۰۰۸) به‌عنوان جامع‌ترین سند بین‌المللی در حوزه اخلاق پیوند اعضا، بر دو رکن اساسی «عدالت» و «ممنوعیت تجاری‌سازی» تأکید ورزیده است. این سند جهانی، تمامی کشورها را مکلف به ایجاد ساختارهای قانونی برای پیوند عضو از بیماران فوت‌شده (از جمله مرگ مغزی) به‌عنوان راهکار اصلی مقابله با کمبود عضو کرده است. از منظر این اعلامیه، هرگونه تبعیض در توزیع اعضا براساس نژاد، ملیت یا طبقه اقتصادی، نقض فاحش حقوق بشر تلقی شده و واجد وصف کیفی است. در حقوق ایران، علی‌رغم پذیرش کلی این اصول، چالش‌هایی در زمینه اولویت‌بندی دریافت‌کنندگان و شفافیت لیست‌های انتظار وجود دارد. سیاست جنایی ایران باید به‌گونه‌ای بازتعریف شود که با مفاهیم «تساوی در دسترسی» مندرج در اعلامیه استانبول هم‌سو گردد. برداشت عضو از بیمار مرگ مغزی نباید تحت تأثیر نفوذ سیاسی یا اقتصادی دریافت‌کننده قرار گیرد و هرگونه انحراف از این اصل به‌عنوان فساد سیستماتیک شناخته می‌شود که دولت‌ها را در قبال جامعه جهانی مسؤول می‌سازد (Steering Committee of the Istanbul Summit, 2008: 5).

یکی از نقاط افتراق میان اعلامیه استانبول و رویه جاری در ایران، بحث «رضایت مفروض» در برابر «رضایت صریح» است،

مقصد (دریافت‌کننده) قابل ردیابی باشد. این فرآیند در حقوق کیفری بین‌الملل، ابزاری برای شناسایی زنجیره‌های قاچاق و توزیع ناعادلانه است. در حقوق ایران، علی‌رغم ایجاد بانک‌های اطلاعاتی، همچنان خلأهای قانونی در زمینه ثبت دقیق تمامی جزئیات برداشت عضو وجود دارد. عدم ثبت دقیق اطلاعات یا مخدوش کردن سوابق پیوند، باید در قانون مجازات اسلامی به‌عنوان «جعل اسناد دولتی» یا «امحای آثار جرم» با مجازات‌های سنگین همراه شود. تکنولوژی‌های نوین، نظیر بلاک‌چین در ثبت سوابق پزشکی، می‌تواند به خدمت حقوق کیفری درآمده و شفافیت مورد نظر اسناد بین‌المللی را تأمین کند و تنها با ایجاد یک نظام جامع رهگیری است که می‌توان اطمینان یافت ایثار اهداکنندگان صرفاً در مسیر عدالت درمانی هزینه می‌شود (Domínguez-Gil et al, 2011: 359).

۳-۱۱- چالش‌های اثباتی و تشتت آرا در تشخیص فوت حقوقی

یکی از بزرگ‌ترین معضلات در دادرسی کیفری پرونده‌های مرگ مغزی، دشواری در اثبات لحظه دقیق فوت و رابطه سببیت است. محاکم در مواجهه با ادعای اولیای دم مبنی بر قتل عمدی، با نظریات علمی متضادی روبه‌رو می‌شوند که احراز رکن مادی جرم را با دشواری مواجه می‌سازد. از منظر ادله اثبات دعوا در امور کیفری، گزارش‌های پزشکی قانونی به‌عنوان اماره قضایی تلقی می‌شوند، اما اعتبار آن‌ها زمانی که با تردید در «حیات مستقر» همراه شود، مخدوش می‌گردد. اصل «درء» در حقوق کیفری اسلام ایجاب می‌کند که در موارد شبهه در تحقق قتل عمد، حکم به قصاص صادر نشود که در اکثر پرونده‌های مرگ مغزی منجر به تبرئه از قتل و محکومیت به دیه جنایت بر میت می‌شود. این تشتت در آرا نشان‌دهنده نبود یک معیار قضایی واحد برای تعریف «فوت نهایی» است، درحالی‌که در حقوق اساسی، حق بر حیات مطلق است، در حقوق کیفری مرزهای این حق در آستانه مرگ مغزی به شدت مبهم می‌گردد و بدون ایجاد یک نظام تخصصی برای ارزیابی ادله در جرایم پیوند، عدالت کیفری همواره با ریسک خطای قضایی همراه خواهد بود (Shewmon, 2001: 457).

