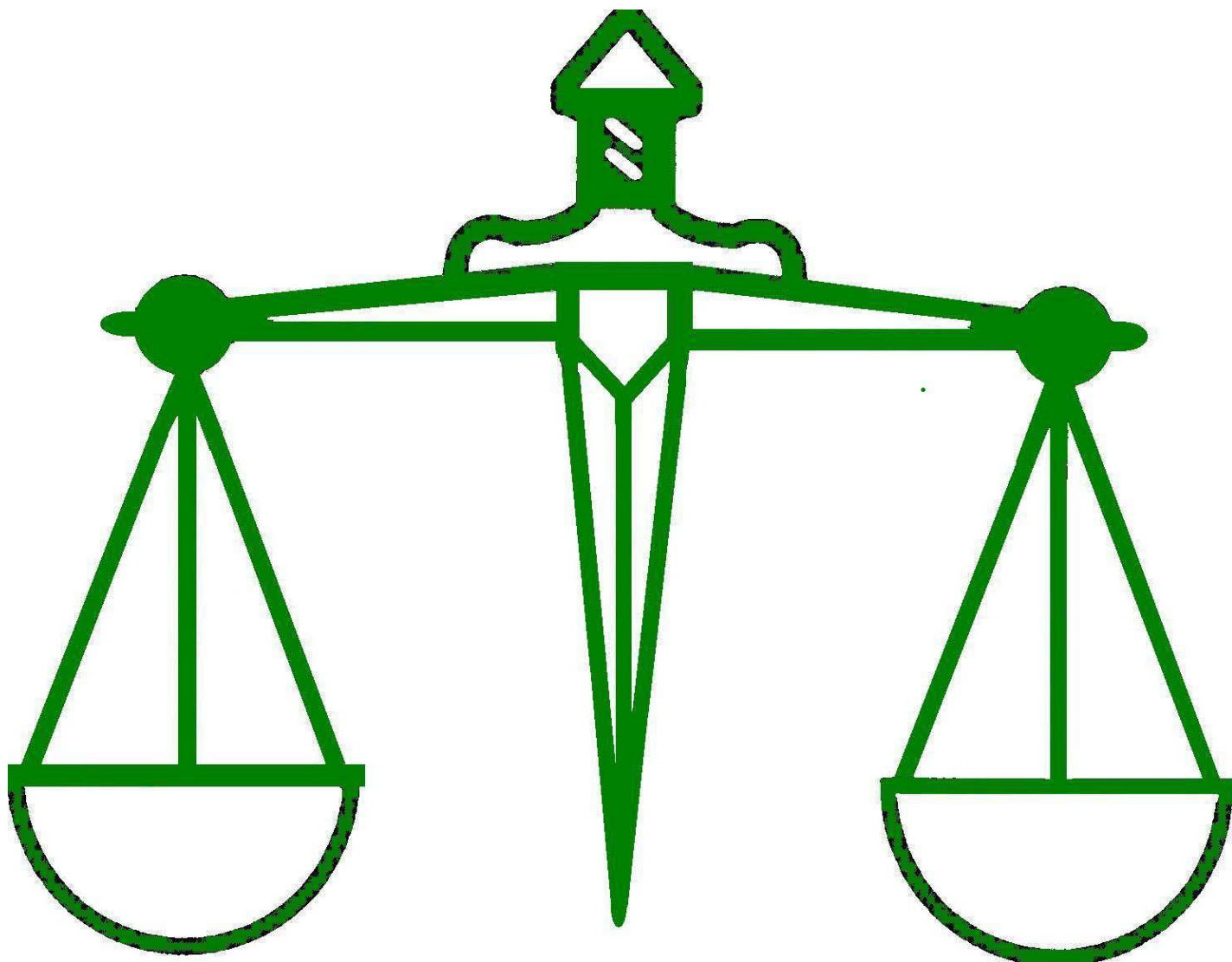


بسمه تعالی



رای پرونده موسوم به هموفیلی ها

صادره از شعبه ۱۰۶۰ دادگاه های عمومی و انقلاب تهران

فهرست

۱. مشخصات پرونده شامل تاریخ رسیدگی، خواهان ها، خواندگان، خواسته، گردشکار، ص ۵-۸
۲. مقدمه، ص ۹-۱۱
۳. درخصوص دعوی وکیل خواهان ها بطرفیت خواندگان، ص ۱۱-۱۲
۴. اظهارات وکلای خواندگان در مورد دعوا و ایرادات شکلی، ص ۱۲-۱۶
۵. پاسخ وکیل خواهان ها به لوایح و اظهارات خواندگان، ص ۱۷-۱۸
۶. تحقیقات دادگاه در رابطه با بیماری: الف) ایدز، ب) هیپاتیت C، ص ۱۸-۵۸
۷. خون سالم و سیستم حفاظت از خون (به نقل از سایت اطلاع رسانی سازمان انتقال خون ایران)، ص ۵۸-۶۶
۸. راه پیشگیری از آلوده شدن مصرف کنندگان خون و فرآورده های خونی به ویروس هیپاتیت C، ص ۶۶-۶۷
۹. موضوع ویروس زدایی از فرآورده های خونی به صورت کلی بر اساسی اطلاعات علمی موجود، ص ۶۷-۶۹
۱۰. وظایف وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون در رابطه با تأمین سلامت خون و فرآورده های خونی، ص ۶۹-۷۱
۱۱. قسمت اول خلاصه پرونده کیفری شامل تحقیقات اداره آگاهی و مستندات کشف شده، ص ۷۱-۸۳
۱۲. قسمت دوم خلاصه پرونده کیفری شامل روند شکل گیری و انجام بازرسی توسط کارشناسان سازمان بازرسی کل کشور، ص ۸۳-۹۷
۱۳. قسمت سوم خلاصه پرونده کیفری استخراج شده از صورتجلسات دادگاه کیفری، ص ۹۷-۱۱۷
۱۴. فراز نهایی رأی دادگاه بدوی و اظهار نظر شعبه ۲۰ دیوان عالی کشور در رابطه با پرونده کیفری، ص ۱۱۷-۱۲۱
۱۵. قرارهای کارشناسی و ارجاع پرونده ها به سازمان پزشکی قانونی ۱۲۱-۱۲۳
۱۶. نظریه سازمان پزشکی قانونی و اصلاحات بعدی آن، ص ۱۲۳-۱۲۶
۱۷. چگونگی اعتراض خواهانها و خواندگان به قرار کارشناسی دادگاه و نظریه کارشناسی سازمان پزشکی قانونی و اصلاحات آن، ص ۱۲۶-۱۲۷

۱۸. رد اعتراض وکیل خواهانها و خواندگان در رابطه با نظریه پزشکی قانونی و قرار صادره، ص ۱۲۷-۱۳۰
۱۹. تحقیقات دادگاه در رابطه با موقعیت حقوقی و قانونی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ص ۱۳۱
۲۰. وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در رابطه با واردات در رابطه با واردات فرآورده های خونی و مراحل خرید دارو، ص ۱۳۱-۱۳۳
۲۱. تحقیقات دادگاه در رابطه با موقعیت حقوقی سازمان انتقال خون ایران، ص ۱۳۳-۱۴۰
۲۲. تحقیقات دادگاه درباره سازمان انتقال خون ایران، ص ۱۴۰-۱۴۲
۲۳. استفاده از برهان «نفی سایر اسباب» در اثبات رابطه سببیت و علیت، ص ۱۴۲-۱۴۶
۲۴. استفاده از قاعده فقهی «سبر و تقسیم» در اثبات رابطه سببیت و علیت، ص ۱۴۶-۱۴۸
۲۵. قاعده فقهی هشدار (تحدیر)، ص ۱۴۸-۱۵۰
۲۶. مطالعات تطبیقی دادگاه در موارد مشابه این پرونده در دیگر کشورهای جهان، ص ۱۵۰-۱۵۵
۲۷. چگونگی پرداخت غرامت افراد آلوده به ویروس HCV از جمله هموفیلی ها در کانادا، ص ۱۵۵-۱۵۹
۲۸. چگونگی احقاق حق آلوده شدگان از طریق خون و فرآورده های خونی در فرانسه، ص ۱۶۰-۱۶۲
۲۹. جبران خسارت ناشی از انتقال خون آلوده بر مبنای روش خاص (فرانسه)، ص ۱۶۲-۱۶۳
۳۰. مبانی بین المللی مسئولیت مدنی دولت، ص ۱۶۳-۱۶۴
۳۱. مسئولیت دولت یا اعمال حق ناروا؟، ص ۱۶۴-۱۶۸
۳۲. قانون اساسی و مسئولیت مدنی دولت و حقوق شهروندی و سکوت قانون اساسی، ص ۱۶۹-۱۷۱
۳۳. مبانی فقهی مسئولیت مدنی، ص ۱۷۱-۱۷۲
۳۴. مسئولیت پزشک در مقابل بیمار در حوزه مسئولیت مدنی، ص ۱۷۳-۱۷۶
۳۵. راه های دیگر انتقال ویروس ایدز و هپاتیت C و B به غیر از خون در اثبات رابطه سببیت و علیت، ص ۱۷۶-۱۷۷
۳۶. نظریه دادگاه در رابطه با راه اول در جهت اثبات رابطه سببیت و علیت، ص ۱۷۷-۱۷۹

۳۷. اظهار نظر دادگاه در رابطه با راه دوم در جهت اثبات رابطه سببیت و علیت، ص ۱۷۹-۱۸۱
۳۸. اظهار نظر دادگاه در رابطه با راه های چهارم و پنجم در جهت رابطه سببیت و علیت، ص ۱۸۱
۳۹. نظریه خطر و مسئولیت بلا شرط و اصل تناسب، ص ۱۸۱-۱۹۵
۴۰. معیار تقسیم مسئولیت در دیگر کشورها، فقه اسلامی و حقوق موضوعه ایران، ص ۱۹۵-۱۹۷
۴۱. مسئولیت تضامنی و مبنای قانونی آن، ص ۱۹۷
۴۲. اظهار نظر نهایی دادگاه در رابطه با اثبات رابطه سببیت و علیت، ص ۱۹۷-۲۰۰
۴۳. خلاصه رأی دادگاه بدوی در رابطه با مسئولیت مدنی وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون ایران، ص ۲۰۰-۲۰۶
۴۴. اظهار نظر شعبه تجدید نظر و دیوان عالی کشور در رابطه با دادنامه های ۱۰۵۲/۷۸، ص ۲۰۶-۲۱۳
۴۵. مبانی فقهی و حقوقی تأمین دیه و ضرر و زیان از بیت المال، ص ۲۱۳-۲۲۱
۴۶. خسارات افزون بر دیه مسئولیت بیت المال، ص ۲۲۱-۲۲۲
۴۷. ضرورت تأمین خسارت معنوی، ص ۲۲۲-۲۳۲
۴۸. معیارهای دادگاه در رابطه با تأمین خسارات معنوی هر یک از خواهان ها، ص ۲۳۲-۲۳۴
۴۹. رأی دادگاه در رابطه با تأمین خسارت معنوی خواهان ها، ص ۲۳۵-۲۳۹
۵۰. رأی نهایی دادگاه در رابطه با خسارات مادی و معنوی و هزینه های درمان گذشته هر یک از خواهانها ، ص ۲۳۹-۲۴۷
۵۱. رأی دادگاه در رابطه با مشکلات درمانی احتمالی آینده خواهان ها، ص ۲۴۸-۲۵۰
۵۲. رأی دادگاه در رابطه با خواسته وکیل خواهان ها در رابطه با تأمین هزینه دادرسی، ص ۲۵۰

• تاریخ رسیدگی :

• کلاس پرونده های شماره:

۸۳/۱۰۶۰/۴۱۴	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۲	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۱	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۳	۸۳/۱۰۶۰/۳۵۸	۸۳/۱۰۶۰/۲۸۹	۸۳/۱۰۶۰/۲۰۴
۸۳/۱۰۶۰/۴۱۵	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۳	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۲	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۵	۸۳/۱۰۶۰/۳۶۰	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۰	۸۳/۱۰۶۰/۲۱
۸۳/۱۰۶۰/۴۱۷	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۴	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۳	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۶	۸۳/۱۰۶۰/۳۶۲	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۱	۸۳/۱۰۶۰/۲۱۷
۸۳/۱۰۶۰/۴۱۸	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۲	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۵	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۷	۸۳/۱۰۶۰/۳۶۴	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۲	۸۳/۱۰۶۰/۲۱۹
۸۳/۱۰۶۰/۴۱۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۴	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۷	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۸	۸۳/۱۰۶۰/۳۶۵	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۳	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۳
۸۳/۱۰۶۰/۴۲۱	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۷	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۹	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۶۶	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۴	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۴
۸۳/۱۰۶۰/۴۲۲	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۸	۸۳/۱۰۶۰/۲۶۰	۸۳/۱۰۶۰/۴۳۰	۸۳/۱۰۶۰/۳۶۷	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۵	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۵
۸۳/۱۰۶۰/۴۱۳	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۹	۸۳/۱۰۶۰/۲۶۱	۸۳/۱۰۶۰/۴۳۱	۸۳/۱۰۶۰/۳۶۸	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۶	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۶
۸۳/۱۰۶۰/۳۴۱	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۰	۸۳/۱۰۶۰/۲۶۴	۸۳/۱۰۶۰/۴۳۲	۸۳/۱۰۶۰/۳۶۹	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۷	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۷
۸۳/۱۰۶۰/۲۸۸	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۲	۸۳/۱۰۶۰/۲۶۵	۸۳/۱۰۶۰/۴۳۳	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۰	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۸	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۸
۸۳/۱۰۶۰/۳۹۱	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۳	۸۳/۱۰۶۰/۲۶۷	۸۳/۱۰۶۰/۴۳۴	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۱	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۹	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۹
۸۳/۱۰۶۰/۳۲۱	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۴	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۰	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۰	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۲	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۰	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۰
۸۳/۱۰۶۰/۲۵۰	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۵	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۱	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۲	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۳	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۲	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۱
۸۳/۱۰۶۰/۲۴۴	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۷	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۲	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۳	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۴	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۳	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۲
۸۳/۱۰۶۰/۳۲۰	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۸	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۳	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۵	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۵	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۴	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۳
۸۳/۱۰۶۰/۳۸۹	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۳	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۷	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۶	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۵	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۴
۸۳/۱۰۶۰/۲۸۷	۸۳/۱۰۶۰/۴۱۰	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۴	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۸	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۷	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۶	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۵
۸۳/۱۰۶۰/۳۴۰	۸۳/۱۰۶۰/۴۱۱	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۵	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۸	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۷	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۶
۸۳/۱۰۶۰/۳۵۵	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۶	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۶	۸۳/۱۰۶۰/۴۵۰	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۸	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۷
۸۳/۱۰۶۰/۲۴۳	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۷	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۸	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۵	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۱	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۰	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۸

۸۳/۱۰۶۰/۳۱۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۸	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۹	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۷	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۲	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۲	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۹
۸۳/۱۰۶۰/۳۸۶	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۳۳	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۳	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۳	۸۳/۱۰۶۰/۲۴۰
۸۳/۱۰۶۰/۲۸۵	۸۳/۱۰۶۰/۳۵۰	۸۳/۱۰۶۰/۳۳۵	۸۳/۱۰۶۰/۲۸۱	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۴	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۵	۸۳/۱۰۶۰/۲۴۱
۸۳/۱۰۶۰/۳۳۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۵۱	۸۳/۱۰۶۰/۳۳۶	۸۳/۱۰۶۰/۲۸۲	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۵	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۷	۸۳/۱۰۶۰/۲۴۲
						۸۳/۱۰۶۰/۳۵۳

• شماره دادنامه ها: الی

• مرجع رسیدگی:

شعبه ۱۰۶۰ دادگاه عمومی جزایی تهران

• خواهان ها:

علیرضا	مهربخش صناعی	هوشنگ	نصوحی	قاسم	کریمی	محمد رضا	تلوری
محمد رضا	عونی هریس	سید کریم	میر معصومی	پویا	لاکوند	شمس الدین	آزادحیدری
سیامک	عظیمی	محمد رضا	ده محسنی	مسعود	چنگانی	حسین	چگانی خوراسگانی
سهیل	امیری	ناصر	کاظمی حسن آبادی	مجید	کریمی	مرتضی	چگانی خوراسگانی
محمدتقی	حلاج پور	شهرام	کریمی فخر آبادی	هادی	کوچکخانی	رضا	حاجی علیزاده
داود	کاظم پور اوصالو	سید عبدالجواد	شاهمرادی	عشرت	مهدور موگویی	امیر	مدنی بزرگ
ابوالفضل	فدایی	جواد	بارتی کریسکانی	امیدرضا	حسینی روح	حسین	مشیری
علی	رخشان	محمد	توکلی افجندی	محمود	وادی خیل	مهدی	مختارزاده اردستانی
غاکبر	اکبری پور	ولی اله	کاظمی حسن آبادی	اژدر	احمدی	شهرام	فتحی جوزدانی
علی	رودباری	محمدتقی	ده محسنی	حسن	عرب	جبار	محمدی جوزدانی
روشن	قوردویی میلان	مهدی	باغ زرشکی	علیرضا	چنگانی	عباس	برنجی اردستانی
علی	یوسفی	سید حسن	موسوی فخرآبادی	اسمعیلی	زارعی	فاطمه	حاجی زاده
اصغر	قادر زخره نی	علی اکبر	سلیمانی	حسین	رحمتی	زهرا	عبدی
مراد	سوکی	ایمان	مهدوی	خدیجه	نیک طلب	فاطمه	ورمزیار

اسماعیل	رضایی	عبدالعلی	محمدی کچی	فرهاد	عباسی	رسول	طاهری شجاع
ایمان	محسنی	علیرضا	دلشادی	شهرام	محمدی	مجید	رنجبران
محمد مهدی	غلامی	میرمنصور	رئیس زاده لنگرودی	یداله	مهدور موگویی	اصغر	سلمانی
عقیل	محمدیان چاکل	مهدیه	نجیمی	مجتبی	مهدوی افوسی	حسن	درویش
بهرام	محمدیان چاکل	علیرضا	احمدی	ابوالفضل	کیانی	بهاره	مطلبی
بهمن	غلامی	جواد	ضیایی خیاره	سید ولی اله	رضوی باباحیدری	مجتبی	غلامی
حسین	شعبانیان	حبیب	نعمت زاده	علی	فنائی	مرتضی	ایزدی
حمیدرضا	غیاثوند	حسین	گلشاهی	آرین	چوپان	مجید	حیدری
محمد	باقری	محمود	لیاقتی میرهن	حسنعلی	باقری بابوکانی	یحیی	افشار
مصطفی	صفرلو	علی	نوروزی ورنکشی	علی	کاکایی	مریم	پورفرد
کیومرث	مصیب پور	رحمت	نجفی	زلفعلی	زارعی	حمیدرضا	عباسپور
میلاد	زمانی	محبوبه	جلایر	اسفندیار	سرناسی	احمدعلی	زمانی
حمیدرضا	ملیحی	محمود	رئیزی	مهدی	سرناسی	مرضی	اکبری پور
محمد رضا	قربانی	داریوش	وفادار	محمدحسن	ترابی	جواد	کفاش طرقی
ذکر اله	اباذری	محسن	دهنه	عبدالرضا	رضایی	مجید	ابراهیمی قهدریجانی
بهرام	شیدایی	علی	برومندیان	محمدعلی	راست روشن	علی اکبر	ترابی
زین العابدین	عبدالهی	محمدفهم	قادرپرست	علیرضا	علیزاده قزلکچی	مرضی	نباتی
محمد	معقول	احمد	مرادخواه	مهدی	فلاح ناد	علی	حیدری
غلامرضا	امیری	مینا	خاکباز	شیرعلی	مرادخواه	مهدی	علی بالایی
آزاده	صالحی	عباس	خاکباز	محسن	شهید مکی	سید محسن	حسینی
علی	حاجی حسینی	رضا	احمدی	احمد	ابراهیمی	مهدی	سعادت سعادت آبادی
سید مصطفی	میر	محمد	ترابی	مهدی	ترک	مسعود	یزدخواستی
سمیه	نویخت	زین العابدین	پورزین العابدین	فرشته	ایزدی	علی	مهدور موگویی
علی اکبر	پاشاچلندر	مهدی	کریمی	مهدی	احمدی	مهدی	برائی کرسیکانی
سید کاظم	باختری	محمدحسین	مردای	محمدباقر	زینلی طالخونچه	کمال	سلمانی رسانی
سید حسین	مهری	عباس	احمدی	محمدرضا	علیخانی زیارتگاهی	ابوالفضل	داورپناه
حمیدرضا	جندقی امیر آبادی	حسین	قوردویی میلان	ناهید	محمدی	اکرم	قدیری قهدریجانی
اکبر	خدابنده لو	قاسم	شاکری اصل	محمد	لواف	سعید	محمودی باقرصاد
اصغر	قاسمی خویگانی						

کلیه خواهان ها نفر با وکالت آقای علی صابری به نشانی: کارگر شمالی، تقاطع بزرگراه شهید

گمنام، کوچه ۴، امیرآباد، پلاک ۱۳، واحد ۱۳

• خواندگان:

۱- وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، به آدرس:

۲- سازمان انتقال خون ایران، به آدرس:

۳- شرکت پژوهش و پالایش خون ایران، به آدرس: تقاطع بزرگراه شیخ فضل اله نوری و بزرگراه

همت

با وکالت دکتر غلام نبی فیضی به آدرس: تهران، میدان آرژانتین، خیابان الوند، خیابان ۲۹، پلاک ۲۴،

زنگ ۴، کدپستی ۱۵۱۶۶

• خواسته

• گردشکار:

پس از ارجاع پرونده و وصول به شعبه به کلاس فوق ثبت و پس از جری تشریفات قانونی دادگاه در

وقت مقرر، فوق العاده بتصدی امضاء کننده ذیل تشکیل است با بررسی پرونده ختم رسیدگی را اعلام

و با استعانت از خداوند متعال بشرح ذیل مبادرت بصدور رای مینماید.

• مقدمه:

مسئولیت مدنی دولت در قبال شهروندان حوزه ای از مسئولیت است که بخصوص در عرصه هایی که دولت فعالیت کاملاً انحصاری دارد بخوبی قابل لمس است. این موضوع آنچنان عینی است که در جایگاه قضا و در صورت دادخواهی زیان دیده نمی توان از آن بسادگی عبور کرد. دادگاه بر این اعتقاد است که اگر قانون مسئولیت مدنی نیز در زمره قوانین جاری کشور نبود، با تکیه بر اصول ۱۶۴ و ۱۶۷ و ۱۷۱ و ۴۰ قانون اساسی، مسئولیت مدنی دولت بخصوص حداقل در حوزه دولت عالیت اقتصادی یا تصدی گری و ارائه خدمات می نماید، انکار ناپذیر بود.

حضرات ایات عظام و مراجع تقلید بهجت، صافی، مکارم شیرازی، نوری همدانی دامه برکاتهم در رابطه با استفتا یکی از بیماران هموفیلی آلوده شده از طریق خون در برابر این سؤال که اگر دولت اسلامی به دلیل نقص وسایل آزمایشگاهی و پزشکی در سیستم دارویی و انتقال خون کشور و سهل انگاری مسئولین مربوط موجب انتقال بیماری های لاعلاج به بیماران گردد، آیا از نظر شرع مقدس موظف به پرداخت غرامت می باشد؟ در فتاوی خود به اتفاق به فرض صحت سؤال پرداخت غرامت را شرعی دانسته اند. رهبر معظم انقلاب نیز در مقام مرجعیت شیعه فرموده اند: "اگر مبلغی که به عنوان خسارات پرداخت می کنند مطابق با مقررات باشد دریافت آن مانعی ندارد". آنچه در قانون مدنی در اتلاف و تسبیب در مواد ۳۲۸ تا ۳۳۵ مقرر نموده است، بیانگر آن است که لا محاله قاعده اتلاف و تسبیب در رابطه با دولت نیز قابلیت اجرایی دارد. اساساً مردم در یک ارتباط قهری از خدمات دولت بهره مند می گردند و در بسیاری از موارد اسباب و وسایل تحقیق در رابطه با اعمال دولت را در

اختیار ندارند. از یکسو توانایی علمی و ابزار و اذن تحقیق در رابطه با سلامت داروهای مورد را نداشته و ندارند و از سوی دیگر اساساً این تحقیق منطق اجتماعی و ضمانت اجرایی نداشته و در نظام های مختلف سیاسی این امر از وظایف تعریف شده دولت بوده و اساساً قانون خاص دارد. قانون وظایف و تشکیلات وزارت بهداشت و قانون "مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب ۱۳۲۴/۳/۲۹ و قانون مقررات مواد خوردنی و آشامیدنی بهداشتی و آرایشی مصوب ۱۳۳۴ و اصلاحات آن بخصوص مواد ۱ و ۲ آن از مصادیق این ضرورت اجتماعی محسوب می گردد. در قانون اساسی نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران در اصل یکصد و هفتاد و سوم این منطق اجتماعی به صراحت در چارچوب حقوقی تعریف گردیده و جهت رسیدگی به شکایات و بازرسی عملکرد سازمان های دولتی با توجه به شرح وظایف پیش بینی در قانون و خسارات وارده به مردم، سازمان ها و نهادهای دولتی مشخصی تأسیس گردیده است.

واقعیت اجتماعی آن است که در حال حاضر نهادهای عمومی با حمایت دولت و یا مستقلاً در در کلیه زمینه های اجتماعی، اقتصادی و زندگی شهروندان برنامه ریزی می نمایند و برای پیشبرد برنامه ها وسایل و ابزارهای فنی و مادی بسیاری را به کار می گیرد. مؤسسات دولتی در انجام وظایف تعریف شده در عرصه های مختلف امکان ارتکاب خطا و اشتباه و سهل انگاری و ترک فعل را دارند، که اصل ۱۶۷ قانون اساسی ناظر آن و قوه قضائیه پناه زیان دیدگان است. با توجه به گستره خدمات عمومی دولت به همه شهروندان ضرر و زیان ناشی از ترک مسئولیت، سهل انگاری و خطا و یا ترک فعل، می تواند به صورت گسترده به جمع کثیری از شهروندان تحمیل گردد و جبران آن در عرصه اجتماعی

فقط از عهده دولت بر می آید. اگر به گزاره های فوق آموزش های دینی و تکلیف شرعی افزوده گردد هرگونه شک و شبهه را بر طرف می نماید. ماده ۱۷۱ قانون اساسی، ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی، ماده ۲ قانون مسئولیت مدنی، ماده ۸ قانون مسئولیت مدنی، ماده ۹ قانون مسئولیت مدنی، ماده ۱۰ قانون مسئولیت مدنی، ماده ۹ قانون آئین دادرسی ۱۲۹۰، ماده ۲۱۲ مکرر و مجاز است عمدی و مواد ۲۰۷-۲۰۸ مکرر، ماده ۵۸ قانون مجازات اسلامی، ماده ۱۳ قانون چک مصوب ۱۳۵۵ و دیگر مواد، بخوبی نظر دادگاه را در حوزه حقوق شهروندی و مسئولیت مدنی دولت در قبال شهروندان را معطوف می دارد. تأمین امنیت درمان شهروند از وظایف تعریف شده دولت بر اساس قانون تأمین اجتماعی است.

• در خصوص دعوی وکیل خواهان ها به طرفیت خواندگان:

به شرح دادخواست تقدیمی خواهانها و توضیحات مسبوط وکیل آنها اظهار کرده است: نقص و عیب تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی در مجهز نبودن مرکز پژوهش و پالایش خون ایران به سیستم ویروس زدایی است که منجر به تولید فرآورده های انعقادی کنسانتره بدون اخذ پروانه تولید از وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی گردیده و فقدان نظارت مستمر بر روند تولید، واردات، توزیع فرآورده های خونی و شیوه جمع آوری خون سالم که متکی بر تأمین خون از طریق اهدا کنندگان اتفاقی، خون فامیلی، مراجعه به مراکز سیار، محل کار و تحصیل و اجتماعات مردم که احتمال انتقال بیماریهای ویروسی دارد، که این موارد منجر به صدور دستور تعطیلی خط تولید فرآورده های انعقادی مرکز پژوهش و پالایش خون به دستور مقام ناظر بهداشت و درمان گردیده

است. این نقص وعیب موجب وارد شدن زیان به بیماران هموفیلی و دیگر بیماران مصرف کننده خون و فرآورده های خونی از طریق ابتلای آنان به ویروسهای خطرناک ایدزو هپاتیت C و هپاتیت B و در موارد معین ابتلای به دو ویروس کشنده بصورت همزمان شده است لذا جبران زیان جسمی نامبردگان را با این توضیح که این خسارات شامل هزینه درمان بیماری در گذشته و آینده و نیز مبلغ معینی مشابه دیه یا ارش که به اقتضای مورد به بدن بیمار صدمه وارد آورده به تفکیک از دادگاه درخواست کرده است و نیز در ادامه جبران زیان معنوی وارده را مطالبه نموده بعلاوه با توجه به آنکه ابتلا به این ویروس ها موجب بروز اختلال و لطمه به حیثیت اجتماعی موکلین بوده و صدمات جبران ناپذیری در عرصه امور تحصیلی شغلی و امر ازدواج و زندگی برای ایشان ایجاد نموده، بگونه ای که حتی استفاده این بیماران از خدمات جامعه پزشکی نیز به بعثت وجود آلودگی های ویروسی خطرناک عملاً مختل و پذیرش درمان آنان با اکراه پزشکان مواجه گردیده بگونه ای که در موارد آلودگی به ایدز با توجه به فرهنگ حاکم بر جامعه این آسیب اساسی و بسیار قابل توجه بوده و میباشد لذا وکیل علاوه بر رفع موانع موجود در جهت برخورداری آنان از حقوق اجتماعی که در قانون اساسی پیش بینی دشه است، پرداخت مبلغی به عنوان بخش کوچکی از خسارت معنوی وارده به موکلین خود را تقاضا نموده، همچنین الزام خواندگان را به پرداخت کلیه خسارات از جمله هزینه دادرسی و حق الوکاله وکیل درخواست کرده است وکیل خواهانها با توجه به موقعیت و مشکلات وراثت فوت شدگان و اعضای خانواده بیمارانی که از طریق ارتباط مستقیم با آنها آلوده شده اند (همسرو فرزند) جبران خسارت مادی و معنوی حسب ماده ۳ قانون مسئولیت مدنی و ۹۸ قانون آیین دادرسی مدنی را دارد.

• اظهارات وکلای خواندگان در مورد دعوا و ایرادات شکلی

۱-۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اعلام میدارد ضمن رد دعوای وکیل خواهان ها در جلسات رسیدگی به دلیل استناد وکیل خواهانها به پرونده کیفری و عدم اطلاع آن وزارت خانه از مفاد پرونده در خواست تجدید جلسه رسیدگی را می نماید.

نماینده حقوقی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، آقای ناصر فخاف پور، اظهار نموده است: الف) ایرادات شکلی ۱- وکلای دادگستری مطابق ماده ۱۰۳ قانون مالیاتهای مستقیم مکلف است در هر مورد تمبر مالیاتی به وکالتنامه هایی که به مراجع قضایی ارائه مینمایند، ابطال و هزینه دادرسی را نیز پرداخت نماید و وکالت نامه تقدیمی وکیل خواهانها آقای علی صابری فاقد تمبر قانونی است. خواهان دعوی بموجب دادخواست تقدیمی و پیوست های آن هیچگونه دلیل و مدرکی بر بروز بیماری ناشی از عملکرد این وزارتخانه ارائه نداده است و طرح دعوی بطرفیت دو خواننده که هر یک در وظایف خاص و تعریف شده ای دارند، بدون ذکر دلیل و مدرک حکایت از واهی بودن دعوی را دارد.

ب) دفاعیات ماهوی

۱- در دادخواست تقدیمی وکیل محترم تنها دلیل و مدرک ارائه شده همان دادنامه صادره قبلی است

۲- مدارک پیوست دادخواست حکایت از این دارد خواهان ها بیماران هموفیلی میباشند ادعا، ابتلاء به بیماری ناشی از آلودگی ویروسی است. سئوالی که در اینجا مطرح می باشد این است که: علت ابتلاء چه بوده است؟ تولیدات داخلی در سال ۱۳۷۳ الی ۱۳۷۶ توسط سازمان انتقال خون ایران در حد نیاز های بیماران نبوده است، باید مشخص شود که علت ابتلا بیماران از تولیدات داخلی یا خارجی بوده است ، با این توضیح چگونه می توان خسارت ضرر و زیان را بطور مطلق بدون اثبات رابطه سببیت مطالبه کرد؟ رأی مورد استناد خواهان با تمام اصول حقوقی و قانونی مغایرت دارد.

۳- در دادخواست تقدیمی، قانون مسئولیت مدنی مستند واقع شده، مطابق مفاد ماده ۱ قانون اخیرالذکر اساس مسئولیت اشخاص، حاصل از بی احتیاطی و بدون مجوز قانونی اشخاص بوده، بموجب ماده ۲ این قانون رابطه حتمی و قطعی می باشد. در دادخواست تقدیمی و ادعای وکیل مدافع خواهانها، رابطه علیت و سببیت احراز نگردیده و در این رابطه مستنداتی به دادگاه ارائه شده است. همچنین در ماده ۱۱ قانون با لصراحه اعلام میدارد که کارمندان دولت اگر در هنگام انجام وظیفه عمداً یا در نتیجه بی احتیاطی خسارتی به اشخاص وارد نمایند، شخصاً مسئول خسارت وارده میباشند اگر خسارت ناشی از نقص وسایل ادارات و موسسات مزبور باشد بعهدہ اداره یا موسسه است. دادخواست ضرر و زیان علیه وزارتخانه و سازمان خوانده مطرح گردید این بار نحوه بیان موضوع تغییر جهت داده و یکباره تولیدات وارداتی که در پرونده کیفری کاملاً سالم ذکر می شدند کلاً آلوده و بیماری زا قلمداد گردیدند در پرونده کیفری و حقوقی هیچگونه دلیل و مدرکی مبنی بر نقص دستگاه

ها و ناسالم بودن داروها (تولیدات داخلی) ابراز و ارائه نگردیده است. لهذا استناد به قانون مسئولیت مدنی فاقد وجهت قانونی است.

درخصوص بیماری ادعایی خواهان های این پرونده و سایر پرونده هایی که در آن دادگاه محترم اخیراً مطرح و مورد رسیدگی قرار گرفته ذکر مطالبی بمنظور تشحیذ ذهن ریاست دادگاه ضروری است: اولاً: انواع خاص از بیماریهای ویروسی اعم از هپاتیت ها در انواع مختلف A.B.C و اخیراً هپاتیت غیر قابل تشخیص تحت عنوان C و ایدز و جنون گاوی از بیماریهای نو ظهوری می باشند که تشخیص این بیماریها با فاصله زمانی پس از ظهور آنان ساخته شده اند ابتلاء به این بیماریها از نظر پزشکی در برخی موارد غیر قابل اجتناب و از نظر علمی غیر قابل کنترل است.

ثانیاً: بیماران هموفیلی بلحاظ نقص ایمنی از بدو تولد ملزم به استفاده از داروهای انعقادی و کرایو مشتق از خون میباشند استفاده آنان از فرآورده های خونی در ارتباط مستقیم با سلامت و بقاء آنان است خواندگان دعوی با توسل به کلیه امکانات مبادرت به تامین نیازهای این افراد نموده و در انجام تکالیف خود موازین علمی و پزشکی و قانونی را مراعات کرده اند. لذا ادعای این افراد در مقابله با امر ضرورت اضطرار بلاوجه میباشد. خرید سایر داروها از شرکت های دارویی با رعایت ضوابط علمی و قانونی بوده و پس از ورود نیز کنترل می شود. تاکنون هیچگونه دلیلی مبنی بر اینکه داروهای وارداتی و محصولات داخلی دارای آلودگی بوده اند ارائه نشده است. ثالثاً: در کشور ایران بر اساس آمارهای مآخوذه حدود چند صد هزار نفر به انواع هپاتیت ها مبتلا گردیده اند مبتلایان به بیماری هموفیلی و سایر افرادی که دارای نقیصه های ایمنی می باشند از آنجایی که بیشتر از افراد عادی در

معرض انواع بیماریها قرار دارند لذا ابتلاء آنان به بیماری از طرق دیگر بجز فراورده های خونی نیز محتمل میباشد. با توجه به مراتب فوق خواهان هیچگونه دلیل و مدرکی مبنی بر مسئولیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در امر ابتلا آنان به بیماری ادعایی و وجود رابطه سببیت فیما بین عمل این وزارتخانه و بیماری خود ابراز و ارائه نکرده اند و ادعای عنوان شده فاقد وجاهت قانونی میباشد.

۲-۲- نمایندگان حقوقی سازمان انتقال خون ایران به استناد لوایح تقدیمی: حضور در جلسات دادرسی اولیه به طرح ایرادات شکلی پرداخته و نسبت به نحوه ابلاغ و مدت ابلاغ تا جلسه دادرسی اعتراض نموده و در ماهیت دعوا با برجسته نمودن اهمیت تاریخ آلودگی بیماران به ویروسهای هپاتیت و ایدز و ناممکن بودن این امر موجب رفع مسئولیت سازمان متبوع خود دانسته و با توجه به مسئولیت کیفری مدیران به امر عدم محکومیت مدیران سازمان در پرونده کیفری را افزوده و خواهان رد دعوا می باشد.

۳- شرکت پژوهش و پالایش خون بوکالت آقای فیضی ضمن رد توجه دعوا به این شرکت اظهار داشته است اساساً این دعوی هیچ توجهی به موکل ندارد زیرا بر اساس ادعاهای خواهان، مسئله مربوط به زمانی است که شرکت پژوهش و پالایش هنوز تاسیس نیافته و شخصیت حقوقی نداشته است .

وکیل خواهان ها در پاسخ به لوایح و اظهارات خواندگان و وکلای آنها.

در ایرادات شکلی در صلاحیت دادگاه دانسته و در ماهیت دعوی اظهار داشتند برخلاف پندار خواندگان و با توجه به نظریات جدید علمای حقوقی به نظریه تقصیر در مسئولیت مدنی که محور دفاع کلیه خواندگان بود نظریه تقصیر اخلاقی را رها نموده و با جرح و تعدیل به لحاظ تحولات اجتماعی نظریه تقصیر اجتماعی و مدنی را ابداع کرده و فرض تقصیر و اماره تقصیر را طرح نموده اند تا جوابگوی نیازهای روز اجتماعی باشد. وی در ادامه به بروز نظریات جدید خطر و تضمینی حق در دنیا اشاره نموده و با استناد به قوانین مسئولیت مدنی در حقوق ایران اذعان داشته است برخلاف ادعاهای خواندگان در حقوق ما، مسئولیت بدون تقصیر وجود دارد از جمله دلایل بارز آن اعتقاد حقوق دانان به عدم نسخ ماده ۳۲۸ قانون مدنی در ائتلاف بوسیله ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی است که ضمن حفظ معیارهای نظام فقهی با تحولات روز نیز سازگاری و مطابقت دارد. پس استناد به فراز پایانی ماده ۱۱ قانون مسئولیت مدنی و عدم ضرورت اثبات تقصیر می تواند مثبت تحقق مسئولیت مدنی دولت باشد با توجه به تصویب قوانین خاص در حمایت از بیمارانی که بلحاظ نقص علم بشری در جهت تحول علوم پزشکی بنحو چاره ناپذیر قربانی ابتلاء به بیماری می شوند در سایر کشورهای دنیا و امعان نظر به اینکه در کشور ما چنین قوانین وجود ندارد لاجرم راه حل استیفای حقوق موکلین استناد به فراز پایانی ماده ۱۱ قانون مسئولیت مدنی و اعمال ماده ۳ آن قانون است که بدین ترتیب هزینه های مادی و معنوی پیشرفت علوم جدید فقط بر عهده زیان دیدگان قرار نگرفته است. سازمانهای متصدی دولتی متضامناً یا منفرداً با نمایندگی دولت مکلف به جبران خسارت هستند.

وکیل خواهان ها ادامه میدهد اثبات نقص و عیب وسایل تجهیزات مربوط به تولید، واردات، نظارت بر جمع آوری خون از اهداکنندگان، غربالگری آن، رعایت دوره های قرنطینه و توزیع خون و فرآورده های خونی بوده است. قابلیت و عدم قابلیت تعقیب کیفری و انتظامی اشخاص حقیقی را در پرونده های حقوقی موکلین خود غیر موثر دانسته و به این لحاظ مسئله لزوم اثبات تقصیر (محور اصلی دفاعیات خواندگان) را منتفی دانسته، مسئولیت مدنی دولت را به استناد فراز پایانی ماده ۱۱ قانون مسئولیت مدنی، مسئولیت بدون تقصیر منطبق بر موازین حقوق نظام ما اعلام نموده است. وکیل خواهان ها اعلام میدارد، تاریخ آلودگی به علت انحصاری بودن امر جمع آوری خون، تولید، توزیع، واردات فرآورده های خونی، توسط دولت، موثر در قضاوت حقوقی ندانسته و ضمن استقبال از نظریات کارشناس پزشکی و جامعه که اصل بر سلامت افراد است و مدعی آلودگی بیماران از طریق دیگر را میبایست آن را اثبات بنماید با بررسی آماری و مقایسه ای جمعیت کشور و جامعه هموفیلی ایران احتمال آلودگی از طریق دیگر منتفی دانسته و این امر از لحاظ علمی و عقلانی قابل قبول است. با مقایسه آماری با آلودگی بیماران هموفیلی با بیماران تالاسمی و دیالیزی و شدت آلودگی در جامعه هموفیلی دلیل آنرا آلودگی های گسترده از طریق فرآورده های کنسانتره دانسته، زیرا استفاده این بیماران از این نوع فرآورده ها امکان تکرار یک مورد آلودگی را در صورت عدم ویروس زدایی فراهم مینماید.

- تحقیقات دادگاه در رابطه با بیماری ایدز و هیاتیت C:

تعریف ایدز:

AIDS مخفف این کلمات می باشد :

A : Acquired (اكتسابی)

I : Immune (ایمنی)

D : Deficiency (کاهش)

S : Syndrome (علائم)

به معنی سندرم نقص ایمنی اکتسابی

HIV مخفف این کلمات می باشد :

H : Human (انسان)

I : Immuno deficiecy (نقص)

V : Virus (ویروس)

یعنی ویروس مسبب نقص ایمنی در انسان

تاریخچه

زمانی که جهانیان مخصوصاً جامعه پزشکی ریشه کنی آبله و کنترل بسیاری از بیماریهای واگیر را جشن می گرفتند و در حالیکه علم پزشکی بیشتر بیماریهای مسری را مغلوب خود ساخته بود، ناگهان بروز بیماری ناشناخته ای در آمریکا، اروپا و سپس در افریقا و نهایتاً آسیا جهان را با مهلکترین و جنجال برانگیزترین فاجعه قرن مواجه ساخت. این بیماری بدون شک بزرگترین بلای جامعه بشری پس از جنگ دوم جهانی در قرن بیستم می باشد. امروزه کمتر کشوری در دنیا وجود دارد که موارد جدید آلودگی به ویروس ایدز را گزارش نکرده باشد.

- موارد اولیه ایدز در سال ۱۹۸۱ در بین هم جنس بازان آمریکا مشاهده شد. در آن زمان رسانه های گروهی مردم را از بیماری مهلکی که در بین هم جنس بازان ظهور کرده، آگاه نمودند. علی رغم شناخت سایر راههای انتقال متأسفانه هنوز هم بسیاری از مردم بویژه در جهان سوم تصور می کنند ایدز بیماری هم جنس بازان است در صورتی که طبق تخمین های علمی فقط ۱۰٪ از آلوده شدگان را گروههای هم جنس باز تشکیل می دهند.

- اوایل شروع بیماری تصور می شد بیماری مخصوص کشورهای غربی است ولی با انتشار سریع آن در آفریقا و امریکای جنوبی و بالاخره آسیا مشخص شد که بیماری ایدز هیچ نژاد، کشور، جنس و سنی را در امان نخواهد گذاشت.

- اوایل موج همه گیری در آمریکای شمالی و اروپای غربی، دومین موج آن در افریقا و آمریکای جنوبی و سومین موج آن در خاور دور و اروپای شرقی ظاهر شد و پیش بینی می شود که این موج همه گیری در آینده سایر کشورهای آسیا را به شدت تحت تأثیر قرار دهد.
- هم اکنون بدلیل برخورد اصولی و علمی مسئولین بهداشتی آمریکا و اروپای غربی، بیماری در آن مناطق تقریباً کنترل شده و بروز آن روبه کاهش است.
- در حال حاضر شرق دور، هند، روسیه، اروپای شرقی و آمریکای لاتین بیشترین آسیب پذیری را دارند بویژه دو کشور چین و هند (پیش بینی می شود تا سال ۲۰۱۰ میلادی تعداد مبتلایان به عفونت HIV در هندوستان و چین به حدود ۳۰ میلیون نفر خواهد رسید).
- همچنین در بعضی از مناطق افریقا تا یک چهارم جمعیت به آن آلوده هستند.
- چند سال از آغاز اپیدمی در غرب، اولین مورد آلودگی در ایران که مربوط به یک کودک هموفیل بود گزارش شد و مانند جوامع دیگر با درگیری میزبانان اصلی (معتادان تزریقی) باعث یک اپیدمی متمرکز گردید.
- اطلاعات موجود نشان می دهد که همه گیری ایدز در ایران که از سال ۱۳۶۶ شروع شده در حال گسترش می باشد و احتمالاً در چند سال آینده در صورت عدم جلوگیری بصورت وسیعی ظاهر خواهد گردید.

تصور می شود که در ازای هر یک مورد آلودگی اثبات شده ۱۵-۱۰ نفر آلوده مخفی در جامعه وجود دارند که می توانند تا مدت ها بدون تشخیص به پخش ویروس در اجتماع ادامه بدهند.