تضاد در رویه قضایی میان استان‌های مختلف ایران در مواجهه با موضوع ارث و وصیت بیماران مرگ مغزی، بر پیچیدگی مسؤولیت کیفری افزوده است. در برخی شعب، بیمار مرگ مغزی از لحظه تأیید پزشکی، «مرده حقوقی» تلقی شده و تمامی آثار فوت بر وی مترتب می‌گردد، درحالی‌که در برخی دیگر، توقف ضربان قلب ملاک نهایی است. این تضاد باعث شده تا پزشکان

حقوق کیفری بیمار است تا شائبه «تسریع در مرگ» برای دسترسی به عضو منتفی گردد. در نظام حقوقی ایران، این اصل در آیین‌نامه‌های اجرایی پذیرفته شده است، اما ضمانت‌اجرای کیفری صریحی در قانون مجازات اسلامی برای نقض آن پیش‌بینی نشده است. از منظر سازمان جهانی بهداشت، هرگونه تداخل میان این دو تیم، یک خطای سیستماتیک است که باید با واکنش‌های تنبیهی شدید مواجه شود. سیاست جنایی ایران باید با الحاق موادی به بخش تعزیرات، نقض استقلال تیم تشخیص را به‌عنوان یک جرم مستقل شناسایی نماید. شفافیت در فرآیند تشخیص، مانع از شکل‌گیری تئوری‌های توطئه پیرامون «کشتن بیماران برای عضو» در افکار عمومی می‌گردد و هم‌سویی با استانداردهای سازمان جهانی بهداشت، یک ضرورت برای حفظ امنیت ملی و اجتماعی در حوزه سلامت محسوب می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰).

موضوع «هزینه‌های فرآیند پیوند» در اصول راهبری سازمان جهانی بهداشت به‌صراحت منع شده و تأکید گشته که اهداکننده و خانواده وی نباید با هیچ‌گونه هزینه یا بار مالی روبه‌رو شوند. در حقوق کیفری ایران، تحمیل هزینه به خانواده متوفی در موارد مرگ مغزی، می‌تواند مصداق تحصیل مال نامشروع یا بهره‌کشی غیرقانونی باشد. اسناد بین‌المللی بر لزوم پوشش کامل هزینه‌ها توسط دولت یا سازمان‌های بیمه‌گر تأکید دارند تا فرآیند اهدای عضو کاملاً رایگان باقی بماند. چالش زمانی بروز می‌کند که بیمارستان‌ها بابت نگهداری بیمار مرگ مغزی در بخش مراقبت‌های ویژه، مبالغی را از خانواده مطالبه می‌کنند که این امر با اخلاق پزشکی و استانداردهای جهانی در تضاد است. از منظر حقوق جزا، این اقدام می‌تواند تحت عنوان «اجبار و اکراه» در فضای اضطراب خانواده بیمار مورد پیگرد قرار گیرد. برای هم‌سویی با سازمان جهانی بهداشت، قانون‌گذار باید صراحتاً هرگونه دریافت وجه از خانواده اهداکننده را جرم‌انگاری کرده و دولت را مکلف به پرداخت هزینه‌ها نماید و این شفافیت مالی، سنگ بنای عدالت در سلامت و انطباق با معیارهای حقوق بشری سازمان ملل در این حوزه حساس است (Ghods & Savaj, 2006: 1140).

در پایان، اصل «قابلیت رهگیری» اعضای اهدایی، از اصول کلیدی سازمان جهانی بهداشت برای مبارزه با جرایم زیرزمینی است. هر عضوی که از یک بیمار مرگ مغزی برداشته می‌شود، باید دارای شناسنامه الکترونیکی باشد تا از مبدا (اهداکننده) تا

برای پزشکانی که طبق ضوابط وزارت بهداشت عمل می‌کنند، پیش‌بینی شود. همچنین مجازات‌های مربوط به جنایت بر میت در موارد اهدای عضو باید به‌گونه‌ای تعدیل شوند که ماهیت ایثارگرانه این عمل نادیده گرفته نشود. شفافیت قانونی، قدرتمندترین ابزار برای توسعه فرهنگ اهدای عضو و کاهش پرونده‌های قضایی است و بازنگری در ماده ۴۷۲ باید به‌گونه‌ای باشد که راه بر تفاسیر سلیقه‌ای قضات بسته شود (شاملو، ۱۳۹۸: ۱۶۵).