- در حال حاضر بیش از ۵۰ میلیون نفر آلوده به HIV در جهان وجود دارند و روزانه ۱۴ هزار نفر به تعداد آلوده شدگان دنیا اضافه می شود.

- بیش از ۹۵٪ اشخاص مبتلا در کشورهای در حال پیشرفت زندگی می کنند و بیشتر آنها از وضعیت عفونی خود آگاه نیستند.

- حداقل یک سوم افرادی که با HIV زندگی می کنند اشخاص جوان هستند و بیش از نیمی از عفونت های جدید با HIV در بین جوانان رخ می دهد.

- در بین جوانان ۲۴-۱۰ ساله، در هر دقیقه ۵ نفر، در هر روز هفت هزار نفر و در هر سال بیش از ۲/۵ میلیون نفر به عفونت HIV دچار می شوند.

- سالانه ۳ میلیون نفر در اثر این بیماری می میرند.

ویروس شناسی

تاکنون دونوع سروتیپ از ویروس ایدز شناخته شده که HIV ۱ و HIV ۲ نامگذاری شده اند.

عامل بیشتر موارد ایدز، HIV ۱ می باشد وعامل HIV ۲ با سهولت کمتری انتقال می یابد و دوره

کمون (نهفته) بیماری طولانی تر می باشد و مبتلایان با HIV ۲ بسیار کمتر از مبتلایان به HIV ۱ به سمت ایدز پیشرفت می نمایند.

ویروس ایدز همانند سایر ویروسها با جوشاندن و بخار دادن (اتوکلاو) به سهولت از بین می رود همچنین این ویروس با مواد ضد عفونی کننده شیمیایی استاندارد (هیپوکلریت، فرمالدئید و...) از بین می رود. عواملی همچون الکل، استون و فنول مطمئن نیستند. این ویروس مقاومت و پایداری کمی در محیط خارج از بدن دارد و این امر سبب می شود تا با اطلاع درست از راههای انتقال بیماری و رعایت نکات بهداشتی از گسترش بیشتر بیماری جلوگیری نمود.

تفاوت آلوده شدن به HIV با بیماری AIDS چیست؟

آلوده شدن با ویروس ایدز برابر با بیماری ایدز نیست و ممکن است یک فرد آلوده به ویروس باشد ولی علایم بیماری ایدز را تا چندین سال نداشته باشد.

معمولاً بدن بال وارد شدن ویروس ایدز به بدن در عرض ۲ الی ۶ هفته، علائم غیر اختصاصی مشابه سرماخوردگی (تب، ضعف، درد عضلانی و...) ایجاد می شود. پس از این دوره ممکن است بیمار تا سالها بدون علامت باقی بماند. اغلب بیماران آلوده به ویروس ایدز ۱۰ سال پس از ابتلا دچار علایم بیماری ایدز می شوند.

این ویروس چگونه به بدن آسیب می رساند؟

ویروس ایدز می تواند به ارگانهای مختلف بدن آسیب برساند ولی عمده تظاهرات این بیماری بدلیل اثر ویروس روی گلبولهای سفید خون (که کار دفاع بدن را به عهده دارند) است. دسته ای از گلبولهای سفید بنام لنفوسیت CD4 نامیده می شوند. محل اثر انتخابی ویروس ایدز روی لنفوسیت های CD4 می باشد. با کاهش تعداد لنفوسیت های CD4، بدن مستعد انواعی از عفونت ها و نیز سرطان ها می شود. بنابر این می توان گفت اصلی ترین آسیبی که ویروس ایدز به بدن وارد می کند، از بین بردن سیستم دفاعی بدن است. وقتی بدن قادر به مقابله با عوامل بیماری زای خارجی نباشد امکان بروز هر نوع عفونت از جمله عفونت های فرصت طلب وجود دارد. ابتلا به عفونت های فرصت طلب قارچی، برخی انواع ویروسها، تک یاخته ها و میکروب سل از این دسته است.

راههای اصلی انتقال بیماری

سه راه اصلی انتقال این ویروس عبارتست از :

(۱) تماس جنسی

تماس جنسی چه به صورت هتروسکچوال (تماس جنسی مرد-زن) و چه به صورت هموسکچوال (هم جنس بازی) سبب انتقال بیماری می شود.

(۲) تماس با خون و وسایل آلوده به ویروس ایدز شامل :

- استفاده از سرنگ مشترک در معتادان تزریقی

- دریافت خون و فرآورده های خونی آلوده
- استفاده از وسایل مشترک از قبیل تیغ، مسواک و...
- انجام اقدامات غیر بهداشتی از قبیل تاتو، خال کوبی، طب سوزنی، حجامت و...
- اقدامات دندانپزشکی بدون رعایت اصول بهداشتی

۳) انتقال از مادر به کودک

- در دوران حاملگی
 - حین تولد
 - پس از تولد از طریق شیردادن
- گرچه ویروس ایدز تقریباً در تمام ترشحات بدن یافت می شود ولی انتقال آن عمدتاً از طریق ترشحات دستگاه تناسلی و خون صورت می گیرد. در این مورد شیر و بویژه بزاق نقش کمی در انتقال ویروس دارد.

الگوی انتقال HIV در ایران که در سالهای آغاز همه گیری فقط از طریق دریافت خون و فرآورده های خونی آلوده بوده، در طول پانزده سال اخیر دچار تغییرات شده است بطوری که بتدریج میزان آلودگی از طریق آمیزش جنسی افزایش یافته است. این الگو از سال ۷۵ که اپیدمی آلودگی در میان زندانیان کشور شروع شد و عمدتاً آن دسته از معتادان تزریقی که برای مصرف مواد مخدر

از سرنگ مشترک استفاده نموده اند موجد آن بودند، علاوه بر زنگ خطر آمیزش، زنگ خطر اعتیاد تزریقی را نیز به صدا در آورد.

راههایی که ایدز از آن طریق منتقل نمی شود

- تماسهای عادی چه در خانواده و چه در محیط کار و مدرسه

- دست دادن، لمس کردن، بغل گرفتن، بوسیدن

- استفاده از ظروف غذاخوری مشترک (بشقاب، قاشق، کارد، چنگال و...)

- عطسه، سرفه

- از طریق مکانیکی مثل گوشی تلفن، لباس و...

- استخر شنا، توالت

- نیش حشرات

- خوردن غذایی که توسط فرد آلوده به HIV تهیه شده باشد.

بنابراین جداسازی و قرنطینه کردن افراد آلوده کمکی در امر پیشگیری نمی کند

فردی که در کنار بیمار ایدزی زندگی می کند نیاز به ظروف، کارد، قاشق یا چنگال جداگانه ندارد فقط باید تمام ظروف باصابون یا مواد دترجنت و آب داغ شسته شوند.

این بیماری چگونه تشخیص داده می شود؟

تشخیص این بیماری از طریق آزمایش خون و جستجوی آنتی بادی علیه این ویروس (به روش الایزا) و انجام تست های تکمیلی و تأییدی دیگر (از قبیل وسترن بلات و PCR) صورت می گیرد. تست هایی که به روش الایزا انجام می شود قادر به شناسایی ویروس ۶ هفته تا ۶ ماه پس از ورود به بدن هستند ولی با روشهای جدید که حساس تر و دقیق تر هستند امکان شناسایی ویروس در مدت یک هفته پس از ورود نیز وجود دارد.

درمان

هر چند هنوز هیچ درمانی برای عفونت HIV و ایدز وجود ندارد اما بعضی از درمانها در معالجه بیماریهای ناشی از نقص ایمنی مؤثر می باشد. نشان داده شده است که داروهایی مثل Ziduvudine و biovudine و... در افزایش طول عمر و تخفیف علائم بعضی از بیماران مؤثر بوده اند.

آیا واکسن شناخته شده ای برای این بیماری وجود دارد؟

تاکنون هیچگونه واکسنی برای این بیماری شناخته نشده است گرچه دانشمندان در حال تحقیق در این زمینه هستند.

گرچه تا به حال واکسن و درمان قطعی برای مقابله با ایدز ارائه نشده ولی با توجه به راههای انتقال محدود و آسیب پذیری زیاد ویروس در محیط خارج از بدن، پیشگیری از آن نسبتاً ساده است، این حقایق سبب می شود تا نقش آموزش و تبلیغات هر چه بارزتر گردد بطوری که هرچه در رابطه با این بیماری تحقیق و تبلیغ شود باز مقرون به صرفه است.

راههای مبارزه و پیشگیری

کنترل خون و فرآورده های خونی و اعضای پیوندی :

اولین راه پیشگیری در سازمان انتقال خون، انتخاب اهداء کنندگانی است که از نظر ابتلا به عفونت های قابل سرایت از طریق انتقال خون در معرض خطر کمی هستند و دومین راه غربالگری مؤثر تمامی خون های اهداء شده به سازمان از طریق انجام تست HIV و حذف خونهای آلوده می باشد و این امر با در نظر گرفتن موارد زیر میسر می گردد:

۱- انجام آزمایشات غربالگری و کسب نتایج

۲- تأیید نتایج آزمایش

۳- ثبت دائمی نتایج آزمایش

پس از انجام آزمایش و بدست آوردن مجموعه ای از نتایج غربالگری اولیه در مرحله بعد، آزمایش را روی تمامی نمونه های دارای واکنش تکرار می کنیم که دلیل این امر تأیید نتیجه اولیه است. نمونه هایی که بطور تکراری دارای واکنش هستند HIV Ab مثبت تلقی شده و خون اهدا شده از سیستم توزیع حذف و منهدم می شود. آزمایش تأییدی Western.Blot بر روی نمونه ها انجام می گیرد که در صورت مثبت بودن این آزمایش فرد مزبور مثبت واقعی در نظر گرفته می شود.

از زمان کشف ویروس ایدز، سازمان انتقال خون ایران اقدام به آزمایش خونهای اهدایی از نظر آلودگی به ویروس ایدز نموده و با توسعه امکانات آزمایشگاهی و آموزش پرسنل خود، هم اکنون کلیه خونهای اهدایی از این نظر مورد غربالگری قرار می گیرند. اضافه بر این کلیه فرآورده های خونی وارداتی، داخلی و اعضاء و نسوج پیوندی در بخش کنترل کیفی سازمان انتقال خون آزمایش شده و پس از اطمینان از عدم آلودگی به ویروس اجازه استفاده داده می شود.

علاوه بر اقدامات فوق در غالب بررسی های سرولوژیکی که بر روی گروههای در معرض خطر کشور اجرا می شود،

آزمایشات مورد نیاز بوسیله سازمان انتقال خون انجام می پذیرد. همچنین وجود مراکز مشاوره و آزمایش اختیاری،

پوستره‌های هشدار دهنده و مشاوره قبل از آزمایش، ضریب اطمینان سلامت خون‌ها را افزایش می‌دهد.

دستورات بهداشتی جهت پیشگیری از ابتلا

۱- مقاربت چه بصورت واژینال و چه مقعدی مهمترین راه انتقال ویروس ایدز است. با استفاده از کاندوم می‌توان از انتقال عفونت جلوگیری کرد. هیچ نوع وسیله جلوگیری کننده دیگری از جمله IUD از انتقال HIV جلوگیری نمی‌کند.

۲- در صورت مثبت بودن HIV، زنان حتی الامکان حامله نشوند چرا که احتمال انتقال HIV از مادر به جنین وجود دارد و در صورت تمایل به بچه دار شدن حتماً قبل از بارداری با پزشک متخصص مشورت نمایند.

۳- عموم مردم نبایستی از سرنگ و سر سوزن و یا وسایل دیگر خراش دهنده پوست بصورت مشترک با دیگران استفاده کنند. برای اینکه یکی از مهمترین روشهای انتقال، استفاده مشترک از این وسایل می‌باشد (بویژه در معتادان تزریقی).

۴- منحصراً از وسایل بهداشتی (تیغ، مسواک و غیره...) بطور شخصی استفاده شود.

۵- محلی که با خون فرد دیگری آغشته شده باشد باید با مواد ضد عفونی کننده و یا ترجیحاً هیدروکلرید سدیم پاکسازی شود.

۶- موقع مراجعه به دندانپزشک حتماً از استفاده وسایل وست یکبار مصرف اطمینان حاصل شود.

حفاظت از بیماران مبتلا به ایدز در برابر عفونت ها

رعایت نکات زیر در منزل برای حفظ سلامت فرد مبتلا به ایدز و اطرافیان وی کارساز است:

(۱) شستن مرتب دست ها (پس از عطسه و سرفه، پس از هر گونه آلودگی، پیش از تهیه غذا و ...) با صابون و آب گرم حداقل به مدت ۱۵ ثانیه؛ در صورتی که دست ها خشک و قرمز میشود می توان از کرم یا لوسیون استفاده نمود.

(۲) پوشاندن زخم های باز بدن با بانداز

(۳) استفاده از تیغ اصلاح، مسواک، موکن، ناخن گیر جداگانه

(۴) عدم استفاده از گوشواره یا هر جواهری که نیاز به سوراخ کردن داشته باشد.

(۵) رعایت نظافت منزل

خانه حداقل هفته ای یک بار گرد گیری شود. بویژه در نظافت توالت، حمام و وان حمام و ظرفشویی باید دقت نمود. برای تمیز کردن آنها می توان از سفید کننده ها بهره گرفت. حدود یک چهارم فنجان سفید کننده در یک گالن آب، ماده ضد عفونی کننده مناسبی برای ضد عفونی کردن کف، لوله، دوش حمام و.. است.

۶) لباس های فرد مبتلا به طریقه معمول شسته می شود و اگر آلوده به ترشحات بدن و خون است باید از دستکش استفاده نمود.

لباس ها را تا زمان شستشو درون کیسه پلاستیکی قرار داده و جهت اطمینان با آب سرد خیس می کنیم تا لکه های خون و.. از بین بروند سپس با اضافه کردن مایع سفید کننده می شوئیم.

۷) فرد مبتلا به ایدز می تواند هر چیزی که دوست دارد بخورد مثل بقیه افراد رعایت نکات زیر الزامی است:

- رژیم متعادلی از مایعات، مواد مغذی، فیبر، ویتامین ها و املاح

- عدم مصرف شیر خام و غیر پاستوریزه، تخم مرغ خام، گوشت و صدف پخته

شخص مبتلا به ایدز می تواند برای دیگر افراد غذا تهیه نماید و مانند هر شخص دیگری باید قبل از دست زدن به غذا دست هایش را بشوید واز وارد کردن انگشت یا قاشق به غذای نپخته خود داری نماید.

۸) فرد مبتلا به ایدز می تواند باغبانی کند ولی باید حین کار دستکش بپوشد و پس از اتمام کار خوب دست های خود را بشوید.

۹) وجود حیوانات اهلی در محیط زندگی بیمار می تواند زندگی را بهتر و دلپذیرتر نماید ولی فرد مبتلا نباید با جعبه حیوانات، مدفوع و فضولات پرندگان یا آب آکواریوم ماهی تماس داشته باشد. باید پس از دست زدن به حیوانات دست خود را بشوید.

واکسیناسیون و چک آپ دوره ای حیوانات خانگی و مراجعه فوری به دامپزشک در صورت مریض شدن حیوان الزامی است.

توصیه هایی به اطرافیان

۱) از آنجا که فرد مبتلا به ایدز مستعد سرماخوردگی، آنفلوانزا و دیگر عفونت های شایع ناتوان کننده می باشد باید حتی الامکان فرد پرستار در طول ابتلا به این بیماری ها از بیمار مبتلا به ایدز دوری کند. اگر کسی جهت پرستاری جایگزین نمی باشد باید زدن ماسک و سایر نکات ایمنی و بهداشتی را مد نظر داشت.

۲) هر فردی که با بیمار ایدزی تماس نزدیک در منزل یا حین پرستاری دارد باید نسبت به تکمیل واکسیناسیون دوران کودکی بویژه از نظر MMR (سرخک، سرخجه، اوریون) مطمئن شود. همچنین باید از نظر T.B (سل) چک شود.

۳) بچه ها و بالغینی که با یک بیمار ایدزی زندگی می کنند و نیاز به واکسن فلج اطفال دارند فقط باید از فرم تزریقی غیر فعال واکسن استفاده کنند (فرم معمول حاوی ویروس زنده ضعیف شده می باشد که می تواند سبب بیماری فلج در فرد ایدزی شود).

۴) اگر شخصی که از فرد مبتلا به ایدز پرستاری می کند زرد زخم، سوختگی و.. دارد، در صورت امکان تا بهبودی کامل از بیماران ایدزی دوری کند.

۵) از آنجا که آبله مرغان در افراد مبتلا به ایدز می تواند سبب مرگ شود لذا از تماس فرد مبتلا تا زمان پوسته ریزی ضایعات باید جلوگیری شود.

- در صورتی که پرستار با فرد مبتلا به آبله مرغان تماس داشته است تا سه هفته پس از تماس باید از پرستاری بیمار ایدزی پرهیز کند و در صورتی که مجبور به این کار است باید استفاده از دستکش، ماسک و شستشوی مرتب دست ها را مد نظر داشته باشد و حتی الامکان توقف در اتاق را کوتاه کند.

- فرد مبتلا به زونا تا بهبودی کامل ضایعات به بیمار ایدزی نزدیک نشود و در صورتی که فرد مبتلا مجبور به مراقبت و پرستاری از بیمار ایدزی است باید زخم ها را کاملاً بپوشاند و دست ها را قبل از پرستاری به دقت بشوید.

اگر بیمار ایدزی با فرد مبتلا به زونا یا آبله مرغان تماس داشته هرچه سریعتر با پزشک تماس بگیرید با داروهای در دسترس موجود خطر انتقال آبله مرغان را می توان کاهش داد.

هپاتیت C

تعریف هپاتیت

لغت هپاتیت به معنی ”التهاب کبد“ می باشد. این کلمه یک مفهوم کلی است و دربر گیرنده عوامل متعددی از قبیل عوامل ویروسی، سمی، دارویی و.. است که می توانند سبب ایجاد آسیب در کبد شوند. از این میان هپاتیتی که توسط عوامل ویروسی ایجاد می شود در انتقال خون مهم است زیرا این عوامل ویروسی، قابل انتقال از طریق خون و فرآورده های آن می باشد.

از مهمترین ویروسهای مسبب هپاتیت می توان به انواع A و B و C و D و E اشاره نمود. راه انتقال ویروسهای هپاتیت A و E عمدتاً از طریق خوراکی است بنابر این اهمیت چندانی در انتقال خون ندارند. ویروس هپاتیت D وابسته به هپاتیت B می باشد یعنی تنها در حضور ویروس هپاتیت B بیماریزا می باشد. بنابر این در این بخش تنها به ویروسهای هپاتیت B و C که یکی از راههای عمده انتقال آنها از طریق انتقال خون می باشد اشاره می شود..

تاریخچه و انتشار جغرافیایی

ویروس هپاتیت C (HCV) در ۱۹۸۹ شناخته شد از سال ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۹ با شناسایی بیشتر این ویروس و استفاده از روشهای تشخیصی دقیق، تعداد موارد آلودگی به این ویروس کاهش قابل ملاحظه ای نشان می دهد.

هپاتیت C یکی از مشکلات عمده بهداشتی جهان است. شیوع این بیماری در سطح جهانی به طور میانگین ۳٪ تخمین زده می شود. البته این رقم در کشورها و جمعیت های مختلف بسیار متفاوت می باشد. به طور کلی ۱۷۰ میلیون نفر ناقل مزمن هپاتیت C در دنیا وجود دارد که در معرض خطر ابتلا به سیروز یا سرطان کبد می باشند.

بر طبق تحقیقات در ایران فقط ۳/۰ درصد اهداکنندگان خون داوطلب تهرانی و کمتر از ۱۰٪ بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن ویا سیروز از نظر HCV آنتی بادی، مثبت بوده اند.

فراوانی HCV در بین زندانیان بسیار بیشتر از جامعه می باشد و بر طبق برخی تحقیقات تا ۴۰٪ نیز گزارش شده است. این میزان در معتادان تزریقی تا ۹۰٪ نیز گزارش شده است.

راههای انتقال

× راه عمده انتقال از طریق تماس با خون آلوده می باشد.

ویروس علاوه بر خون در دیگر مایعات بدن نیز یافت می شود شامل: ترشحات دستگاه تناسلی، ادرار، بزاق، اشک و... نیز وجود دارد. البته انتقال از طریق این مایعات بندرت گزارش شده است.

× تماس جنسی راه دیگر انتقال این ویروس می باشد. گرچه نقش انتقال ویروس از این راه بسیار

کمتر از راه اول می باشد. انتقال ویروس از طریق تماس جنسی حفاظت نشده و در روابط طولانی

مدت (در زوج ثابت جنسی که یکی از آن دو مبتلاست) بیشتر است البته در صورت وجود بیماری همزمان (مثل سیفلیس، سوزاک) در تماس های کوتاه مدت نیز امکان انتقال این ویروس وجود دارد.

× امکان انتقال از مادر به کودک نیز وجود دارد ولی این خطر اندک است.

انتقال ویروس از مادر به کودک در موقع بارداری، وضع حمل و شیر دهی صورت می گیرد. البته خطر انتقال از راه شیردهی بقدری کم است که این خطر مختصر دلیلی برای منع بچه دار شدن یا شیردهی نیست. تنها در صورت وجود زخم بر روی نوک سینه مادر بهتر است به بچه شیر داده نشود.

× در تعدادی از مبتلایان نیز راه انتقال ناشناخته می ماند و راه اکتساب ویروس مشخص نمی شود.

از بین عوامل خطر ساز ابتلا به هپاتیت C ، شایعترین راه تزریق خون آلوده، تماس جنسی با فردی غیر از همسر و اعتیاد به مواد مخدر تزریقی گزارش شده است.

توجه :

عفونت از طریق عطسه، سرفه، غذا یا آب و استفاده از ظروف مشترک منتقل نمی شود و فرد مبتلا نباید از کار کردن و حضور در مدرسه، مهد کودک و مکان های دسته جمعی منع شود. همچنین HCV از طریق Oral Sex منتقل نمی شود.

گروه های در معرض خطر ابتلا به هپاتیت

- معتادان تزریقی (در حال حاضر شایعترین عامل خطر ساز محسوب می شود).
- دریافت کنندگان خون، فاکتورهای انعقادی و فرآورده های خونی آلوده
- دریافت کنندگان پیوند اعضا
- بیماران همودیالیزی
- کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی
- افرادی که رفتار جنسی پرخطر (شرکای جنسی متعدد و یا تماس جنسی هموسکچوال) دارند.
- کودک متولد شده از مادر آلوده (بویژه اگر مادر مبتلا به عفونت همزمان با HIV باشد).
- افرادی که مواد مخدر تزریق کرده اند حتی اگر سالها پیش و فقط یک با تزریق کرده باشند،
- در معرض خطر بالای HCV قرار دارند. عفونت HCV به سرعت پس از تزریق ماده مخدر و
- در اثر اشتراک سرنگ، سرسوزن و سایر ادوات مربوط به مصرف مواد مخدر، بین افراد منتشر
- می شود.

هیپاتیت C به آسانی توسط دفاع ایمنی میزبان پاک نمی شود و در صورت مزمن شدن با درجات مختلف پیشرفت کرده و عوارض متعددی را ایجاد می کند.

علائم بالینی

دوره کمون هیپاتیت C، بین ۲ هفته تا ۶ ماه متغیر می باشد.

۶۰-۷۰٪ بیماران در مرحله حاد هیچ علامتی نداشته و ۲۰-۳۰٪ آنها ممکن است زردی و ۱۰-۲۰٪ هم از علائم غیر اختصاصی مثل کاهش اشتها، خستگی و درد شکم رنج ببرند.

علائم هپاتیت C از لحاظ بالینی از سایر انواع هپاتیت قابل افتراق نمی باشد.

از مشخصات مهم هپاتیت C مزمن، پیشرفت تدریجی و عدم وجود علائم بالینی در دو دهه ابتدایی پس از عفونت است. علائم در هپاتیت مزمن C غیر اختصاصی، خفیف و متناوب است. شایعترین علامت خستگی است ولی باید مشخص گردد که آیا خستگی مربوط به هپاتیت است یا به بیماریهای دیگری از قبیل افسردگی، بالا بودن سن و... مربوط می شود.

سایر علائم با شیوع کمتر شامل درد عضلانی و مفصلی، تهوع، کاهش اشتها، درد مبهم شکمی، احساس تب و کاهش وزن می باشد. علائم به ندرت شدید و غیر قابل تحمل شده و سبب اختلال در کار و زندگی می شود. تعدادی از بیماران مبتلا به هپاتیت C مزمن، هیچگونه علامتی ندارند. به طور کلی این بیماری دارای سیر کندی بوده و تا هنگامی که آسیب کبدی شدید به بیمار وارد نشده، علائم بیماری مشخص نمی شود.

شیوع گسترده آنتی بادی HCV در سطح جهانی حاکی است که این ویروس علی رغم وجود تظاهرات بالینی ناچیز به سهولت انتقال می یابد.

سیر بیماری و عوارض آن

پس از آلوده شدن به این ویروس حدود ۱۵٪ افراد آلوده خود بخود بهبود می یابند و در ۸۵٪ موارد بیماری طولانی مدت (بیش از ۶ ماه) ایجاد می شود. از بین این دسته از بیماران، پیش آگهی برای بیمارانی که فقط به عفونت HCV مبتلا هستند و افزایش قابل توجهی در آنزیم های کبدی و تغییرات بافتی در کبد مشاهده نمی شود، نسبتاً خوب بوده و پیشرفت بیماری به سمت نارسایی کبدی بسیار آهسته می باشد.

- حدود ۱۰ سال بعد از آلودگی به هپاتیت C، بیماری مزمن توأم با شواهد آسیب کبدی ایجاد می شود.

- سیروز کبدی در ۱۰ تا ۲۰٪ افراد مبتلا به هپاتیت C مزمن پس از یک دوره ۱۰ تا ۲۰ ساله بروز می کند.

- در درصد کمی از بیماران نیز امکان ایجاد سرطان کبدی پس از ۲۰ تا ۳۰ سال از شروع بیماری وجود دارد.

پیشگیری

مهم ترین اقدامات جهت پیشگیری از انتقال HCV عبارتست از :

× آموزش و مراقبت بهداشتی در گروههای پر خطر و عموم جامعه

× غربالگری محصولات خونی و عدم استفاده از خون اهداکنندگان در معرض خطر

× اجتناب از رفتارهای پر خطر از قبیل برقراری روابط جنسی نامشروع، اعتیاد تزریقی، خال کوبی

و...

روشهای تشخیص آزمایشگاهی

(۱) شناسایی آنتی بادی ضد ویروس هپاتیت (HCV) (Ab C) به روش الایزا

× مثبت بودن این تست نشان می دهد که شاید فرد به هپاتیت C آلوده باشد ولی بین عفونت حاد یا

مزمن افتراق نمی دهد. بعد از مثبت شدن الایزا انجام تست های تأییدی لازم است.

× منفی شدن الایزا یعنی یا فرد آلوده نیست، یا در اوایل سیر بیماری بوده و هنوز آنتی بادی ایجاد

نشده است.

توجه: اگر فرد دارای سابقه تماس با HCV باشد یا دارای خطر بالای ابتلا به HCV باشد ولی

آزمایش او منفی باشد باید شش ماه بعد آزمایش تکرار شود.

(۲) ریبا : آزمون تکمیلی است که در کلیه افرادی که آزمایش الایزا مثبت دارند، باید انجام شود. این

تست نسبت به الایزا اختصاصی تر می باشد.

۳) NAT و PCR: حساسترین آزمایش های تشخیص هپاتیت C می باشند. اساس آنها شناسایی RNA ویروس می باشد. این تست ها ۱-۲ هفته پس از تماس و هفته ها قبل از افزایش آنزیم های کبدی و آنتی بادی ضد ویروس قابل بررسی می باشد.

۴) بیوپسی کبد: نمونه گیری از کبد در موارد اثبات تشخیص هپاتیت C، رد سایر علل هپاتیت، تعیین شدت بیماری کبد و تعیین نتیجه درمان و پیش آگهی بیماری کاربرد دارد.

توجه:

اطلاعات فوق در مورد تست های تشخیصی هپاتیت C بسیار کلی بوده و موارد کاربرد این تست ها و تفسیر نتایج آزمایش منحصرأ باید توسط پزشک صورت گیرد.

برنده و تماس بافت مخاطی با خون HCV مثبت بوده اند.

درمان

با در نظر گرفتن سیر طبیعی عفونت با HCV سه هدف عمده برای درمان وجود دارد:

۱) جلوگیری از بروز سیروز و عوارض آن

۲) کاهش تظاهرات خارج کبدی بیماری

۳) پیشگیری از سرایت بیماری به دیگر افراد

در صورت نیاز به درمان، امروزه از داروهای مختلفی می توان استفاده نمود که در هر مورد با نظر پزشک نوع دارو و طول دوره درمان تعیین می شود.

یکی از رایج ترین درمان هایی که برای هپاتیت C استفاده می شود اینترفرون می باشد. اینترفرون دارویی است که از طرفی اثرات ضد ویروسی دارد و از طرف دیگر باعث تقویت سیستم ایمنی و دفاعی بدن میزبان می شود.

در هپاتیت C حاد، اینترفرون با برداشت ویروس از بدن، از صدمات بیشتر کبدی جلوگیری می کند و از احتمال مزمن شدن بیماری می کاهد. در هپاتیت C مزمن، این دارو از وارد آمدن صدمه بیشتر به کبد جلوگیری کرده، در برخی بیماران التهاب کبد را متوقف کرده و گاهی اوقات بیماری را از بدن فرد ریشه کن می کند اما صدمات قبل و آشکار بوجود آمده در کبد را بهبود نمی بخشد.

البته این دارو عوارض متعددی نیز دارد لذا در هر مورد باید زیر نظر پزشک معالج مصرف شود.

در چه کسانی توصیه به انجام آزمایش می شود؟

آزمایش باید بطور روتین بر روی افرادی صورت می گیرد که بیشتر از دیگران در معرض ابتلاء به

HCV می باشند بعلاوه برای هر کس که مایل باشد وضعیت خود را در زمینه عفونت HCV

بسنجید، امکان انجام آزمایش فراهم است. در تمام موارد، آزمایش باید با مشاوره مناسب و مراجعه بعدی برای پیگیری همراه باشد.

افرادی که آزمایش روتین HCV برای آنها توصیه می شود:

- افرادی که داروهای ممنوعه تزریق کرده اند حتی کسانی که سالها پیش یک یا چند مرتبه این کار را انجام داده اند.

- افرادی که قبل از ژوئیه ۱۹۹۲ خون تزریق کرده ویا پیوند عضو انجام داده اند.

- کسانی که کنسانتره فاکتورهای انعقادی را قبل از سال ۱۹۸۷ دریافت کرده اند.

- افرادی که تحت دیالیز طولانی مدت قرار گرفته اند.

- نوزادان متولد شده از مادران HCV مثبت

- کارکنان کادر بهداشتی و درمانی که دچار فرورفتگی سر سوزن، تماس با اشیاء

مشاوره

ارزیابی اولیه طبی از یک فرد HCV مثبت نیاز به تخصصی خاصی ندارد (مانند هپاتولوژیست یا متخصص دستگاه گوارش). بهر حال پزشک ارجاع دهنده بایستی با تفسیر اقدامات تشخیصی برای اطمینان از ابتلای شخص به عفونت مزمن HCV و شواهد بیماری کبد آشنا باشد بعلاوه پزشک باید با متخصص درمان هپاتیت C مزمن در تماس باشد.

نتیجه آزمایش زمانی مثبت گزارش می شود که Anti HCV به روش الیزا و همچنین آزمایشهای

RIBA مثبت شوند. بیمارانی که نتایج مثبت تأیید شده دارند باید مورد مشاوره قرار گرفته و

راهنمایی شوند. لازم است که این افراد زیر نظر یک متخصص بیماریهای کبدی از نظر RNA ویروس

و شدت بیماری ارزیابی شده و اقدامات درمانی ضدویروس برای آنان اعمال شود. اطلاعاتی که به این افراد داده می شود باید شامل موارد زیر باشد:

(۱) آگاهی لازم و کافی از نوع بیماری و علت آن

(۲) آگاهی در خصوص نیاز فرد به آزمایش مجدد و مشاوره

(۳) دادن اطلاعات لازم و کافی بصورت شفاهی یا کتبی جهت تصمیم گیری فرد برای آزمایش و درمان

(۴) در اختیار گذاشتن فهرست کاملی از مکانهایی که فرد می تواند جهت انجام آزمایش یا مشاوره و درمان به

آنجا مراجعه کند

(۵) توصیه های لازم جهت پیشگیری از آسیب بیشتر کبد (منع مصرف الکل، مصرف داروهای ضد ویروس، واکسینه شدن بر علیه هپاتیت A و B ، پنوموکوک و آنفلوانزا و ترک مواد مخدر)

(۶) توصیه جهت کاهش خطر انتقالی به دیگران

(۷) توصیه های لازم در خصوص بارداری و شیر دهی

(۸) اطمینان دادن به بیمار در مورد عدم انتقال و سرایت HCV از طریق تماسهای معمول در خانه، اجتماع یا محیط کار و..

۹) معرفی بیماری به گروه های حمایت کننده

۱۰) هر گونه اطلاعات اضافی مورد نیاز

چند توصیه به افراد مبتلا به هپاتیت مزمن :

- اجتناب از مصرف الکل و مواد مخدر
- مصرف تغذیه صحیح
- ورزش
- مشورت با دکتر قبل از مصرف هر نوع دارو
- تزریق واکسن هپاتیت A و B
- توضیح راههای انتقال بیماری به دیگران جهت جلوگیری از انتقال عفونت به دیگران :
- توصیه به عدم اهدای خون، بافت واسپرم
- استفاده نکردن از وسایل شخصی مشترک مثل مسواک، تیغ، ریش تراش و...
- پوشاندن زخم های باز پوستی به منظور جلوگیری از انتقال عفونت
- استفاده از کاندوم لاتکس در صورت داشتن شریک جنسی ثابت

انتقال خون و هپاتیت C

انتقال خون که در طول ده سال گذشته روش قابل توجهی در سرایت HCV بوده است، هم اکنون نقش مهمی در این امر ندارد و به ندرت از طریق تزریق خون فردی به HCV آلوده می شود و با به کار بردن روشهای بسیار دقیق و حساس شناسایی ویروس، این خطر تقریباً به صفر نزدیک شده است. اغلب افرادی که در اثر ”انتقال خون” به این ویروس آلوده شده (از جمله افراد مبتلا به تالاسمی و هموفیلی که بطور مکرر خون یا فاکتورهای تغلیظ شده دریافت می کنند) مربوط به سالهای قبل از شناسایی این ویروس می باشند.

هپاتیت B

ویروس شناسی

هپاتیت مزمن مجموعه ای از بیماریهای کبدی با علل و شدت مختلف است که با التهابی که حداقل ۶ ماه تداوم داشته باشد، مشخص می شود. هپاتیت ناشی از HBV یکی از شایعترین دلایل هپاتیت مزمن می باشد. انسان تنها منبع بیماری هپاتیت B در طبیعت است.

ویروس هپاتیت B ویروس نسبتاً مقاومی است و انتظار داریم روی سطوح محیطی (از قبیل مسواک، تیغ، سوزن، وسایل اسباب بازی، شیشه شیر بچه، ظروف غذاخوری، ابزار بیمارستان همچون اندوسکوپ و ابزار آزمایشگاهی) پایدار باقی بماند و در صورت تماس با خراش های پوستی و غشاء مخاطی باعث انتقال بیماری شود.

ویروس هپاتیت B در آب جوش ۱۰۰ درجه سانتی گراد به مدت ۱۰ دقیقه، حرارت خشک ۱۶۰ درجه سانتی گراد به مدت دو ساعت یا اتوکلاو ۱۲۱ درجه سانتی گراد به مدت ۲۰ دقیقه غیر فعال می شود. استفاده از محلول هیپوکلریت سدیم ۰/۵ تا ۱ درصد به مدت ۲۰ دقیقه منجر به تخریب ساختار ژنی ویروس می گردد.

انتشار جغرافیایی

شیوع HBV در مناطق جغرافیایی مختلف تحت تأثیر عواملی از قبیل عادات اجتماعی، سنت ها، مسائل فرهنگی و... متفاوت می باشد. بیشترین مبتلایان در آسیای جنوب شرقی زندگی می کنند. در کل ۵٪ جمعیت دنیا ناقل مزمن هپاتیت B هستند. تخمین زده می شود که در جهان ۲ میلیارد نفر شواهد سرولوژیک عفونت هپاتیت B را داشته باشند که از این تعداد ۳۵۰ میلیون نفر ناقل مزمن هپاتیت B هستند و سالانه ۱-۱/۵ میلیون نفر به علت عوارض ناشی از هپاتیت B می میرند. در ایران ۳۵٪ مردم با این ویروس تماس داشته اند و بطور متوسط ۳٪ (قریب ۲۰۰۰/۰۰۰ نفر) ناقل این ویروس می باشد ولی میزان شیوع در استانهای مختلف، متفاوت است. شیوع بیماری در مناطقی که استاندارد زندگی بالاست کمتر و هر جا که استاندارد اجتماعی-اقتصادی پایین تر است، بیماری بیشتر گزارش شده است.

راههای انتقال ویروس هپاتیت B

• آنتی ژن سطحی هپاتیت B (HBS Ag) تقریباً در تمام مایعات بدن افراد آلوده مشاهده شده است. در مدفوع، ادرار، ترشحات صفرا، عرق، اشک، بزاق، شیر، ترشحات دستگاه تناسلی و ... بویژه پس از تغلیظ می توان این آنتی ژن را شناسایی نمود. بنابر این اگر بعضی از این مایعات بویژه ترشحات دستگاه تناسلی و یا بزاق از طریق پوستی یا غیر پوستی وارد بدن شوند، می توانند باعث بروز عفونت شوند. البته عفونت زایی این موارد بسیار کمتر از سرم افراد مبتلا می باشد.

یکی از مهمترین راههای انتقال ویروس تماس غشاهای مخاطی یا زیرجلدی با خون و سرم افراد مبتلا می باشد.

• راه دیگر انتقال از مادر به نوزاد (بویژه در سه ماهه سوم بارداری، موقع وضع حمل و دوماه اول تولد) می باشد. وجود HBS Ag در شیر مادر امکان انتقال بوسیله شیر مادر را مطرح می کند. جویدن غذا توسط مادر قبل از تغذیه به نوزاد ممکن است در انتقال آلودگی به نوزادان مهم باشد گرچه بطور مستقیم نشان داده نشده است. انواع دیگر تماس نزدیک بین مادر و کودک نیز مؤثر در انتقال دانسته می شود.

• در تماس داخل خانواده، انتقال از طریق تماس جنسی بیشتر از بقیه تماسهای خانگی باعث انتقال بیماری می شود. امکان اینکه یک فرد ناقل هپاتیت B ویروس را به اعضای دیگر خانواده از طریق تماس با بزاق انتقال دهد وجود دارد.

• مدرکی دال بر انتقال از طریق دهان و دستگاه گوارش وجود ندارد و غذا و آب تقریباً هیچوقت مخزن محیطی مهمی برای هپاتیت B محسوب نمی شوند (برخلاف هپاتیت A). اگر انتقال ویروس از طریق دهانی انجام گیرد احتمالاً بدلیل وجود خراش در مخاط دهان و یا در شرایط وجود خونریزی در دستگاه گوارش (مثلاً از زخم معده) است و نه جذب از طریق مجرای روده ای.

هپاتیت B، ۱۰۰ بار مسری تر از ایدز است و به عکس HIV از طریق تماس نزدیک بین اعضای فامیل هم منتقل میشود. عفونت زایی آن نسبت به هپاتیت E و C و B بیشتر است بطوری که ۱/۱۰۰۰۰ سی سی از پلاسمای آلوده قادر به انتقال عفونت می باشد.

چگونه ویروس هپاتیت B پس از ورود به بدن سبب ایجاد بیماری می شود؟

مکانیسم های مختلفی بعد از عفونت HBV می تواند باعث آسیب سلولهای کبدی شود که تنها محدود به ویروس نمی باشد بلکه در ارتباط با زمینه ژنتیکی فرد و میزان پاسخ ایمنی میزبان نیز می باشد. سن بیمار در زمان آلوده شدن با ویروس و وضعیت پاسخ ایمنی میزبان علیه ویروس، عامل اصلی آسیب رساندن به سلولهای کبدی می باشد. بیماری در بچه ها و افرادی که ضعف سیستم ایمنی دارند تمایل به مزمن شدن دارد؛ در این افراد عدم وجود پاسخ ایمنی مناسب و کارآمد برای پاک سازی کامل ویروس سبب باقی ماندن در بدن و تداوم آسیب کبدی می شود.

بعضی گروههایی که بیشتر در معرض خطر قرار دارند عبارتند از:

معتادان تزریقی

افراد بی قیدوبند در روابط جنسی (افرادی که شرکاء جنسی متعدد دارند و هموسکچوال ها) پزشکان، دندانپزشکان و سایر کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی و آزمایشگاهها

دریافت کنندگان خون و فراآورده های خونی آلوده

بیمارانی که همودیالیز می شوند و افراد با نقص سیستم ایمنی

افراد خانواده مبتلایان به عفونت حاد و مزمن (بویژه همسر آنان در صورت عدم انجام واکسیناسیون و عدم رعایت مسائل بهداشتی)

زندانیان و افرادی که در مراکز نگهداری از عقب ماندگان ذهنی کار می کنند و...

علائم بالینی

پس از تماس با ویروس دوران بدون نشانه و نسبتاً طولانی کمون فرا می رسد که بطور متوسط ۱ تا ۳ ماه طول می کشد و بدنبال آن بیماری حاد پدید می آید که علائم آن چند هفته تا چند ماه طول می کشد. درمراحل اولیه شروع بیماری علائمی مثل انفلوانزا (از قبیل تب، ضعف، احساس خستگی، سردرد، درد مفاصل و ماهیچه ها و ...) ایجاد می شود و سپس علائم گوارشی (کاهش اشتها، تهوع، استفراغ، درد شکمی) و زردی ایجاد می شود.

در سه چهارم موارد، علائم بالینی در هپاتیت بدون عارضه بعد از ۳ تا ۴ ماه از شروع زردی بر طرف می شود و در بقیه موارد بهبود با تأخیر صورت می گیرد. در اکثر مواردی که شروع هپاتیت به صورت بیماری حاد شدیداً علامت دار است معمولاً بهبودی کامل رخ می دهد زیرا با فعال شدن سیستم دفاعی بدن، ویروس بطور کامل از بدن پاک سازی می شود. در مواردی که سیستم ایمنی بدن علیه ویروس خوب پاسخ ندهد امکان طولانی شدن بیماری و حتی تبدیل هپاتیت حاد به مزمن وجود دارد. تظاهرات بالینی هپاتیت B مزمن می تواند از یک عفونت بی علامت تا یک بیماری ناتوان کننده و حتی مرگ در مراحل انتهایی نارسایی کبدی متغیر باشد.

انواع هپاتیت B مزمن

بیماران با هپاتیت B مزمن از لحاظ علائم بالینی و تغییراتی که در کبد آنها ایجاد می شود به انواع زیر تقسیم می شوند:

(۱) ناقلین سالم: در این افراد معمولاً از نظر بالینی هیچ علامتی ندارند و بصورت اتفاقی و پس از اهدای خون از بیماری خود مطلع می گردند. در این افراد HBS Ag مثبت و آزمایشات کبدی معمولاً طبیعی است.

(۲) هپاتیت B مزمن پایدار: اغلب این بیماران نیز علامتی ندارند ولی در صورت علامت دار شدن شایعترین شکایات آنها شامل خستگی، بی حالی و احساس ناخوشی می باشد. از سایر علائم می توان

به کاهش وزن، خارش، بی اشتها و زردی اشاره نمود. HBS Ag در سرم این افراد مثبت می باشد و آنزیم های کبدی می تواند مکرراً افزایش نشان دهد.

۳) هپاتیت مزمن فعال: در این بیماری حملاتی از زردی بصورت متناوب و افزایش آنزیم های کبدی وجود دارد. این فرم از بیماری می تواند به طرف ایجاد عوارض وخیم تری مثل نارسایی کبد، سیروز و حتی سرطان کبد پیش برود.

پیشگیری

با توجه به قابلیت بالقوه این ویروس جهت ایجاد هپاتیت حاد، مزمن، سیروز و یا سرطان کبد، قبل از یافتن راه درمان مهمترین اقدام، پیشگیری از انتقال این بیماری است که این امر تنها با شناخت افراد در معرض خطر و ایمونوپروфіیلاکسی آنها با واکسن و ایمونوگلوبولین ممکن است.

تمامی زنان حامله بایستی در ماههای اولیه حاملگی از لحاظ HBV بررسی شوند و در صورت مثبت بودن HBS Ag، جهت جلوگیری از ابتلای نوزاد، باید تزریق واکسن و ایمونوگلوبولین تا ۱۲ ساعت پس از تولد مد نظر قرار گیرد.

- در صورتی که با فرد مبتلا یا مشکوک به هپاتیت تماس جنسی برقرار شود، باید همواره از Latex condom استفاده شود؛ شریک جنسی نیز بایستی علیه هپاتیت B واکسینه شوند.