دومین گام اصلاحی، تغییر نظام کسب رضایت از سیستم «رضایت صریح خانواده» به سیستم «رضایت مفروض با حق مخالفت» است. این تغییر رویکرد که در اسناد بین‌المللی و بسیاری از کشورهای پیشرو موفقیت‌آمیز بوده، می‌تواند آمار پیوند را در ایران به‌طور چشم‌گیری افزایش داده و مسؤولیت کیفری پزشکان را در موارد فوریتی کاهش دهد. براساس این پیشنهاد، هر شهروندی اهداکننده محسوب می‌شود، مگر آن‌که مخالفت خود را در یک سامانه ملی ثبت کرده باشد. در این سیستم، رضایت ولی‌دم به‌عنوان یک شرط مکمل و نه شرط اصلی نگریسته می‌شود که این امر مانع از بروز بن‌بست‌های حقوقی در موارد تعارض اراده‌ها می‌گردد. از منظر سیاست جنایی، این حرکت به‌معنای ارتقای جایگاه «حق جامعه بر حیات» در برابر «حقوق فردی خانواده بر جسد» است. این تحول نیازمند زمینه‌سازی فرهنگی و حقوقی وسیع است تا با مبانی فقهی سازگار شود و پذیرش رضایت مفروض، بار حقوقی اخذ اذن در لحظات بحرانی را از دوش کادر درمان برمی‌دارد (Rithalia et al, 2009: 286).

درنهایت، ایجاد «دادگاه‌های تخصصی حقوق پزشکی» با حضور قضات آموزش‌دیده و مشاوران عالی پزشکی قانونی، راهکار نهایی برای حل تشتت آرا است. پرونده‌های مرگ مغزی نباید در کنار جرایم عمومی رسیدگی شوند، زیرا ماهیت فنی و اخلاقی آن‌ها نیازمند درک عمیق از مرزهای حیات و مرگ است. ایجاد این محاکم تخصصی، امنیت قضایی را برای پزشکان به ارمغان آورده و مانع از صدور احکام سنگینی می‌شود که بر پایه عدم تخصص قضات صادر می‌گردند. همچنین تدوین یک «مراغ‌نامه کیفری اخلاق پزشکی» که به تأیید قوه قضاییه و وزارت بهداشت رسیده باشد، می‌تواند به‌عنوان یک سند راهنما در دادرسی‌ها عمل کند. اصلاح سیاست جنایی ایران در حوزه مرگ مغزی، در گروه تعامل میان علم حقوق، فقه و طب نوین است و آینده پیوند اعضا

در یک ایالت با خطر قصاص و در ایالت دیگر با مصونیت روبه‌رو باشند که این امر با اصل «یکپارچگی رویه قضایی» در تضاد است. ماده ۴۷۲ قانون مجازات اسلامی که بر حیات غیرمستقر تأکید دارد، به‌جای حل مشکل، به‌دلیل ابهام در مفهوم استقرار، به این تشتت دامن زده است. آرای وحدت رویه دیوان عالی کشور باید صراحتاً اعلام کنند که تأیید مرگ مغزی توسط هیأت منتخب، به‌منزله فوت حقوقی قطعی است. بدون این شفافیت، پزشکان همواره در معرض دعاوی واهی قرار خواهند داشت و باید با الحاق یک تبصره به ماده مذکور، ابهام در لحظه انتقال شخصیت حقوقی برطرف گردد (Lock, 2002: 57).

موانع اثباتی در تشخیص رضایت آگاهانه اولیا نیز، ازجمله چالش‌های تکرارشونده در پرونده‌های کیفری است. خانواده‌هایی که در شوک ناشی از مرگ مغزی عزیز خود هستند، ممکن است بعداً مدعی شوند که رضایت آن‌ها تحت تأثیر اضطراب یا عدم درک کامل شرایط بوده است. اثبات «فقدان قصد» یا «مخدوش‌بودن اراده» در لحظه امضای برگه اهدای عضو، بار اثباتی سنگینی را بر دوش پزشکان می‌گذارد. در نظام کیفری ایران، اصل بر صحت رضایت‌نامه‌های مکتوب است، اما اگر ثابت شود که کادر درمانی اطلاعات درستی ارائه نداده‌اند، مسؤولیت کیفری جدی ایجاد می‌شود. اسناد بین‌المللی بر ضرورت حضور یک «مدیر اخلاقی» یا «واسطه بی‌طرف» در زمان اخذ رضایت تأکید دارند تا از هرگونه اتهام فشار روانی جلوگیری شود. فرآیند اخذ رضایت باید به‌صورت صوتی و تصویری ثبت و ضبط گردد تا به‌عنوان دلیل متقن در دادگاه قابل ارائه باشد و غلبه بر چالش‌های اثباتی در محاکم، مستلزم گذر از روش‌های سنتی به‌سمت مستندسازی‌های مدرن است (Siminoff & Chillag, 1999: 40).