- مردانی که ارتباط جنسی با هم جنس خود برقرار می کنند بایستی بر علیه هپاتیت A و B واکسینه شوند
- در صورتی که از داروهای تزریقی استفاده می شود، از سرنگ های مشترک استفاده نشود و در اولین فرصت برای درمان اعتیاد اقدام شود.
- از خالکوبی و سوراخ کردن بدن به هر عنوان توسط سوزن جلوگیری شود.
- از هر وسیله ای که ممکن است خون یک فرد با آن تماس داشته باشد مثل تیغ و یا مسواک به صورت مشترک استفاده نشود. موادی که با خون شخص ناقل آغشته می شوند نباید در دسترس دیگران قرار گیرند. برای مثال اگر شخص مبتلا دچار خونریزی از بینی و یا در موقع اصلاح دچار بریدگی شد باید وسیله ای که برای بند آوردن خون استفاده می شود توسط خودش معدوم گردد.
- در کارکنان آزمایشگاه و شبکه بهداشت و درمان، رعایت توصیه های مربوط به ایمنی کار (از قبیل قرار ندادن درپوش سوزن، استفاده از دستکش و روپوش و در صورت لزوم استفاده از گان و عینک و شستشوی فوری دستها به مدت ۳ تا ۵ دقیقه در صورت آلودگی با خون و ترشحات آلوده و...) الزامی است.
- نیازی به ایزوله کردن و محدود کردن بیماران HBS Ag مثبت که عفونت حاد یا مزمن دارند در اتاقهای خصوصی در بیمارستان نیست ولی زخم های باز باید پوشانده شوند و ابزار و لباس هایی که به خون و ترشحات بدن آلوده شده اند، باید به روش خاصی حمل شوند.

تمامی البسه نخی و پوشاک پشمی و وسایل دیگری که ممکن است با قطرات خون آلوده شده باشند، باید بخوبی تمیز شوند و در صورتی که خون مشاهده گردد، با محلول سفید کننده و ضد عفونی کننده با غلظت ۹ به ۱ از بین برده شود.

آیا برای هپاتیت B واکسن وجود دارد؟

از ۱۳۷۲ طبق دستورالعمل کشوری کلیه نوزادان به دنیا آمده واکسن هپاتیت B را دریافت می کنند بنابر این نیازی به واکسیناسیون مجدد این کودکان نیست.

درمورد افراد دیگری که واکسیناسیون هپاتیت دریافت نکرده اند، توصیه به انجام واکسیناسیون در گروههای پرخطر (افرادی که تماس جنسی خطر ساز دارند، کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی، دریافت کنندگان خون و فرآورده های آن، همودیالیزی ها، فرزندان دنیا آمده از مادران مبتلا، خانواده فرد مبتلا به هپاتیت مزمن B) می شود.

واکسن هپاتیت در سه نوبت به فواصل ۰،۱،۶ ماه انجام می شود. در اکثریت افراد پس از دریافت واکسن پاسخ ایمنی مناسب ایجاد می شود. در گروههای پرخطر توصیه به سنجش تیتر آنتی بادی یک تا دو ماه پس از آخرین نوبت واکسن می شود تا وضعیت ایمنی فرد مورد سنجش قرار گیرد. در صورتی که تیتر HBS Ag بدنبال واکسیناسیون افزایش نیافته باشد حتماً با پزشک در خصوص تکرار واکسیناسیون باید مشورت شود. واکسن هپاتیت B یکی از مؤثرترین و ایمن ترین واکسن ها می باشد بنابر این انجام آن به کلیه افرادی که در معرض خطر ابتلا به هپاتیت B قرار دارند می شود.

علاوه بر آن، ایمونوگلوبولین هپاتیت B نیز وجود دارد که در موارد خاصی (از قبیل فرو رفتن سوزن آلوده به بدن و فرزندان متولد شده از مادران مبتلا به هپاتیت B) کاربرد دارد.

درمان

هیچگونه درمان شناخته شده ای برای هپاتیت در مرحله حاد آن وجود ندارد و تنها محدودیت نسبی فعالیت بدنی، رژیم غذایی متناسب با ذائقه و تحمل بیمار توصیه می شود. در موارد مزمن بیماری با نظر پزشک معالج ممکن است از داروهای متعددی از جمله اینترفرون استفاده شود.

باید توجه داشت که همه انواع هپاتیت نیاز به درمان ندارد و موارد کاندید دریافت درمان با نظر پزشک متخصص تعیین می شوند.

افراد مبتلا به هپاتیت مزمن B چگونه باید مورد پیگیری قرار گیرند؟

در پیگیری افراد مبتلا به هپاتیت مزمن، انجام آزمایش HBS Ag بطور سالیانه و تست های کبدی (SGOT , SGPT) هر ۶ ماه یک بار توصیه می شود. ممکن است تست های بیشتری از قبیل HbeAg , HbeAb ، سونوگرافی کبد و یا حتی بیوپسی کبد با نظر پزشک متخصص درخواست شود.

چند توصیه به افراد مبتلا به هپاتیت B مزمن

× بیماری مزمن کبدی ناشی از هپاتیت B نقصی در روش زندگی یا شغل فرد مبتلا ایجاد نمی کند. نه استراحت مطلق در بستر و نه ورزشهای شدید توصیه نمی شود و هیچکدام تأثیری در سیر طبیعی این بیماری نخواهند داشت بنابر این، این بیماران می توانند فعالیت های روزانه خود را بطور معمول انجام دهند.

× در مورد رژیم غذایی بیماران باید توجه داشت که نوع تغذیه هیچگونه تأثیری در بدتر یا بهتر کردن سیر بیماری ندارد بنابر این رژیم معمول توصیه می شود تنها تغییری که لازم است در رژیم غذایی داده شود در رابطه قطع مصرف الکل است.

× از آنجا که هپاتیت B ممکن است در تماسهای نزدیک و طولانی مدت (مثل اعضای یک خانواده) منتقل شود، کلیه افراد در تماس نزدیک با فرد مبتلا باید واکسینه شوند بویژه واکسیناسیون همسر فرد مبتلا لازم است. به بیماران مبتلا به هپاتیت مزمن می توان این اطمینان را داد که پس از واکسیناسیون همسرشان (واطمینان از ایجاد ایمنی در وی) می توانند بدون هرگونه خطری فعالیت های معمول جنسی داشته باشند ولی از تماس جنسی غیر معمول (مثل تماس در طی قاعدگی) باید پرهیز نمود. افرادی که شرکای جنسی متعدد دارند باید از کاندوم استفاده نمایند.

× خانم هایی که ناقل هپاتیت B هستند در زمینه بچه دار شدن و شیر دهی مشکلی ندارند زیرا احتمال انتقال بیماری در طی حاملگی کم بوده و پس از تولد فرزند می توان با تجویز به موقع واکسن و ایمونوگلوبولین مانع ابتلای نوزاد شد، نباید مادران از شیر دادن به فرزند خود منع شوند.

× در آخر اینکه راههای انتقال شناخته شده هپاتیت تقریباً نیمی از طرق انتقال آن می باشد لذا با مجبور کردن دوستان و آشنایان خود به انجام آزمایش نباید سعی در پیدا کردن منبع بیماری خود داشته باشند این امر نه تنها بر سیر بیماری آنان تأثیری نخواهد داشت، می تواند با صلب اطمینان از آنان باعث به هم زدن کانون خانوادگیشان نیز بشود.

هپاتیت B و انتقال خون

آزمایش اهداکنندگان خون از نظر ویروس هپاتیت B در اوایل دهه ۱۹۷۰ آغاز شده است. قبل از غربالگری خونهای اهدایی برای HBS Ag، عفونت هپاتیت B یکی از عوارض شایع انتقال خون بود. با گذشت زمان آزمایش غربالگری تجاری قابل دسترس به شکلی تغییر یافته تا حساسیت شناسایی HBS Ag مثبت ده بار بیش از اهداکنندگان داوطلب است لذا امروزه با به کار گیری اهداکنندگان داوطلب بجای اهداکنندگان حرفه ای به اضافه انجام HBS Ag روی تمام نمونه خونهای اهدایی، عفونت با این ویروس نسبت به چند سال قبل تا بیش از ۸۰٪ کاهش یافته است و امروزه کمتر کسی بدلیل انتقال خون دچار هپاتیت B می شود.

• خون سالم و سیستم حفاظت از خون (به نقل از سایت اطلاع رسانی سازمان انتقال خون):

خون سالم خونی است که حاوی عوامل پاتوژن (ویروسها، باکتریها و...)، داروها، الکل و مواد شیمیایی نبوده و سبب ایجاد بیماری در فرد گیرنده نشود. جهت دست یافتن به چنین خونی انجام آزمایشات

غربالگری بر روی خونهای اهدا شده (از نظر هپاتیت، ایدز و سیفلیس) و نیز مصاحبه و معاینه دقیق توسط پزشک به منظور انتخاب اهداکنندگان مناسب الزامی می باشد.

دوره پنجره (window period)

از زمان ورود عامل بیماریزا به بدن تا ایجاد پاسخ بدن علیه آن و ساخته شدن آنتی بادی، مدتی طول می کشد که به آن دوره پنجره اطلاق می شود. تقریباً تمام بیماریها دارای این دوره نهفتگی هستند که در طی آن عامل بیماریزا در بدن فرد وجود دارد و قابلیت انتقال به دیگران را دارد اما در آزمایشات قابل تشخیص نمی باشد. دوره پنجره در بیماریهای مختلف، متفاوت می باشد.

سیستم حفاظت خون یک سیستم ملی نظارتی و اعلام خطر است که از جمع آوری تا پیگیری و مراقبت گیرنده ادامه یافته و در آن گزارش حوادث انتقال خون به منظور برطرف کردن و جلوگیری از تکرار آنها مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد.

تاریخچه:

در سال ۱۹۹۲ پس از برملا شدن قضیه خون های آلوده و نیز زمانی که تزریق خون به عنوان یکی از راههای عمده انتقال ویروس هپاتیت C شناخته شد، مسئولین بهداشت فرانسه، سیستم انتقال خون را از نو سازمان دهی کردند.

یکی از جنبه های قانونی سلامت خون مصوب سال ۱۹۹۳ برقراری سیستم حفاظت خون و مسئله اجرایی این طرح، در سال ۱۹۹۴ به آژانس خون فرانسه سپرده شد.

ارکان:

• هسته اصلی حفاظت خون، بررسی آینده نگر و اعلام خطر عوارض ناخواسته انتقال خون

براساس تشخیص و گزارش اجباری تمام آثار ناخواسته تزریق خون می باشد.

گرچه بسیاری از سازمانهای haemovigilance برروی مشاهده عوارض ناخواسته در بیمارانی که تزریق خون داشته اند، متمرکز گردیده اند ولی گستره این سیستم باید تمامی فرآیند تزریق خون از انتخاب اهداکنندگان تا بیماران گیرنده خون را پوشش دهد. اطلاعات لازم دراین زمینه شامل حوادث ناخواسته مشاهده شده حین اهدای خون، اطلاعات مربوط به انتخاب اهداکنندگان (مثل میزان تکرار علل معافیت از اهدای خون) و اطلاعات اپیدمیولوژیک درمورد اهداکنندگانی که در غربالگری مثبت بوده اند، می باشد.

• قابلیت پیگیری (traeceability) مسئله ای است که جزء اصلی سیستم حفاظت خون را

تشکیل می دهد؛ یعنی اطمینان از اینکه خون و فرآورده های خونی که در کشور جمع آوری، آزمایش، فرآوری، نگهداری و ترخیص (release) یا توزیع می شود، می تواند از اهداکننده تا دریافت کننده، ردیابی شود. این قانون شامل محصولات وارداتی نیز می شود یعنی تنها به

محصولاتی اجازه ورود به کشور داده می شود که سطح مشابهی از قابلیت پیگیری را داشته باشند.

Traceability با شناخت ساده بیماری که فرآورده خونی را به طور اولیه دریافت کرده است، به دست نمی آید؛ بازگشت اطلاعات از بخش بالینی به سرویس انتقال خون پس از عمل تزریق خون ضروری است.

دست یابی تمام وکمال به قابلیت پیگیری فرآورده های خون و نیز رویدادهای مربوط به تزریق خون (TIR)، مستلزم الزام قانونی برای کلیه مراکز انتقال خون و بیمارستانها در ثبت مشخصات کامل گیرنده هر فرآورده می باشد.

شبکه های HAEMOVIGILANCE باید مظهرارتباط عملی بین بیمارستانها، مراکز انتقال خون و مراجع ملی باشند.

روش عمل:

در بیمارستانهای بزرگ یک نفر به عنوان مسئول حفاظت خون منصوب می شود که اکثرا از میان کادر پزشکی بیمارستان واز بین افرادی که در مسائل انتقال خون مجرب هستند، انتخاب می شود. تمامی اطلاعات فراهم شده توسط haemovigilance ممکن است در بهبود سلامت انتقال خون به صورت های زیر به کارگرفته شود:

• فراهم نمودن منبع قابل اطمینانی از اطلاعات در رابطه با اثرات نامساعد حاصل از انتقال

خون برای جامعه پزشکی

• بیان اقدامات اضافی مورد نیاز برای ممانعت از تکرار چنین حوادثی در انتقال خون

• آگاه سازی بیمارستانها و مراکز انتقال خون در رابطه با اثرات نامساعدی که می تواند بجز یک

گیرنده خون، افراد بیشتری را درگیرسازد (شامل اثراتی که مرتبط با انتقال بیماریهای عفونی

و نیز مرتبط با کیسه ها، محلول ها یا فرآورده های خون می باشد).

بنابراین شبکه حفاظت خون ازطریق تبادل اطلاعات بین اعضا و تشویق فعالیتهای آموزشی، سبب

افزایش سریع آگاهی اعضا و هشدار به موقع به آنان می گردد.

هدف نهایی هر سیستم حفاظت خون افزایش ایمنی خون در تمام جوانب می باشد.

سه شرط لازم برای موفقیت سیستم حفاظت خون:

(۱) نزدیکی به مراکز انتقال خون برای گزارش واکنش ها با کمترین تاخیر

(۲) عدم وابستگی به افرادی که در قسمت های مختلف زنجیره انتقال خون کار می کنند.

(۳) دسترس به تیم های پزشکی و پاراکلینیک و حمایت مسئولین بهداشتی

محدودیت های سیستم حفاظت خون:

با گسترش استانداردهای ارتباطی جهت تبادل اطلاعات بین مراکز انتقال خون و بیمارستانها، مشکل ناهمگن بودن سیستم های اطلاعاتی در مراکز انتقال خون و بیمارستان، در حال حل شدن است ولی موانع دیگری هنوز وجود دارد.

- اغلب از نمایندگان مستقر در بیمارستانها خواسته می شود حفاظت خون را به عنوان یک مسئولیت اضافی بپذیرند بدون آنکه برای این کار مزایایی دریافت کنند. این مراکز لازم است از ساختار سازمانی در بین همکاران خود حمایت کند.

- بیماری شناسی واکنش های تزریق خون نیاز به اصلاح دارد زیرا عمده رویدادها علت ناشناخته دارد (به عنوان مثال صدمات ریوی ناشی از تزریق خون را نمی توان از افزایش حجم داخل عروقی تشخیص داد). برای حل این مشکل آموزش مداوم برای افزایش سطح دانش پرسنل و استفاده از استانداردهای تعیین شده در گزارشات توصیه می شود.

در آینده، امید است با بهبود بخشیدن به کیفیت اطلاعات ارسالی، کار تجزیه و تحلیل و تشخیص بالینی و آزمایشگاهی عوارض جانبی انتقال خون ارتقا یافته و مبادله اطلاعات با پزشکان و از طریق اینترنت هرچه بیشتر تسهیل گردد.

خلاصه: سیستم حفاظت خون شاخص مطلوب کیفیت انتقال خون بوده و باید به عنوان قسمتی از سیستم انتقال خون همچنین همراه با توسعه تشکیلات بهداشتی - درمانی گسترش یابد تا درک

بهتری از فوائد ارزیابی کیفیت توسط تمام کسانی که در کلیه مراحل انتقال خون دخیل هستند، ایجاد شود.

Look back

تعریف:

LOOK BACK قسمتی از برنامه سلامتی عمومی جامعه است و به مجموعه روال تحقیقاتی گذشته نگری اطلاق می شود که در مورد اهداکنندگان و یا دریافت کنندگان خون اجرا می گردد. این اصطلاح از اواخر دهه ۱۹۸۰ به کار گرفته شد.

تاریخچه:

تاریخچه LOOK BACK به روایتی به سال ۱۹۸۲ بر می گردد که در آن کودکی در ایالات متحده امریکا به دنبال تزریق خون به HIV آلوده شد ولی عملاً اجرای LOOK BACK از زمان رایج شدن آزمایش HIV در مارس ۱۹۸۵ معمول گردیده است.

در حال حاضر در مورد HIV، به صورت اجباری، آئین نامه های دولت فدرال ایالات متحده تعیین کننده اجرای LOOK BACK و اطلاع رسانی به دریافت کنندگان است.

FDA , HCV در مورد عهده دار این مسئولیت است.

برای HTLV1.2 و HBV فعلا نیازی به اجرای LOOK BACK نیست.

بغیر از HCV و HIV در برخی از کشورها، برنامه LOOK BACK در مورد دیگر بیماریهای ناشی از انتقال خون مانند CJO و TRALI نیز انجام شده است.

اهداف:

(۱) شناسایی اهداکنندگان آلوده به ویروسهای منتقله از طریق خون

(۲) شناسایی دریافت کنندگان خون و یا فرآورده های خونی آلوده

(۳) شناسایی، جمع آوری و قرنطینه کلیه فرآورده های تهیه شده از اهداکننده آلوده به ویروسهای منتقله از طریق خون

هدف نهایی اجرای برنامه LOOK BACK به دست آورده اطلاعات کافی و مناسب از اهداکنندگان است تا بتواند از سرایت بیماریهای عفونی ناشی از انتقال خون پیش گیری کرده و ایمنی خونیهای مصرفی را ارتقاء دهد.

روش انجام:

روند اجرای برنامه LOOK BACK برای ویروسهای منتقله ناشی از انتقال خون با نمونه گیری، آزمایش اولیه و انجام آزمایش های تکمیلی شروع شده که در صورت منفی بودن متوقف و در صورت

مثبت بودن، برنامه LOOK BACK ادامه می یابد. به طور کلی در انجام LOOK BACK مراکز انتقال خون (مراکز اهداکنندگان و توزیع کنندگان خون و فرآورده های آن)، بیمارستانها و پزشکان معالج مسئولیت دارند.

• راه پیشگیری از آلوده شدن مصرف کنندگان خون و فرآورده های خونی به ویروس هپاتیت C:

چنانچه اشاره گردید از سال ۱۳۶۹ در جهان امکان تشخیص ویروس هپاتیت C در خون افراد مبتلا میسر گردید و این آزمایش در ردیف تست های شناختن ویروس ها در خون را به اطلاع بانک های خون کشورهای مختلف رسانده شد. اما متأسفانه در ایران از سال ۱۳۵۷، یعنی شش سال بعد، تست های غربالگری هپاتیت C به کشور وارد شده و عملاً سازمان انتقال خون ایران بدون انجام تست های مذکور و صرفاً با تکیه بر شرح حال اهدا کنندگان و انجام آزمایش های غربالگری دیگر مانند HIV و سفلیس و ... اقدام به جمع آوری خون می نموده است.

نکته مهم و قابل ذکر در رابطه با ویروس هپاتیت C وجود دوره پنهان و غیر قابل تشخیص آزمایشگاهی این ویروس در افراد آلوده است. بگونه ای که از تاریخ ورود ویروس به بدن فرآورده شده تا حدود سه الی پنج ماه بعد قابل تشخیص تست های تشخیصی آزمایشگاهی نمی باشد. بنابراین اطلاع از سابقه سلامت خون های اهدایی یکی از محورهای مهم فعالیت بانکهای خون می باشد که در سایه روش جمع آوری خون از اهدا کنندگان مستمر تأمین می گردد. تکیه خط خونی هر کشوری بر اهدا کنندگان اتفاقی و هر نوع روش های جمع آوری خیابانی، مراجعه به مراکز و تجمعات عمومی

مردم و یا تهییج های عمومی برای هجوم های عمومی به مراکز جمع آوری خون خطر انتقال این بیماری ها را بدنبال خواهد داشت.

البته بدیهی است در شرایط جنگ، زلزله و دیگر حوادث غیر مترقبه که اساس تفکر کمک رسانی

گسترده به مردم است، نمی توان برخی از شرایط بالا را محقق نمود. با توجه به توضیحات بالا

فرآورده های خون کنستانتره نیز می تواند در صورتیکه با شایط استاندارد و رعایت ضوابط ویروس

زدایی تهیه نشوند منابع بسیار خطرناکی در رابطه با شیوع این بیماری در بین مصرف کنندگان این

نوع فرآورده ها باشند. بیماران هموفیلی جهان که از فرآورده های خونی کنستانتره تا قبل از سال

۱۹۸۵ میلادی برابر با ۱۳۶۴ شمسی استفاده نموده اند، در خطر آلودگی به ویروس هیپاتیت C قرار داشته اند.

• موضوع ویروس زدایی از فرآورده های خونی به صورت کلی بر اساس اطلاعات علمی موجود:

در دنیای صنعت نیز این تحولات همگام با پیشرفت های علمی به وجود آمده است. در یک دهه قبل

چنین استنباط می شد که با روش گرمایی Heat – Treatment می توان ویروس های بیماری زا

را در تولید از بین برد و در نتیجه فرآورده های خونی را عاری از ویروس های مزبور تولید نمود. لکن

آنچه در عمل اتفاق افتاد آن بود که علیرغم مطالعات علمی گذشته، خون و فرآورده های خون از این

ویروس پاک سازی نشدند و به همین علت تعداد زیادی از بیماران در سطح دنیا که از این محصولات

استفاده می نمودند به بیماری های ثانوی مثلاً ایدز یا هیپاتیت C مبتلا گردیدند. این ابتلا و این

ضایعات مختص کشور ما نبود بلکه در کشورهای دیگر حتی در کشورهای صنعتی و پیشرفته نیز که از

قدرت بالایی برخوردار هستند ملاحظه می شود. ابتلا بیماران هموفیلی که خون یا محصولات خونی دریافت می نمودند به بیماری های ثانوی در کشورهای اروپایی، کانادا و آمریکا مؤید این واقعیت است. طبق آمار منتشره از سوی بهداشت جهانی، در آمریکا ۳۱/۱ میلیون نفر، در اروپا ۸/۹ میلیون نفر و در خاور میانه ۲۱/۳ میلیون نفر به هپاتیت C مبتلا می باشند.

اگرچه انصافاً در هیچکدام از کشورهای پیشرفته پس از کشف روش های ویروس زدایی در سال ۱۹۸۵ میلادی مطابق با ۱۳۶۴ شمسی فرآورده های خونی ویروس زدایی نشده تولید نگردیده است، ولی این امر در کشور ما جاری بوده است و حتی در سال ۱۹۹۴ نیز پالایشگاه خون تهران بدون اطمینان از تجهیز به این سیستم ها و ضرورت خرید تکنولوژی آن افتتاح می گردد.

رد سالهای اخیر تحولات علمی کارخانجات تولید کننده فرآورده های خونی را به روش دو گانه در ویروس زدایی هدایت کرده است. روش Double Viruse Inactivation در حال حاضر سلامت محصولات خونی را به سطح بسیار بالایی ارتقا داده است، اما با توجه به پیشرفت تکنولوژی و کشفیات جدید علمی و بهترین روش برای ویروس زدایی محصولات خونی به نظر نمی رسد و ممکن است در آینده دور یا نزدیک با مشاهده برخی نارسائی ها و مشکلات، روش های دیگری بوسیله محققان و دانشمندان برای عاری نمودن این فرآورده ها از ویروس ها و ذرات بیماری زا ابداع گردد. از آنجا که این ابهامات برای دانشمندان و در عین حال دولتمردان در کشورهای مختلف به شکل جدی مطرح گردیده است در طی سال های اخیر تولید کنندگان معتبر برای تولید فرآورده های پلاسمائی از روش های مهندسی ژنتیک و بیوتکنولوژی استفاده نموده اند. این روش ها هم در تولید فرآورده ها

و هم در تشخیص بیماری بسیار موفق بوده اند. به عبارت دیگر تدریجا کشورها به جای استفاده از مثلا داروی فاکتور هشت انعقادی پلاسمائی از فرآورده های جدید فاکتور ۸ که به روش ریکامبینیت Recombinant یا بیوتکنولوژی تهیه می گردد استفاده خواهند کرد.

این فرآورده ها که دیگر از منبع پلاسما تهیه و تولید نخواهند شد سلامت روش درمانی را با خود به همراه دارند و دیگر دغدغه ای برای ابتلا به بیماری های ثانوی مثل هپاتیت C یا ایدز را برای بیماران مطرح نمی کند. اگرچه این نوع محصولات نیز عوارض دیگری از قبیل جمله ظهور مهار کننده ها و ناسازگاری با سیستم ایمنی بدن را دارند در حال حاضر اول تحقیق آن در جهان جاری می باشد. نتیجه اینکه در اثر تحولات علمی هم در تولید فرآورده های پلاسمایی به لحاظ ایمنی زایی و اثر درمانی تکامل حاصل گردیده و هم در روش های تشخیص بیماریها تحولات شگرفی به وجود آمده است. خمیر مایه این تحولات اخیر پیشرفت علوم زیستی مثل بیولوژی و مولکولی و بیوتکنولوژی است و به این ترتیب نمی توان توقعاتی بیش از استطاعت علمی و اجرائی ظرف زمانی مورد نظر مطرح نمود. اظهار نظر دادگاه بر ظرفیت های علمی و اجرایی زمان مورد نظر خواهان های پرونده خواهد بود.

- وظایف وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون ایران در رابطه با تأمین سلامت خون و فرآورده های خونی:

دادگاه در بررسی موقعیت حقوقی خواندگان پرونده در رابطه با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر اساس ماده ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بخصوص

بندهای ۲، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۶ ماده ۷ بند ۵ و تبصره آن و همچنین ماده ۱ و ۲ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب ۱۳۳۴/۳/۲۹ و اصلاحات بعدی آن و تبصره ماده یک قانون مذکور و همچنین قانون اصلاح ماده ۳ و ۴ قانون مربوط به مقررات پزشکی و دارویی و تبصره ۱ ماده ۳ آن، ماده ۱۳ و تبصره ۴، آن تردیدی در مسئولیت قانونی خواننده ذکر شده در رابطه با سلامت فرآورده های خونی تهیه شده مورد ادعای خواهان ها ندارد. صراحت قانون در این رابطه و اساساً پیش بینی مجازات اعدام در ماده ۳ اصلاحی قانون مواد خوردنی و آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی مصوب ۱۳۴۶ و اصلاحات آن سال ۱۳۵۲ و مواد ۱ و ۲ آن نیز به صراحت بر مسئولیت های مطروحه در رابطه با این مواد تأکید نموده است.

قانونگذار در تبصره ۴ ماده ۱۳ قانون مقررات امور پزشکی و دارویی در تعریف فرآورده های بیولوژیک می فرماید: "فرآورده های بیولوژیک به موادی اطلاق می شود که دارای منشأ انسانی یا حیوانی بوده که برای تشخیص و پیشگیری یا درمان بیماریها به کار می رود. تعیین نوع فرآورده های مذکور به عهده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد." در راستای طرح موارد بالا دادگاه خلاصه پرونده کیفری موسوم به هموفیلی را که در دادنامه های ۷۸-۱۰۵۲-۱۰۶۰ شعبه ۱۰۶۰ مندرج گردیده همراه با اسناد و مدارک آن مورد مذاقه و بررسی قرار داده و ادعای خواهانها مبنی بر عدم نظارت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر فرآورده های بیولوژیک (فاکتورهای انعقادی) تولید شده در مرکز پژوهش و پالایش خون و مجهز نبودن این مرکز تولیدی به سیستم ویروس زدایی فرآورده های خونی و همچنین فعالیت بدون پروانه مرکز و نهایتاً توزیع داروی بدون پروانه را قابل قبول می

داند. از سوی دیگر مصرف تولیدات بدون پروانه توسط خواهانها مصون از تکذیب خواندگان قرار گرفته و خواندگان در دادخواست های تقدیمی به دادگاه و بنابر اظهارات صریح و کلا مصرف داروهای تولید شده را توسط خواندگان تکذیب ننموده اند. لهذا در باب سببیت و علیت ترک فعل و ماهیت آن بر بر دادگاه شناخته گردیده است. دادگاه با تکیه بر وظایف تعریف شده در اساسنامه سازمان انتقال خون که تصویب مجلس شورای اسلامی نیز رسیده است و سازمان انتقال خون را نیز مسئول سلامت خون و فرآورده های خونی که از یک واحد خون تهیه می گردد، دانسته و بر این نظر است که با توجه به فعالیت انحصاری سازمان مذکور در تولید این مواد و از سوی دیگر نیاز حیاتی خواندگان بر مصرف مواد مذکور، مصرف تولیدات این سازمان توسط خواندگان انکار ناپذیر است. دادگاه با توجه به اسناد غیر قابل انکار موجود در پرونده کیفری خلاصه استخراج شده مندرج در دادنامه های شماره ۷۸-۱۰۵۲ را جز لاینفک رأی خود دانسته و در جهت اثبات ترک فعل و اهمال منتهی به ارائه دادخواست توسط خواهانها را به مستندات پرونده کیفری فارغ از نتیجه آن استوار می نماید.

• خلاصه پرونده کیفری:

خلاصه پرونده کیفری به شماره ۳۵۰/۱۴۱۳/۷۶

و مستندات آن در بخش های اول و دوم پرونده متشکله

که رأی کیفری دادگاه بدوی به استناد آن صادر شده است:

الف) قسمت اول خلاصه پرونده کیفری

در رابطه با قسمت اول پرونده یعنی موضوع مجهز نبودن پالایشگاه خون به سیستم ویروس زدایی متهم

ردیف اول پرونده دکتر فرهادی لنگرودی در اولین بازجویی خود در تاریخ ۷۶/۷/۳۰ صراحتاً در پاسخ به این

سؤال که فاکتورهای تولیدی ایرانی ویروس زدایی می شوند یا خیر؟ اگر نمی شود چرا؟ گفته اند: نکته اصلی این است که تکنولوژی مهم و پیشرفته ویروس زدایی برای فرآورده های با خلوص می باشد که در داخل کشور وجود ندارد. زیرا روشهای مختلف ویروس زدایی با گرما و یا S/D نیازمند عملکرد بر روی فاکتورهای ۸ با خلوص بالا می باشد. زیرا با خلوص بالا کمتر در داخل تولید می شود در مجاورت گرما دچار از بین رفتن و سوختن بخاطر میزان فیبرینوژن میگردد. در مجموع علت اصلی در تولید و فاکتور با خلوص متوسط و عدم ویروس زدایی عدم امکان تکنولوژیکی کشورهای غربی و بخصوص در رابطه با روش S/D انحصاراً در اختیار آمریکا می باشد. و در قسمت دیگر از سئوالات و پاسخ به سؤال: این روش در اختیار کشور ما نمی باشد یا خیر؟ می گوید: توان کشور ایران برای ویروس زدایی حداقل فرآورده های داخل چیست؟ اظهار می دارند همانگونه که در سؤال قبلی عرض شد روشهای مختلف ویروس زدایی به علت تکنولوژی مورد نیاز ساخت فرآورده خالص در اختیار کشور نمی باشد. بخصوص روش S/D ولی روش گرمایی بخاطر عدم خلوص بالا امکان اجرایی ندارد (مستند شماره ۹). سرکار خانم ملک الکتاب از کارشناسان اداره

دارو نیز در بازجویی خود در تاریخ ۷۷/۱/۲۱ گفته اند در اداره آگاهی در پاسخ به این سؤال که سازمان انتقال خون فاکتور ۸ و ۹ را از چه تاریخی تولید می کرده است، می گوید:

از سال ۱۳۵۹ سری های آزمایشی و تخصصی فاکتورها را تولید می نموده اند. در سال ۱۳۷۱ تقاضای تولید انبوه نموده اند و طبق نامه شماره ۵/۴۲/۷۴۶۶/د مورخ ۷۱/۷/۲۵ از سازمان مذکور در خواست مدارک لازم جهت بررسی شده است. در سال ۱۳۷۳ مدیرعامل سازمان درخواست بازرسی و بازدید محل و وسایل را نموده اند، بعد از بازرسی آماده شدن شرایط کار طبق نامه ۵/۲۲/۶۸۶۶/ک مورخ ۷۴/۶/۱ مجدداً درخواست مدارک جهت پروانه ساخت و تولید عملی فاکتور ۸ و ۹ بصورت غیر رسمی از سال ۱۳۷۴ بوده، سری های اول به علت لخته مورد شکایت و نمونه برداری قرار گرفته و با جواب غیر قابل قبول آزمایشگاه کنترل دارو دستور جمع آوری صادر شده است. در تاریخ ۷۴/۱۰/۹ و ۷۴/۱۱/۲۳ مرکز مورد بازرسی قرار گرفته و در تولیدات کم طبق نوشته کارشناس دارویی اشکالی مشاهده شده است. بنابراین تولید رسمی سازمان برای فاکتور ۸ و ۹ از سال ۱۳۷۴ می باشد که چند سری مورد نمونه برداری قرار گرفته اند. سری های قابل قبول توزیع و سری های غیر قابل قبول دستور ضبط داده شده است. در سال ۱۳۷۵ از آزمایشگاه کنترل دارو تقاضای مدارک و ویروس زدایی نموده اند. در تاریخ ۷۶/۷/۲۱ به علت عدم ارائه سیستم و ویروس زدایی دستور توقف تولید داده شده است. (مستند ۱۰ پیوست جلد دوم پرونده کیفری شامل تصویر تحقیقات اداره آگاهی از خانم ملک الکتاب، دستور تعطیلی پالایشگاه، دکتر شیبانی) سرکار خانم منیر اعظم انارکی نیز که از کارشناسان اداره دارو می باشد نیز در پاسخ به سؤال:

توضیح دهید آیا مرکز پژوهش و پالایش انتقال خون ایران برای تولیدات خود از شما تقاضای صدور پروانه کرده است؟ چگونه آن را بفرمایید، گفته اند:

سازمان انتقال خون طی نامه شماره ۳۹۷۰ مورخ ۷۴/۱۰/۱۱ پرونده ساخت فاکتور ۹ انعقادی انسانی، فاکتور ۸ انعقادی انسانی، ایمونوگلوبولین ضد هاری انسانی، گاما گلوبولین وسیع را ارسال نموده است که برای هیچکدام در موارد فوق بدلیل نقص مدارک ارسالی پروانه صادر نشده است و در مورد فاکتور هشت طی بند شماره ۲۲ نامه ۵/۴۳/۴۹۲۳۰ ک مورخ ۷۶/۴/۱۷ درجه حرارت و مدت زمان برای ویروس زدایی خواسته شده است.

سرکار خانم دکتر انارکی در ارائه اظهارات خود صراحتاً مطرح نموده اند:

علیرغم اعلام ویروس زدایی فرآورده در پرونده های مذکور اداره فنی و نظارت اعلام می دارد سازمان مذکور سیستم ویروس زدایی ندارد. (مستند شماره ۱۱ جلد دوم کیفری)

سرکار خانم دکتر ناهید نیاکیان مسئول صدور پروانه اداره نظارت بر دارو و نیز در اظهارات خود صراحتاً اعلام می نمایند:

تاکنون هیچگونه پروانه ساخت محصول از طرف اداره صدور پروانه برای انتقال خون صادر نگردیده است. (مستند شماره ۱۲ خلاصه)

مسئول دایره کشف جرم اداره آگاهی، آقای انصاری در صفحه ۵ گزارش خود به ریاست محترم شعبه ۳۷ دادگاه عمومی تهران در جمع بندی خود از مجموعه بازجویی های انجام شده صراحتاً اظهار می نماید:

با توجه به موارد ذکر شده از ناحیه مسئولین ذیربط در وزارت بهداشت و درمان و آنچه بنظر می رسد، تولیدات غیر قانونی و غیر قابل قبول ویروس زدایی نشده، فاکتورهای ۸ و ۹ از سوی سازمان انتقال خون می باشد که علیرغم نداشتن پروانه تولید از سال ۱۳۵۹ به صورت آزمایشی و از سال ۱۳۷۳ بصورت رسمی با افتتاح مرکز پژوهش و پالایش مبادرت به تولید فاکتورهای خونی کرده اند. ضمن اینکه به دفعات از سوی مدیر کل آزمایشگاههای کنترل تشخیص طبی وزارت بهداشت و درمان نمونه های ارسالی غیر قابل قبول بوده و دستور جمع آوری آنان صادر شده است. (مستند شماره ۱۳ خلاصه جلد دوم پرونده کیفری)

صورتجلسه شورای تولید به تاریخ ۷۵/۷/۱۴ از اسناد بسیار مهم و قابل توجه در رابطه با مجهز نبودن پالایشگاه به سیستم ویروس زدایی است: در این صورتجلسه ضمن تأیید مشکل ویروس زدایی و همچنین لخته شدن فاکتورهای انعقادی بوسیله آقایان دکتر سلیمانلو، زندیه، پاکباز دیدگاه، غفاری، دکتر موسوی، شرفی بصیری و سرکار خانم دکتر رضوان مسئول کنترل کیفی پالایشگاه به مدیر عامل پیشنهاد گردیده است:

- تا زمانی که عمل ویروس زدایی بر روی فاکتورهای انعقادی انجام نمی شود در صورت موافقت مدیر عامل محترم سازمان مانند سایر کارخانجات تولید کننده فاکتورهای انعقادی روی جعبه قید شود که ریسک انتقال بیماریهای ویروسی شناخته یا ناشناخته وجود دارد.
- مانند همه مراکز مشابه در دنیا، مسئولین ذیربط استانداردهای ملی را تدوین کنند.

- با توجه به عدم ویروس زدایی فاکتورهای انعقادی و امکانات موجود وزارت بهداشت درمان و ...
مشخص نماید، آیا تولید ادامه یابد یا خیر؟ و اجازه مصرف محصول ویروس زدایی نشده فعلی
گرفته شود. (مستند ۱۴ جلد سوم پرونده کیفری).

دکتر فرهادی لنگرودی در برگ اظهارات خود در تاریخ ۷۷/۲/۸ در پاسخ به این سؤال که آیا مرکز
پژوهش و پالایش خون که سال ۱۳۷۳ افتتاح گردیده است مسئول فنی داشته است یا خیر؟ (مستند
۱۵ جلد دوم کیفری)

پاسخ می دهد: متأسفانه آنگونه که در قانون مربوطه وزارت بهداشت صراحت دارد خیر. ولی بصورت
داخلی آقای دکتر رضوی و پس از سال ۱۳۷۴ به بعد آقای دکتر مطلبی مورد و فعالیت هایی که
مربوط به مسئولیت فنی بوده است را ارجایی نموده اند در جلسات شرکت و به وزارت بهداشت نیز
معرفی شده بودند و در سال ۱۳۷۶ پروانه ایشان صادر گردیده است. دکتر فرهادی لنگرودی همچنین
در پاسخ به (مستند شماره ۱۵ جلد سوم کیفری) که حاوی صورت جلسه مهم شورای تولید می باشد
و طی نامه شماره ۱۷۱۱/پ/خ مورخ ۷۵/۸/۲۶ با ایشان تحویل و در آن توصیه گردیده که با توجه به
عدم ویروس زدایی فرآورده های خونی یا تولید متوقف شود و یا موضوع به اطلاع مصرف کنندگان
برسد، در اظهارات خود از تکذیب موضوع خودداری کرده و با اظهار اینکه در رابطه با اختیارات
تصویبی و وظایف محوله به شوراهای مربوطه اینجانب با پیشنهادات کارشناسی و اجرایی آن موافقت
کرده ام و مراتب از طرف مبادی ذیربط می بایست اجرایی می گردیده است. اجرای آن را وظیفه
دیگران دانسته است.

در جمع بندی انجام شده به تاریخ ۷۷/۲/۸ به شماره ۱۳/۱۷۷/۷۶ - ۱۶/۱۰۸/۱ ریاست محترم دایره کشف جرائم اداره آگاهی حسب اظهارات متهمین پرونده و مطلعین به صراحت نسبت به مجهز نبودن پالایشگاه خون به سیستم ویروس زدایی اظهار نظر گردیده است. در این گزارش دستور توقف تولید توسط آقای دکتر شیبانی متهم ردیف دوم پرونده کیفری محور ارائه اظهارات دیگران قرار گرفته است و با مستندات کافی متکی به اظهارات متهمین و مطلعین و عدم صدور پروانه و مجهز نبودن پالایشگاه به سیستم ویروس زدایی تأیید نموده اند. (مستند شماره ۱۶ جلد اول پرونده کیفری)

همچنین آقای عباسعلی پاکباز از اعضای مؤثر مرکز پژوهش و پالایش سازمان انتقال خون و مشاور علمی مرکز پژوهش و پالایش در اظهارات خود در اداره آگاهی به تاریخ ۱۳۷۳/۳/۱۶ در پاسخ به این سؤال که: بالاخره پالایشگاه خون از چه کشوری خریداری گردیده و چرا مجهز به سیستم ویروس زدایی نبود؟ می گوید تجهیزات پالایشگاه از کشور آلمان (کمپانی SEN) خریداری گردید. در آن زمان سیستم ویروس زدایی آون حرارت خشک بود که رد اقلام تجهیزات دیده شد و خریداری گردید. تکنولوژی مربوط به ویروس زدایی در قرار داد با این کمپانی نبود و امکان و توان علمی و تخصصی در این زمینه را خود نداشتند و بایستی از منابع انحصاری و تحت لیسانس کسب می گردید که در زمان انعقاد قرار داد سال ۱۳۶۷ امکان پذیر نبود.

مشاور علمی مرکز پژوهش و پالایش خون در ادامه اظهارات خود در پاسخ به اینکه چرا در قرار داد سال ۱۳۶۷ مورد ویروس زدایی پیش بینی نگردیده است، صادقانه اعتراف می نماید:

بررسی های مقدماتی حصول استفاده از حرارت خشک را امکان پذیر می نمود ولیکن در عمل هنگامیکه یک آون ویروس زدایی اهدایی از طرف سازمان بهداشت جهانی در محل سابق پالایش پلاسما در ساختمان شماره یک، خیابان استاد نجات الهی راه اندازی گردید. (فکر می کنم سال ۱۳۷۲ بود) به این مشکل برخوردیم که امکان استفاده از حرارت برای فاکتور ۸ تولید حد واسط تولید سازمان (میسر) نیست و علیرغم پژوهشهایی که صورت گرفت نیز این مشکل رفع نگردید و تا بحال هم این امکان میسر نگردیده است. (مستند شماره ۱۷ جلد دوم پرونده کیفری)

وکلائی انتقال خون نیز علیرغم اظهارات صریح موکلین خود در مراحل بازجویی در تلاش بودند که با کسب استعلام های دولتی سازمان انتقال خون را از اخذ پروانه معاف جلوه دهند (مستند شماره ۱۸ جلد سوم پرونده کیفری)، و حتی اقدام حقوقی نیز در این رابطه انجام دادند در حالیکه توجه به مواد اساسنامه سازمان انتقال خون که (تولید فرآورده های خونی و پلاسمایی را با تعریف وزارت بهداشتی ممکن می دانسته است که در استعلام حقوقی با تعریف وزارت هداری حذف گردیده است. (مستند شماره ۱۹ جلد سوم پرونده کیفری) مدیر کل دفتر وزارتی وقت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که اتفاقاً بعداً ریاست انتقال خون را بر عهده می گیرد و از اعضای شورای عالی انتقال خون بوده است نیز در نامه ای به ریاست دادگاه وقت تعطیلی خط تولید پالایشگاه را به رئیس جدید (محمد تقی خانی) نسبت می دهد (مستند شماره ۲۰ از جلد سوم پرونده کیفری) در حالیکه اسناد موجود در پرونده بروشنی نشان می دهد که اداره نظارت بر دارو دستور تعطیلی خط تولید فرآورده های انعقادی را صادر کرده است. این دستور تناقض اساسی با نظر اداره حقوقی وزارت بهداشت که

سازمان انتقال خون را ملزم به اخذ پروانه در رابطه با تولیدات خود نمی داند دارد (مستند شماره ۲۱ جلد سوم از پرونده کیفری). این سند از مهمترین اسناد پرونده کیفری است. مدیر کل آزمایشگاه های کنترل و تشخیص طبی این وزارت خانه در تاریخ ۱۳۷۴/۵/۵ با شماره ۴/۴۶۳۴/ک خطاب به آقای دکتر کلانتر معتمدی معاونت امور درمان و دارو وقت اظهار داشته است: محترماً در پاسخ نامه شماره ۱۸۲۸/د مورخ ۷۴/۴/۴ به استحضار می رساند تا این تاریخ واکسنها و فرآورده های بیولوژیک تولید داخل جهت کنترل کیفی به اداره ارسال نشده اند و مؤسسات تولید کننده از قبیل انستیتو پاستور و انستیتو رازی و سازمان انتقال خون کنترلهای کیفی لازم را روی فرآورده های تولید شده انجام داده و از طریق وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سطح مملکت توزیع می نماید. بدینوسیله خواهشمند است، دستور فرمائید، کلیه مؤسسات فوق الذکر ضمن اقدام جهت تهیه مدارک برای ثبت داروهای مذکور، اعمال نظارت های فعلی وزارت بهداشت نیز بر آنها جاری و تسری شود. (مستند شماره ۲۲ جلد سوم پرونده کیفری)

مسیر وقایع و اسناد موجود در پرونده که به ترتیب ارائه گردیده بخصوبی نشان دهنده جاری شدن این نظر قانونی وزارت بهداشت می باشد که در تناقض اساسی با ادعای مجاز بودن انتقال خون به تولید بدون پروانه است. (مستندات شماره ۲۳ خلاصه جلد سوم پرونده کیفری)

دکتر شیبانی مدیرکل اداره نظارت بر دارو در تاریخ ۷۴/۴/۶ ضمن تأیید نظر مدیر کل آزمایشگاه کنترل و تشخیص طبی دستور لازم را به سازمان انتقال خون، مؤسسه رازی و انستیتو پاستور جهت اقدام جهت پروانه و مجوز ساخت اعلام می نماید. قبل از این اقدام اداره کل دارو ضرورت قانونی اخذ