۳-۱۲- راهکارهای اصلاحی و چشم‌انداز نوین سیاست جنایی ایران

اولین راهکار اصلاحی، بازتعریف مفهوم مرگ در متون قانونی و بازنگری اساسی در ماده ۴۷۲ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ است. قانون‌گذار باید میان «حیات بیولوژیک نباتی» و «حیات انسانی واجد هوشیاری» تفکیک قائل شود و مرگ مغزی را صراحتاً به‌عنوان پایان شخصیت حقوقی انسان شناسایی کند. درج یک ماده قانونی مستقل که در آن فوت مغزی در حکم فوت قطعی باشد، بسیاری از چالش‌های مرتبط با اتهام قتل عمد را مرتفع می‌سازد. در این اصلاحیه، باید مصونیت کیفری صریحی

در ایران، در گروهی شجاعت قانون‌گذار در اصلاح نصوص مبهم و حمایت از ایثارگری کادر درمانی است (Bernat, 2006: 43).

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که گذار از تلقی سنتی مرگ (توقف قلب و تنفس) به مفهوم نوین مرگ مغزی، توازن مسؤولیت کیفری را در حقوق ایران با چالشی بنیادین مواجه ساخته است. نظام حقوقی ایران علی‌رغم پذیرش اولیه مرگ مغزی در قانون سال ۱۳۷۹، همچنان در لایه‌های کیفری و در مقام انطباق با ارکان جرم قتل عمد و جنایت بر میت، دچار ابهاماتی است که منجر به تشتت آرای قضایی می‌گردد. فرضیات تحقیق مبنی بر وجود خلأهای قانونی در تعیین مرز «حیات مستقر» و «غیرمستقر» و همچنین تأثیر این ابهامات بر افزایش ریسک کیفری کادر درمانی، به‌طور کامل به اثبات رسید. یافته‌های محقق بیانگر آن است که ماده ۴۷۲ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، به‌دلیل فقدان تعریف مانع و جامع از حیات مستقر، به‌جای حل معضل، به ابهام در تشخیص رکن مادی جرایم علیه نفس دامن زده است. همچنین تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که سیاست جنایی ایران در حوزه رضایت، با استانداردهای «خودمختاری فردی» مندرج در اعلامیه استانبول و اصول راهبری سازمان جهانی بهداشت فاصله دارد، چراکه اذن ولی‌دم را بر وصیت صریح متوفی مقدم می‌شمارد که این امر از منظر حقوق بین‌الملل، نقض حقوق بنیادین اهداکننده تلقی می‌شود. از دیگر یافته‌های مهم پژوهش، فقدان نظام کیفری افتراقی برای تیم‌های پیوند است که باعث تسری قواعد عمومی مسؤولیت کیفری به اقدامات درمانی و ایثارگرانه شده و پدیده «پزشکی تدافعی» را در این حوزه تقویت نموده است.

در راستای یافته‌های فوق، پیشنهاد می‌گردد که قانون‌گذار با بازنگری در ماده ۴۷۲ قانون مجازات اسلامی، مرگ مغزی را صراحتاً به‌عنوان پایان شخصیت حقوقی انسان و زوال حیات مستقر شناسایی کند تا شائبه قتل عمد در عملیات پیوند مرتفع گردد. همچنین ضروری است با اصلاح قانون پیوند اعضا، «کارت اهدای عضو» و وصیت متوفی به‌عنوان سندی الزام‌آور و مستقل از اذن اولیای دم شناخته شود. ایجاد شعب تخصصی «دادگاه‌های حقوق پزشکی» با قضات آموزش‌دیده در حوزه نورولوژی و تدوین دستورالعمل‌های وحدت رویه جهت تفکیک دقیق خطای پزشکی از جنایت عمدی، از دیگر ضرورت‌های اجرایی است. درنهایت، پیشنهاد می‌شود نظام «رضایت مفروض» به‌صورت تدریجی و با

ایجاد زیرساخت‌های فرهنگی در نظام تقنینی ایران مورد مذاقه قرار گیرد تا ضمن کاهش مسؤولیت‌های کیفری ناخواسته برای پزشکان، نرخ نجات جان بیماران در لیست انتظار نیز افزایش یابد؛ این امر مستلزم تعامل پویا میان نهادهای فقهی، مقنن و اجرایی برای عبور از بن‌بست‌های سنتی و دستیابی به سیاست جنایی حیات‌مدار است.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، صداقت و و امانتداری رعایت شده است.

تعارض منافع: در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

سهم نویسندگان: نگارش مقاله مشترکاً توسط نویسندگان صورت گرفته است.

تشکر و قدردانی: از کلیه کسانی که در معرفی منابع و تهیه این مقاله ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تأمین اعتبار پژوهش: این پژوهش فاقد تأمین‌کننده مالی بوده است.

منابع

الف. منابع فارسی

- اردبیلی، محمدعلی (۱۳۹۹). حقوق جزای عمومی. جلد اول. چاپ پنجاه و سوم. تهران: انتشارات میزان.
- اردبیلی، محمدعلی (۱۴۰۰). حقوق جزای عمومی. جلد دوم. چاپ چهل و یکم. تهران: انتشارات میزان.
- شاملو، باقر (۱۳۹۸). حقوق کیفری اختصاصی: جرایم علیه اشخاص. چاپ پنجم. تهران: انتشارات جاودانه.
- صادقی، محمدهادی (۱۳۹۴). حقوق جزای اختصاصی: جرایم علیه اشخاص. چاپ بیست و سوم. تهران: انتشارات میزان.
- عباسی، محمود (۱۳۹۴). حقوق پزشکی. جلد اول. چاپ سوم. تهران: انتشارات حقوق پزشکی.
- عباسی، محمود (۱۴۰۰). حقوق پزشکی. جلد سوم. چاپ دوم. تهران: انتشارات حقوق پزشکی.

ب. منابع انگلیسی

- donation: the Spanish model. *Journal of Nephrology*, 21(2), 23-29.
- Posner, J.B., Saper, C.B., Schiff, N.D. & Plum, F. (2007). *Plum and Posner's Diagnosis of Stupor and Coma* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Rithalia, A., McDaid, C., Suekarran, S., Myers, L. & Sowden, A. (2009). Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review. *BMJ*, 338, a3162.
- Shewmon, D.A. (2001). The brain and somatic integration: insights into the standard biological rationale for equating 'brain death' with death. *Journal of Medicine and Philosophy*, 26(5), 457-478.
- Shimazono, Y. (2007). The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(12), 901-980.
- Siminoff, L.A. & Chillag, K. (1999). The fallacy of the 'gift of life'. *Hastings Center Report*, 29(6), 34-41.
- Steering Committee of the Istanbul Summit (2008). *Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul*. *The Lancet*, 372(9632), 5-6.
- United Nations (2000). *Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children (Palermo Protocol)*. New York: United Nations.
- Wijdicks, E.F.M. (2001). The diagnosis of brain death. *New England Journal of Medicine*, 344(16), 1215-1221.
- World Health Organization (2010). *WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation*. Geneva: WHO Press.
- Younger, S.J., Arnold, R.M. & Schapiro, R. (2009). *The Definition of Death: Contemporary Controversies*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bernat, J.L. (2006). The whole-brain concept of death remains optimum public policy. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 34(1), 35-43.
- Bernat, J.L. (2019). Refinements in the organism as a whole rationale for brain death. *Journal of Medicine and Philosophy*, 44(6), 1023-1030.
- Coppen, R., Friele, R.D., Gevers, J.K.M. & Blok, G.A. (2010). Opting-out systems: no guarantee for higher donation rates. *Transplant International*, 23(11), 1182-1188.
- Council of Europe (1997). *Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention)*. Oviedo: Council of Europe.
- Delmonico, F.L., Arnold, R., Scheper-Hughes, N., Siminoff, L.A., Kahn, J. & Youngner, S.J. (2002). Ethical incentives — not payment — for organ donation. *New England Journal of Medicine*, 346(25), 2002-2005.
- Domínguez-Gil, B., Haase-Kromwijk, B., Van Leiden, H. & Neuberger, J. (2011). Current situation of donation after circulatory death in European countries. *Transplant International*, 24(7), 676-686.
- Faden, R.R. & Beauchamp, T.L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford: Oxford University Press.
- Ghaly, M. (2012). Religio-ethical discussions on organ donation among Muslims in Europe. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15(2), 207-220.
- Ghods, A.J. & Savaj, S. (2006). Iranian model of paid and regulated living-unrelated kidney donation. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 1(6), 1136-1145.
- Laureys, S., Owen, A.M. & Schiff, N.D. (2004). Brain function in coma, vegetative state, and related disorders. *Lancet Neurology*, 3(9), 537-546.
- Lock, M. (2002). *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*. Berkeley: University of California Press.
- Matesanz, R. & Miranda, B. (2010). A decade of continuous improvement in cadaveric organ

ج. قوانین

- آیین‌نامه اجرایی قانون پیوند اعضا، مصوب ۱۳۸۱ هیأت وزیران.

- قانون پیوند اعضای بیماران فوت‌شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است، مصوب ۱۳۷۹.

- قانون مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۹۲.