مجوز تولید فرآورده های خونی برای دکتر محمد فرهادی لنگرودی کاملاً مسجل بوده است و ایشان از یک سال قبل یعنی در تاریخ ۷۳/۵/۱۳ چند روز پس از افتتاح پالایشگاه رسماً از اداره دارو درخواست می نماید برای صدور پروانه ساخت فرآورده های دارویی از این مرکز بازدید به عمل آورند. (مستندات شماره ۲۴ جلد سوم پرونده کیفری) و در سال ۱۳۷۴ در نامه شماره ۱۰۴۲۲ مورخ ۱۳۷۴/۷/۲۹ دکتر فرهادی لنگرودی به همین موضوع تأکید و نکته مهمی را در نامه خود افشاء می نماید. ایشان می گوید: از آنجائیکه تاکنون فرآورده های بیولوژیکی وارداتی جهت انجام آزمایشات کنترل کیفی از طریق اداره کل آزمایشگاه های کنترل به این سازمان ارسال می گردید، چنین بنظر می رسید که اداره فوق فاقد امکانات کافی و لازم در این خصوص باشد. این اظهار نظر بروشنی مسئولیت سازمان انتقال خون را حتی در رابطه با فرآورده های وارداتی روشن می نماید. (مستند شماره ۲۵ جلد سوم پرونده کیفری)

خانم دکتر ملک الکتاب از کارشناسان اداره دارو در گزارشی که پس از ارسال نامه کانون هموفیلی از مرکز پژوهش و پالایش در مورخ ۷۶/۷/۱ بازدید کرده است، صراحتاً اعلام می نماید در حال حاضر سازمان انتقال خون روش ویروس زدایی را نداشته و در حال مذاکره و مکاتبه ۹ با کارخانجات معتبر و دارای تکنولوژی می باشند و بنظر می رسد این کار بغوریت امکان پذیر نمی باشد و در بخشی دیگر از گزارش مذکور ادامه می دهد:

بنظر کارشناسان بازدید کننده و با توجه به استانداردهای بین المللی و نظریه آزمایشگاه کنترل دارو توزیع فرآورده های خونی سازمان بدو ن انجام ویروس زدایی به صلاح نبوده و ایمنی لازم را دار نمی باشد. (مستندات شماره ۲۶ جلد سوم پرونده کیفری)

با مجموعه مستندات بالا پاسخ آقای دکتر خیر آبادی به نامه کانون هموفیلی معنی پیدا می کند وی در نامه شماره ۱۱۰۶ مورخ ۷۶/۶/۱۱ خود خطاب به کانون هموفیلی می گوید:

مسئله آلودگی عمومی ویروس در بیماران هموفیلی ایرانی که از فرآورده های ویروس زدایی نشده استفاده می نمایند نیست، سازمان انتقال خون ایران اگر روشهای ویروس زدایی را هنوز استفاده نمی نماید .. (مستند شماره ۲۷ جلد سوم پرونده کیفری). بازرسی مأمورین اداره آگاهی از مرکز پژوهش و پالایش منجر به کشف گزارش دکتر سلیمانلو به عنوان رئیس مرکز وقت در سال ۱۳۷۵ که با نهایت تأسف پرده از وضعیت غیر قابل قبول پالایشگاه برداشت ایشان در این گزارش نوشته است:

در آبان ماه ۱۳۷۴ نصب و راه اندازی واقعی تجهیزات انجام و نواقص ساختمانی و تجهیزاتی همچنان ادامه داشته که بعضی از این نواقص تأثیر گذار در خط تولید بودند. قبل آماده سازی اطلاق استریل یعنی وجود حشرات ریز، پشه، مگس، جیرجیرک و حیوانات بزرگتر مثل موش، رطیل، عقرب و .. که مدتی از وقت مفید تولید جهت سم پاشی و نابود سازی موجودات فوق صرف شد. (مستند شماره ۲۸ جلد سوم پرونده کیفری) این گزارش با حضور شاهی در دادگاه تکمیل می گردد وی که سید محمود هدایتی نام دارد و از کارمندان سابق سازمان انتقال خون ایران است در دادگاه شهادت می دهد. وی به عنوان سرپرست خدمات و تدارکات میگوید: در روزهای قبل از افتتاح پالایشگاه با

توجه به اینکه سراسر پالایشگاه را موش های عظیم الجثه و انواع حشرات پر کرده بودند تعداد ۴۰ الی ۵۰ عدد تله موش و مقداری پنیر خریداری و در محوطه داخلی پالایشگاه نصب گردد که با توجه به زیاد بودن موشا مؤثر واقع نگردید و قرار بر این شد که از سیستم صوتی استفاده گردد. وی در ادامه اظهارات خود ضمن تأیید گزارش دکتر سلیمانلو که صراحتاً راه اندازی پالایشگاه را به آبان ۷۴ نسبت می دهد و تأکید می نماید: همه می دانستند که افتتاح پالایشگاه دکوری بوده است. (مستندات شماره ۲۹ جلد سوم پرونده کیفری) دکتر فرهادی لنگرودی در دفاعیات خود اساساً اهدا یک دستگاه آون و ویروس زدایی توسط سازمان بهداشت جهانی را مستند وجود سیستم ویروس زدایی در سازمان اعلام کرده است و در هیچکدام از مدافعات خود نتوانسته است مدارکی دال بر خرید تکنولوژی ویروس زدایی ارائه دهد. وجود آون مذکور نه در گزارش های اداره دارو انکار شده است و نه مشاور علمی مرکز پژوهش و پالایش وجود آن را انکار کرده اند، آنچه که مورد انکار برخی از مطلعین و متهمین بوده است در اختیار نداشتن تکنولوژی ویروس زدایی بوده است. بر اساس ماده ۲ اساسنامه سازمان انتقال خون، تولید فرآورده های مختلف خونی (پلاسمایی و سلولی و مشابه آن) با تعریف و تعیین وزارت بهداشتی، از وظایف انتقال خون است و مسئول فنی مسئول حسن اجرای این ماده می باشد. از جمله وظایف مسئول فنی که بوسیله اداره دارو تعریف گردیده نظارت بر تهیه تاریخچه به نحوی که کلیه اطلاعات تولید و نتایج کنترل کیفی را داشته باشد، تحقیق و اثبات مطابقت اقدامات انجام گرفته برای اخذ پروانه ساخت، بوجود آوردن امکانات لازم برای بازرسی های دوره ای کارشناسان اداره کل نظارت بر امور دارو، نظارت بر تولید محصولات دارویی مشتمل بر فرمولاسیون

ساخت، کنترل بسته بندی و نگهداری را انجام دهد. (مستند شماره ۳۰ جلد سوم پرونده کیفری) ..
مرکز پژوهش و پالایش تا سال ۷۶ فاقد چنین مسئولیتی بوده و در تاریخ ۷۶/۵/۱۸ آقای دکتر
مطلبی اولین مسئول فنی مرکز پژوهش و پالایش است، سالها بدون نظارت بکار خود ادامه می داده
حساسترین فرآورده های خونی را تهیه و توزیع می نموده است. در سایه چنین عدم نظارتی فاجعه
بزرگ آلودگی بیماران مصرف کننده خون فرآورده های خونی به وقوع پیوسته است. (مستند شماره
۳۱ جلد سوم پرونده کیفری گواهی مسئولیت فنی آقای دکتر مطلبی)

قسمت دوم خلاصه پرونده کیفری

روند شکل گیری و انجام بازرسی توسط کارشناسان سازمان بازرسی کل کشور

و کارشناسی سازمان پزشکی قانونی در دو مرحله

آقای دکتر خیرآبادی در نامه ای به دکتر تقی خانی که تاریخ آن عیناً با تاریخ دستور تعطیلی
پالایشگاه بوسیله آقای دکتر شیبانی مدیر کل اداره نظارت بر دارو یعنی ۷۶/۷/۲۱ یکی است به عنوان
مسئول هیئت کارشناسی اعزامی به فرانسه جهت خرید پالایشگاه دست دوم فرانسوی، ضمن تلاش
جهت توضیح نکات مثبت این خرید ذکر می نماید:

بعلت ممنوعیت اعمال شده از سوی ارگانهای قانونی جهت تهیه محصولات پلاسمایی در کشور (بعلت
نداشتن تکنولوژی ویروس زدایی) ورود این محصولات از خارج کشور در حال حاضر با یک برآورد
ساده می توان گفت که حدود ۱۸ میلیون دلار جهت خرید ۳ نوع محصول از فاکتور ۸ و ۹
ایمونوگلوبولین از کشور ارز خارج می گردد و سوبسید بسیار زیادی را در داخل کشور مصرف می کند

این گزارش که بوسیله آقای دیدگاه و همچنین عباسعلی پاکباز مشاور علمی پالایشگاه امضاء گردیده است بار دیگر بر این حقیقت صحنه می گذارد که پالایشگاه خون فاقد تکنولوژی ویروس زدایی است و نامبرده متعاقب دستور تعطیلی خط تولید اقدام به نوشتن این نامه نموده است. (جلد ششم پرونده کیفری مستند شماره ۳۲). دکتر فرهادی لنگرودی در نامه ای به مدیریت بهداشت درمان سازمان بازرسی کل کشور، ضمن ارائه نقد اساسی خرید تجهیزات جدید از فرانسه اظهار نظر می نماید:

۱- تجهیزاتاتی که به عنوان ویروس زدایی مجوز گرفته و خریداری شده، لوازم دستگاههای دست دوم پالایشگاه تعطیل شده در فرانسه است.

۲- این تجهیزات علیرغم فروش با قیمت مناسب، خریدار دیگری نداشته اند؟!

۳- استفاده از این تجهیزات برای تولید مناسب مورد تأیید علمی نمی باشند و ...

توصیه های دیگر ایشان به بخشهای دیگر پرونده مربوط است که در جای خود قابل استناد است (جلد ششم کیفری مستند شماره ۳۳)، در مسیری رسیدگی قضایی پرونده، با اشتراک وکیل آقای فرهادی لنگرودی و خیرآبادی عملاً بر خلاف آغاز پرونده اظهارات هماهنگی به دادگاه ارائه گردیده که کمتر می تواند قابل استناد باشد. در جلد ششم پرونده کیفری صورتجلسه ای بتاريخ ۷۵/۶/۳۱ موجود است که شرکت کنندگان در آن آقای دکتر کلافت (مدیر تحقیقات بیوتست فارما) شرکت المانی تولید کننده فرآورده های انعقادی و آقایان ریاحی و ویلکیجی نمایندگان ایران شرکت مذکور و همچنین آقای دکتر سلیمانلو رئیس پالایشگاه وقت خانم دکتر رضوان، آقای نصیری و آقای پاکباز در آن شرکت داشته اند.

چارچوب های این نظر در این جلسه مشخص و شرکت بیوتست متعهد می گردد:

۳- ویروس زدایی محصولات تولیدی مرکز و بهینه سازی روشهای تولید و رفع دیگر مشکلات موجود

در خطر تولید پالایشگاه به انجام رساند. در ادامه صورتجلسه مذکور ضمن تصریح این نظر که

محصول فاکتور ۸ تولید شده توسط پالایشگاه خون یک فرآورده متوسط است از قول مسئولین

شرکت آلمانی بیوتست نگاشته شده است:

فعلاً نظر مشخصی نسبت به امکان اعمال حرارت جهت این منظور ندارند ولیکن روش ویروس زدایی

S/D بر روی محصولات خالص تر نتایج بدیهی و مشخص دارد.

این اظهار نظر که در راستای اظهارات قبلی مسئولین پالایشگاه مبنی بر مجهز نبودن پالایشگاه به

سیستم ویروس زدایی است. نیز از اسناد مهم محسوب می گردد. دکتر سلیمانلو در ادامه این جلسه

در بعد از ظهر همانروز اظهار می دارد الویت نیاز سازمان به ویروس زدایی فاکتور ۸ حد واسط تولید

مرکز است. و شرکت بیوتست برای انتقال هر دو نوع تکنولوژی اعلام آمادگی می نماید (جلد ششم

کیفری مستند شماره ۳۴).

آقای شادان ویلکیجی نماینده شرکت بیوتست در بازجویی خود به عنوان مطلع در تاریخ ۷۷/۲/۱۴ در

پاسخ به این سؤال که آیا شما در جریان خرید قبلی سازمان انتقال خون از آلمان در سال ۶۷

هستید؟ آن کارخانه چه نتایجی داشت؟ می گوید:

در جریان خرید نیستم و از آن اطلاعی نداشته ام ولی در جریان بازدید کارشناسان کمپانی بیوتست

از تأسیسات و ماشین آلات مرکز پژوهش و پالایش کارشناسان کمپانی بیوتست به نبود سیستم

ویروس زدایی در مورد فرآورده های فاکتور ۸ و ۹ اشاره کرده اند (مستند شماره ۳۵ جلد ششم پرونده کیفری)

مسئول دایره ویژه کشف جرائم اداره آگاهی در گزارش خود به تاریخ ۷۷/۲/۱۹ به ریاست شعبه ۳۷ سابق ضمن تصریح مجدد بر این نکته که پالایشگاه خون فاقد سیستم ویروس زدایی بوده است ضمن اشاره به مصوبه ترک تشریفات مناقصه مصوبه های لازم از طریق هیئت دولت که کلیه مدارک آن ضمیمه گزارش مذکور است، می نویسد:

جالب است ریاست محترم دادگاه در جریان باشند که پالایشگاه خون فاقد سیستم ویروس زدایی بوده و گزارشاتی که به دولت و شورای اقتصاد و .. منعکس شده جهت خرید سیستم ویروس زدایی بوده که مجوز ترک مناقصه و اختصاص بودجه برای آن نیز به همین منظور بوده است، اما بر اساس تحقیقات به عمل آمده و مدارک جمع آوری شده از آن مرکز مشخص شده است که دکتر خیرآبادی و هیئت همراه تجهیزات خط کامل تولید که در آن سیستم ویروس زدایی نیز بوده است را خریداری کرده اند.

ایشان در قسمتی دیگر از گزارش خود به نقل از دیترولف مدیر تحقیقات شرکت المانی بیوتست می نویسد:

این کارخانه فقط یک خط تولید است و دانش فنی همراه آن نمی باشد و برای ویروس زدایی شرکت خریدار می بایستی که دانش فنی ویروس زدایی را از کمپانی دیگر بگیرد.

اظهارات دیترو ولف کاملاً درست است. عقد قرارداد انتقال تکنولوژی با فارماسیا و پرداخت مجدد در این رابطه صحت گفتار وی را در سالهای بعد تأیید نموده است که بررسی پرونده در قسمت های دیگر مربوط است. (مستندات شماره ۳۶ جلد ششم پرونده کیفری)

خانم دکتر فیاض مقدم مسئول سابق کنترل کیفی سازمان انتقال خون نیز در اظهارات خود در حضور قاضی پرونده که بر روی نوار ضبط گردیده و بعد از پیاده شدن نوار به امضای ایشان رسیده است، می گوید:

سازمان انتقال خون می بایست از وزارت بهداشت درمان جدا باشد. آدمی مسئول آن باشد که ترسی از اینکه حیثیت خود را از دست بدهد، نداشته باشد مثلاً زمان آقای دکتر فرهادی دکتر مرندي (وزیر وقت) امضا نکردند. چون خرید از آمریکا است. خوب باید همان موقع آقای دکتر فرهادی می بایست اعلام می کرد من می خواهم بخرم ولی وزیر موافقت نکرد. این قضیه به اینجا نمی کشید ایشان از این نظر مقصر است. من جلوی رویشان می گویم. و یا در قسمتی دیگر درباره خرید پالایشگاه دست دوم می گوید:

این یک اشتباه محض بوده است، اینکه رفته اند پالایشگاه خریده اند، خود کارخانه، نه سیستم ویروس زدایی را آنهم بوسیله کسانی خریداری شد: یکی دکتر خیرآبادی که داروساز هستند و اصلاً اطلاعی از انتقال خون ندارند و آقای دیگری بنام دیدگاه که بعنوان مهندس آنجا رفته اند، این آقایان اصلاً زبان هم بلد نیستند (جلد ششم کیفری مستند ۳۷ دو صفحه)

آقای محمد دیدگاه از اعضای بخش مهندسی شرکت پژوهش و پالایش که نقش اساسی در خرید پالایشگاه دست دوم در فرانسه داشت در صفحه هشتم بازجویی های خود در اداره آگاهی به تاریخ ۷۷/۳/۱۶ اظهار داشته است:

البته خاطرم هست به حسب شکایاتی که شده بود در سال ۱۳۷۵ گروه بازرسی ویژه از سازمان بازرسی کل کشور جهت بررسی مسائل به پالایشگاه آمدند و با مسئولین مختلف صحبت کردند و در گزارشی که تهیه شده بود به نبودن سیستم ویروس زدایی شده داشتند، و به لحاظ اینکه این گزارش به وزارت متبوع منعکس شده بود وزارت خانه تأکید زیادی بر خرید سریع تکنولوژی و ملحقات آن سازمان ابلاغ کرد.

لازم به ذکر است که نامبرده در زمره امضا کنندگان نامه شورای تولید به دکتر فرهادی لنگرودی رئیس وقت سازمان و هشدار در رابطه با مجهز نبودن پالایشگاه به سیستم ویروس زدایی بوده است. (مستند ۳۸ جلد ششم پرونده کیفری).

بازرسی قضایی و مسئول پیگیری معاونت فرهنگی و اجتماعی سازمان بازرسی کل کشور حسب درخواست رئیس شعبه ۱۴۱۳ بتاريخ ۸۰/۷/۱۴ کلیه پی گیری های سازمان بازرسی کل کشور را جهت اطلاع دادگاه ارسال می دارد.

در جلد نهم پرونده کیفری در نامه ای که به امضاء دکتر هاشم احتشامی کارشناس و فرد دیگری محمدرضا دلاوری به عنوان بازرسی قضایی نگاشته شده. به مدیر محترم و اداره بازرسی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان بازرسی آمده است:

با توجه به مرقومه حضرتعالی درخصوص ارجاع مجدد ابلاغ بازرسی به شماره ۱۶۳۶۷/ج مورخ ۷۶/۱۰/۳ در پرونده کلاسه ۷۶۷۴/ب/۱ و پرونده های موردی ۸۳۴۷/ب/۱ و ۱۰۰۴۹/ب/۱۰۰۰۱ مسئولین سازمان انتقال خون نه تنها هیچگونه همکاری با سازمان نداشته اند (مراجعات) بصورت انفرادی و در مواردی به اتفاق سایر همکاران و حتی خود جنابعالی به سازمان انتقال خون جوابی نگرفتیم.

پس از پیگیری های معمول در فوق و اصرار بر وظیفه همکاری صادقانه و مسئولانه آن دستگاه هیئت بازرسی و ارسال پاسخهای درخواستی در پرونده های معوقه و پیرو تماس مکرر اعضای هیئت با مسئولین آن سازمان و بخصوص تماسهای حضرتعالی با ریاست آن دستگاه همچنان سعی در توقف روند بازرسی و اطاله زمان بازرسی نموده بگونه ای که پس از یادآوری مجدد و شفاف نمودن موارد درخواستی از سوی سازمان بازرسی کل کشور موضوع نامه های به شماره های ۱۵۴۰۸/ج مورخ ۷۷/۶/۸ و ثابت و مسلم می گردد که این نحوه عملکرد از سوی عوامل تحت امر آقای دکتر تقی خانی مبنی بر عدم همکاری و عدم دادن اطلاعات و مدارک و اسناد درخواستی سازمان با هماهنگی مشارالیه و از روی علم و آگاهی بصورت تعمدی صورت پذیرفته است. بنابراین با التفات به مراتب فوق شرایط حصول اعمال مواد ۸ و ۹ قانون تشکیل سازمان بازرسی کل کشور مبنی بر تعلیق آقای دکتر تقی خانی و معرفی وی به دادگستری به اتهام خوددای از همکاری و دادن اطلاعات به سازمان بازرسی کل کشور حاصل است. خواهشمند است اقدام قانونی در جهت تعلیق نامبرده و معرفی به دادگستری در ارتباط با اتهام انتسابی با کسب اجازه از ریاست محترم سازمان بازرسی کل کشور وفق

ماده ۳۳ آیین نامه اجرایی قانون تشکیل سازمان بازرسی کل کشور به عمل آید. (مستند ۳۹ جلد نهم پرونده کیفری)

افزایش فشار سازمان بازرسی کل کشور بر مسئولین سازمان انتقال خون عملاً درب های این سازمان را بر روی بازرسین سازمان بازرسی کل کشور گشود که کلیه اسناد بدست آمده و اظهارات مجهز نبودن پالایشگاه به سیستم ویروس زدایی تأیید نمود.

دکتر مطلبی در تاریخ ۷۸/۱/۲۱ در حالیکه رسماً از سال ۱۳۷۶ مسئولیت فنی شرکت پژوهش و پالایش را بر عهده داشته است در اظهارات خود به دکتر احتشام زاده بازرس سازمان بازرسی می نویسد:

ما از سیستم ویروس زدایی حرارتی استفاده می کردیم که متأسفانه بدلیل حرارت و ناپایداری فرآورده ها ضایعات محصول زیاد بود که تصمیم گرفته شد که از روش جدید سالور دترجنت جهت ویروس زدایی استفاده شود. وی همچنین در قسمتی دیگر از گزارش می گوید:

تمام فرآورده های خونی در اینجا بنحوی استریل و ویروس زدایی می شوند در اینجا یکی از روش های ویروس زدایی پاستوریزاسیون می باشد که سایر فرآورده های خونی را از این طریق ویروس زدایی می نماییم و تمام ویروسها از جمله HIV از بین می روند اما در مورد فاکتورهای انعقادی هم میتوانیم پاستوریزاسیون نماییم زیرا پروتئین ناپایدار داریم. (مستند شماره ۴۰ جلد نهم پرونده کیفری)

دکتر فرهادی لنگرودی بارها در جلسات دادگاه به این روش به عنوان روش ویروس زدایی فرآورده اشاره نموده است که جای تأمل دارد.

مسعود سعیدی مشاور حقوقی سازمان انتقال خون و وکیلان سازمان در لایحه ای که در اولین جلسه رسیدگی در مورخه ۷۷/۳/۱۹ به دادگاه تقدیم نموده است ضمن تأیید صریح مجهز نبودن پالایشگاه به سیستم ویروس زدایی با اشاره به نامه شورای تولید به مدیر عامل وقت انتقال خون دکتر فرهادی لنگرودی می نویسد:

در مورد عدم الصاق برچسب یا عبارت عدم ویروس زدایی روی شیشه های فرآورده های خونی تولیدی سازمان انتقال خون هیچگونه الزام قانونی حسب ضوابط و مقررات مصوب در این خصوص وجود نداشته است، و مراجع به آن قسمت از مطالب عنوان شده در حین رسیدگی مقدماتی مبنی بر تصویب الصاق برچسب از طرف شورای تولید سازمان ملی صورتجلسه این امر صرفاً جهت استحضار مدیرعامل وقت سازمان صورت گرفته بود و از نظر اقدامات مربوط به تهیه فرآورده های خونی سازمان الزام آور نبوده است (مستند شماره ۴۱ جلد نهم پرونده کیفری).

مطالعه مجدد نامه شورای تولید و اظهار صریح کارشناسان مبنی بر اینکه عملاً امکان ویروس زدایی فرآورده های تولیدی میسر نبوده و همچنین اظهارات تکمیلی آقای دکتر مطلبی که در مستند ۴۰ ارائه گردیده بخوبی مجهز نبودن پالایشگاه را به سیستم ویروس زدایی روشن می نماید.

آقای امینی مدیر گروه بازرسی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سازمان بازرسی کل کشور بعد از نامه کارشناسان این سازمان مبنی بر وجود مقاومت های اساسی در سازمان انتقال خون جهت

انجام امور بازرسی طی نامه شماره ۶/۱۶۵۱ مورخ ۱۳۷۸/۸/۲۲ به وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی وقت، دکتر محمد فرهادی، ضمن تصریح مستقیم بر نقش سازمان انتقال خون در واردات فرآورده خونی طی سالهای ۶۰ الی ۷۰ و عدم انجام ویروس زدایی در ساخت فاکتورهای انعقادی سازمان انتقال خون، نسبت به تکرار مطالب کذب و پراکنده گویی مسئولین انتقال خون ضمن تکذیب همکاری انتقال خون و اداره نظارت بر دارو می نویسد:

هیچگونه سابقه ای در قبل از سال ۷۱ در اداره کل نظارت بر دارو و واحد فنی آن اداره موجود نبوده و همانطور که در مستندات ارسالی سازمان انتقال خون آمده است آن سازمان بعد از سال ۷۱ جهت اقدام تولید مجوزهای موقت ساخت دریافت نموده و تاکنون نتوانسته است شرایط لازم را جهت دریافت پروانه های ساخت بدست آورد. در واقع اقلام تولیدی آن سازمان اینک فاقد پروانه تولید می باشد.

ایشان همچنین در رابطه با القاء روش استریلیزاسیون در مباحث بجای ویروس زدایی ضمن تأکید بر جدا بودن این دو بحث با یکدیگر آن را کاربری ناقص معانی کلمات اعلام کرده و دستور تعطیلی خط تولید را بتاريخ ۷۷/۷/۲۱ توسط مدیرکل اداره نظارت بر دارو را تأیید مجهز نبودن پالایگاه به سیستم ویروس زدایی دانسته است. (مستند ۴۲، جلد نهم پرونده کیفری).

نامه مدیرکل اداره نظارت بر دارو آقای دکتر شیبانی به سازمان انتقال خون مبنی بر موافقت موقت با تولید ۷ قلم فرآورده های خونی و درخواست مدارک برای صدور پروانه نظر سازمان بازرسی کل کشور

را تأیید می نماید. متأسفانه برای هیچکدام از موارد هنوز پروانه ای صادر نگردیده است. (مستند ۴۳ جلد نهم پرونده کیفری).

سازمان بازرسی کل کشور بالاخره پس از تحمل زحمات بسیار و شکستن مقاومت های موجود در سازمان انتقال خون موفق گردید گزارشی در ۲۱ صفحه توسط دکتر هاشم احتشامی بازرس و کارشناس و محمدرضا دلاوری بازرسی قضایی از عملکرد سازمان انتقال خون تهیه نماید. که با تأیید سرپرست واحد بازرسی آقای امینی جهت معاونت فرهنگی و اجتماعی ارسال گردید. بنا به درخواست رئیس وقت شعبه ۱۴۱۳ در تاریخ ۸۰/۹/۱۷ توسط بازرسی قضایی معاونت فرهنگی و اجتماعی در اختیار دادگاه قرار گرفت:

در صفحه ۸ این گزارش ضمن اشاره با مصاحبه با مسئول فنی شرکت پالایش و پژوهش آمده است: مشکل اساسی در اخذ پروانه تولید از سوی وزارت بهداشت درمان عدم انجام ویروس زدایی در ساخت فاکتورهای انعقادی بوده است ... در توصیه تولید فرآورده های انعقادی تنها به یک نکته بارز می رسیم که آن توجیه اقتصادی بوده است که موجب نادیده انگاشتن زمینه های علمی موضوع شده است که مورد قبول نمی باشد (مستند شماره ۴۴، ۲۱ صفحه گزارش سازمان بازرسی جلد نهم پرونده).

گزارش مذکور که سیمای کاملی از وضعیت غیر قابل انتقال خون و شرکت پژوهش و پالایش را به نمایش می گذارد با مستندات کافی ضعف های موجود را روشن می نماید و بدرستی ضمن رد ادعای انتقال خون مبنی بر استقلال در تولید !!؟ این سازمان را نیز موظف به رعایت قوانین تولید دارو

دانسته و نداشتن پروانه برای محصولات را تخلف می داند. در این گزارش ضمن اعلام، معدوم شدن ۴۳۴۱ ویال فاکتور ۸ و تعداد ۶۷۵۶ ویال فاکتور ۹ و جمع آوری ۴۳۰۰ ویال فاکتور ۹ و ۴۳۰۰ ویال فاکتور ۸ خسارت های سنگین به بیت المال را مطرح نموده و بررسی موضوع به دادگاه واگذار می نماید. این گزارش از اهمیت بسیار بالایی برخوردار بوده و در قسمتهای دیگر پرونده کیفری نیز قابل استناد است. این گزارش در خصوص پرونده ۷۶۷۴/ب/۱ مورخ ۷۶/۱۰/۸ تهیه گردیده بود و به اظهار مشاور حقوقی سازمان انتقال خون با شماره ۲۰۹۲ در تاریخ ۷۸/۶/۲۲ منتشر گردید، شاید به جرأت بتوان گفت اظهار نظر مشاور حقوقی سازمان انتقال خون در صفحه ۱۵ این گزارش مبنی بر اینکه ویروس زدایی از وظایف آن سازمان نبوده زیرا بطور شفاف نسبت به انجام آن در اساسنامه تصریح نشده است و آن سازمان مسئولیتی در این زمینه ندارد که این سند نیز بسیار قابل تعمیق می باشد. سازمان بازرسی کل کشور ۴۲ روز پس از تهیه گزارشی تحت عنوان گزارش تکمیلی در نامه ای خطاب به وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی وقت بصورت محرمانه ارائه نموده این گزارش جدید با فشار کارکنان سازمان انتقال خون و نامه های ارسالی به مسئولین انجام پذیرفت علت تهیه این گزارش اطلاعیه های صادره توسط کارکنان سازمان انتقال خون بود. گزارش مذکور که فاقد ویژگی های گزارش های معمول سازمان بازرسی و فاقد مستندات ضمیمه می باشد در محورهای زیر تنظیم گردید:

- ۱ - نقش کانون هموفیلی ایران در شکایت مذکور و تأکید بر محور بودن کانون مذکور در وارد نمودن اتهامات به انتقال خون و تشویش اذهان عمومی، گزارش مذکور عملاً در برابر گزارش اول این

سازمان که با مستندات کافی مجهز نبودن پالایشگاه را به سیستم ویروس زدایی اثبات می نماید ساکت است.

۲- سازمان انتقال خون یک سازمان ملی است که وجود آن بسیار مثرم فایده برای کشور و استقلال کشور بوده است که عملاً از جانب شکات نیز این امر انکار نگردیده است.

۳- خدمات سازمان انتقال خون در چارچوب شبه گزارش روابط عمومی انتقال خون ارائه گردیده است.

۴- خرید پالایشگاه جدید به شدت مورد سؤال واقع گردیده و از اینکه مجموعه ای از دستگاههای مستعمل خریداری و اینکه خرید تکنولوژی ویروس زدایی S/D در آن پیش بینی نگردیده اظهار تأسف گردیده و جابجایی آقای دکتر خیرآبادی را نوعی فرار از حل کردن مشکل بوجود آمده تلقی نموده است.

۵- مسئولین وزارت بهداشت تشویق گردیده اند که تخلفات و ابهاماتی را که در خرید دستگاه های مستعمل وجود دارد پی گیری نمایند و تولید در پالایشگاه تداوم یابد این گزارش که بیشتر به اطلاعیه و جوابیه های روزنامه ای شباهت دارد عملاً نمی تواند گزارش تکمیلی گزارش اول محسوب گردد و فاقد مستندات قضایی است بنظر می آید در پاسخ به فشار اعتراضات کارمندان انتقال خون نسبت به محاکمه مسئولین این سازمان، چنین گزارشی تهیه گردیده است. آقای دکتر رمضانعلی شریفیان رئیس بخش خون و هموفیلی بیمارستان امام خمینی (ره) که از

متخصصان اصلی هموفیلی کشور هستند در اظهار نظر کارشناسی که به دادگاه ارائه می نماید

ضمن تأکید بر موضوع عارضه هپاتیت C به عنوان بیماری شایع اظهار می دارد:

ج - سازمان انتقال خون بنابر نیاز شدید کشور در شرایط محدودیت ارزی و محاصره اقتصادی ناچار

به تولید این مواد انعقادی شده اند و نفع شخصی و حتی سازمانی در کار نبوده است.

د - در انتقال آلودگی توسط فاکتورهای انعقادی، قصد یا عمد در کار نبوده است.

هـ - حداکثر تصویری که می توان داشت تأخیر در راه اندازی سیستم ویروس زدایی است که باید

ریشه های آن بررسی گردد (مستند شماره ۴۵ جلد نهم پرونده کیفری).

سازمان پزشکی قانونی پس از قرار دادگاه و ضرورت کارشناسی از طرف این سازمان ضمن معرفی ۴

کارشناس خود و پس از مطالعه پرونده نظریه خود را در رابطه با ادعای بیماران و ادعاهای سازمان

انتقال خون را به دادگاه اعلام نمود. در این نظریه بدون ارائه مستندات، پالایشگاه را مجهز به سیستم

ویروس زدایی اعلام و دلیل تعطیلی خط تولید به علت اضافه کردن یک سیستم دیگر ویروس زدایی

دانسته است. این گزارش ادعای بیماران مبتلا به ایدز را از طریق فرآورده های خونی وارداتی با توجه

به سیر بیماری و مراحل ظهور آن را وارد دانسته و اعلام نموده است که مسئولین بهداشت درمان

مرتکب بی مبالاتی و اهمال گردیده اند (مستند شماره ۴۶ جلد نهم پرونده کیفری).

اظهار نظر سازمان پزشکی قانونی بدون ارائه مستندات، مبنی بر مجهز بودن پالایشگاه به سیستم

ویروس زدایی موجب اعتراض وکلای شکات گردید و با توجه به اینکه محور این استدلال مورد قبول

دادگاه بود از کارشناسان پزشکی قانونی مجدداً خواسته شد که جهت ارائه مستندات گزارش خود از

پرونده مجدداً بررسی لازم را انجام دهند. کارشناسان پزشکی قانونی از بررسی مجدد پالایشگاه خون تهران را فاقد توانایی جهت ویروس زدایی در رابطه با هیپاتیت C اعلام نمودند. این نظریه پزشکی قانونی در جهت اثبات ادعای بیماران بود و با توجه به موقعیت قانونی این کارشناسی از اسناد محوری در صدور رأی بدوی کیفری قرار گرفته است، شکات و وکلای آنان باز هم نظر پزشکی قانونی را در رابطه با راه اندازی آون و ویروس زدایی دقیق نمی دانند. آنان بر این نظر هستند که ویروس زدایی یک قسمت آن تجهیزات و قسمت اصلی آن تکنولوژی است که بارها مسئولین اصلی اداره پالایشگاه اعلام نموده اند که فرآورده های تولیدی را به علت نداشتن تکنولوژی نمی توانسته اند و ویروس زدایی نمایند. (مستند شماره ۴۷ جلد نهم پرونده کیفری).

پایان قسمت دوم خلاصه پرونده کیفری

قسمت سوم خلاصه پرونده کیفری

استخراج شده از صورتجلسات دادگاه کیفری

در جلد پنجم پرونده کیفری آقای دکتر مرتضی خیر آبادی در پاسخ به سؤال رئیس دادگاه در تاریخ ۷۷/۱۱/۲۹ می گوید: در زمان تصدی شما در مرکز پالایش میکروب زدایی نمی شده با این حال به گیرندگان آن داده شده چه توضیحی دارید:

وی می نویسد: اگر عمل ویروس زدایی انجام نمی شده ولی پلاسمای همه دهندگان در شرایط تولید و بعد از تولید توسط بهترین کیت های تشخیصی مورد در آزمایش قرار می گرفته و ..

چنانچه از نوشتار بالا نیز روشن است ادعاهای بیماران توسط ایشان مجدداً در دادگاه نیز تأیید می گردد. وی در سؤال دیگر که از ایشان پرسیده شده:

درخصوص عدم ویروس زدایی محصولات تولیدی سازمان انتقال خون در زمانی که مسئولیت داشتید آیا مسئولین وزارت بهداشت را در جریان قرار دادید؟ می گوید: چند تن از مسئولین وزارت بهداشت عضو شورای عالی سازمان انتقال خون بوده و هستند و حتماً در جریان امور سازمان بوده اند و از طرف دیگر با توجه به ارائه مشکلات به وزارت بهداشت منتقل کرده اند (مستند شماره ۴۸ جلد پنجم پرونده کیفری).

دکتر احمد شیبانی در اظهارات خود در تاریخ ۷۷/۱۱/۲۷ در دادگاه در تشریح وضعیت انتقال خون پس از توضیحاتی درباره وظایف محول شده به سازمان انتقال خون بر اساس اساسنامه آن تصریح می نماید:

در اجرای بند ۶ ماده ۱۲ اساسنامه سازمان که می گوید تولید فرآورده های مختلف خونی و مشابه با تعریف و تعیین وزارت بهداشت، از وظایف سازمان انتقال خون است. وظیفه رویه دستور مقامات وقت این تعریف و تبیین به عهده اداره نظارت بر امور دارو و کمیسیون قانونی ساخت و ورود که ریاست آن بعهدہ معاونت دارویی وقت بوده می باشد.

وی در ادامه اظهارات خود در صفحه ۶ می نویسد:

موضوع ویروس زدایی در سالهای اخیر در کشور ما و کشورهای مشابه مطرح شده و رسماً در شهریور ۷۶ از سوی کارشناسان سازمان بهداشت جهانی که بیماران امده بودند در جلسه ای با حضور معاونت

دارو و مسئولین تولید فرآورده های بیولوژیک مطرح و مقرر شده رد تولید فرآورده های خونی مورد نظر قرار گیرد. وزارت بهداشت هم اقدام لازم را بنماید که در هر زمان با اطلاع از این موضوع دستور توقف سازمان انتقال خون توسط اداره کل دارو و کتباً صادر گردید که در سوابق موجود است.

آقای دکتر شیبانی در صفحه ۴ اظهارات همانروز خود در دادگاه به نکته مهمی اشاره می نماید که بارها توسط مسئولین انتقال خون خود انکار گردیده است وی می گوید:

در اینجا قابل ذکر است پس از تشکیل سازمان انتقال خون فرآورده های خونی وارداتی نیز بعلت امکان و به لحاظ قانونی توسط سازمان انتقال خون مورد آزمایشات ایمنی قرار می گرفته اند.

دکتر فهادی لنگرودی نیز در یکی از اسناد بخش های پیشین به روشنی این موضوع را اعلام نموده است (مستند شماره ۴۹ جلد پنجم پرونده کیفری)

دکتر فهادی لنگرودی در اظهارات خود بتاريخ ۷۷/۱۱/۲۷ در دادگاه به عنوان متهم در پاسخ به

سؤال: می دانستید که عدم ویروس زدایی در مرکز پالایش خطرانی برای گیرندگان آن دارد یا خیر؟

در پاسخ مبهمی می گوید: کلاً مصرف خون و فرآورده های خونی همراه با عوارض مختلف همراه می باشد و به طور خاص بستگی به ویروس یا میکروب زدایی صرف ندارد. بلی همواره حتی با میکروب و

ویروس زدایی نیز مصرف خون و فرآورده های آن خطرانی را به همراه دارد.

و در ادامه اظهارات خود در پاسخ به سؤال: مشکل سازمان انتقال خون و عدم ویروس زدایی مناسب

محصولات چه بوده است؟ می نویسد: بخاطر نداشتن وسایل و امکانات از نظر روش (S/D) و

همچنین روش لازم یا به عبارتی تکنیک کار در روش حرارتی نیز کاهش کیفیت ماده مؤثر و

فیبرینوژن زدایی برخی از محصولات مشکلات کار بوده است. ولی نکته اصلی این است که همراه پالایشگاه جدید تکنولوژی تولید تهیه با کیفیت بالا و ویروس زدایی همراه نبوده که به علت عدم بودجه کافی، عدم اجاره توسط صاحبان آن می باشد. این اظهارات که اساساً با اظهار شاکیان مبنی بر اینکه سازمان انتقال خون فاقد تکنولوژی ویروس زدایی بوده است. انطباق اساسی دارد و بخوبی نشان می دهد که وجود یکدستگاه آون حرارتی نمی تواند به عنوان تجهیزات ویروس زدایی و تکنولوژی آن تلقی گردد (مستند شماره ۵۰ جلد پنجم پرونده کیفری).

آقای دکتر سلیمانلو رئیس سابق مرکز پژوهش و پالایش در رابطه اینکه چه روشهای ویروس زدایی در سازمان انتقال خون بکارگرفته می شده است. پس از توضیحاتی در باره پاستوریزاسیون می گوید: روش دیگر آون های حرارتی جهت H T بود که متأسفانه بعلت عدم دسترسی به تکنولوژی تولید جهت خالص سازی فاکتورهای ۸ و ۹ که از سال ۱۳۷۴ تا سال ۱۳۷۶ تهیه و مورد مصرف قرار می گرفت که با توجه به مشکل فوق مراتب را به بالاترین مقام سازمان ابلاغ و ایشان نیز دستور لازم را در سال ۷۵ جهت خرید تکنولوژی صادر کردند.

آقای دکتر سلیمانلو در قسمت بعدی اظهارات خود در رابطه با صورتجلسه های شورای تولید مورخ ۷۵/۷/۱۴، ۷۵/۸/۱۳ که اسناد مهم پرونده و از طرف ایشان به مدیر عامل وقت سازمان انتقال خون اعلام شده است، می گوید:

همانطور که در سؤال آمده است این پیشنهاد از سوی شورای تولید همراه صورتجلسه جهت استحضار مدیر عامل محترم سازمان ارسال و برابر گردش کار اداری موضوع پیشنهادی با شورای عالی

می بایست مطرح می شد، یا اینکه مدیر عامل محترم آن دستور لازم در رابطه با صورتجلسه فوق صادر می کردند.

تأیید صورتجلسه مذکور در سال ۷۷ آن هم در دادگاه اهمیت ویژه را در جای خود دارد. متن این صورتجلسه در مستندات قبلی ارائه گردیده است (مستند شماره ۵۱ جلد ۵ پرونده کیفری). آقای دکتر میلانی نیا در برگ اظهارات خود در دادگاه اظهارات مهمی را مطرح نموده که قابل توجه است. وی ضمن توضیح دقیق اینکه نکته ویروس زدایی اساس آن انتقال تکنولوژی است توضیح می دهد:

کارخانه سایش احتمالاً سال ۶۹، ۷۰، ۷۱ دانش فنی را خرید و اجازه انتقال نداشت. خواهش شد که بر اساس دانش فنی که دارند در ساخت پالایشگاه استفاده کنند تا اجازه انتقال دانش فنی را پیدا کنند. بعد از آن اوایل سال ۷۱ اجازه انتقال دانش فنی را پیدا کردند که در آخرین روزها به اینجانب اطلاع دادند ولی مجوز می بایستی بصورت لیسانس از انتقال خون آمریکا خریداری می شد که گفتند حدود ۲۰/۰۰۰ دلار است که تمام مطالب به جناب آقای دکتر فرهادی مدیر عامل جدید سازمان منتقل شد. (مستند شماره ۵۲ جلد پنجم پرونده کیفری).

آقای دکتر فرهادی لنگرودی در بازجویی ۷۹/۱۲/۲۹ در پاسخ به سؤال دادگاه مبنی بر اینکه اگر پالایشگاه مجهز بود پس چرا تعطیل شد می گوید:

اعلام تعطیلی پالایشگاه بدون استناد به مجوز کمیسیون ماده ۲۰ قانونی مربوط به مقررات دارویی بوده است و صرفاً به استناد دستور مدیر کل اداره سازمان انتقال خون انجام شده است. حتی در

سازمان نیز مصوب شورایی را نداشته است ولی در واقع به علت وجود احتمالات حاصل در طرح شکایت و جراید زنجیره ای صورت پذیرفته است. (مستند شماره ۵۳ جلد پنجم پرونده کیفری). نامه رئیس دادگاه وقت آقای فرخزادی به تاریخ ۱۳۷۷/۳/۲۷ به وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی که حاوی سئوالات اساسی از وزارت مذکور است انعکاس از مجموعه تحقیقات انجام شده توسط اداره آگاهی بازپرسی های دادگاه است. پرسش های ایشان به شرح زیر بوده است.

احتراماً با توجه به پرونده کلاسه ۳۵۰/۷۶، مطروحه در این دادگاه، خواهشمند است با قید فوریت استعلام دستور فرمائید با بررسی سوابق استعلامات ذیل با پاسخ روشن و مستدل جهت بهره برداری به این دادگاه منعکس گردد.

۱ - سازمان انتقال خون از چه سالی مبادرت به تهیه و تولید فاکتور های ۸ و ۹ می نموده است؟

۲ - با توجه به اینکه جهت تولید کلیه داروهای ساخت کشوری بایستی پروانه ساخت از آن وزارت

خانه دریافت گردد: اولاً آيا سازمان انتقال خون جهت تولید فاکتورهای ۸ و ۹ پروانه تولید محصول

اخذ نموده است یا خیر؟

۳ - علت توقف فاکتورهای فوق اشاره چه بوده است و در چه مقطع زمانی تصمیم به قطع تولید

گرفته شده و با توجه به نامه شماره ۱۵۷/۱۰۵۲/ک - ۷۶/۷/۲۱ مدیر کل نظارت بر امور دارویی

غذائی و بهداشتی آن وزارت خانه که تصویر آن جهت سهولت دسترسی ارسال می گردد اعلام

نمائید از چه مقطع زمانی می بایستی فاکتورهای ۸ و ۹ ویروس زدائی می گردیده. این موضوع بر

اساس چه دلایلی منتج به تصمیم گیری شده، چنانچه امر ویروس زدایی لازمه تولید فاکتورهای

مذکور بوده علت عدم جلوگیری از فعالیت در امر تولید فاکتورهای موصوف قبل از ۷۶/۷/۲۱ چه می باشد و به چه علت از آن جلوگیری نشده است.

۴ - درخصوص ورود فاکتورها ۸ و ۹ از شرکتهای خارجی (پاستور مریو، ایمونو اطریش، اسکلاو و ایتالیا و ...) از سال ۱۳۶۳ تاکنون، توضیح دهید آیا این فاکتورها آلوده به HCV، HIV، HBS و ... بوده است یا خیر؟ (مستند شماره ۵۴ جلد دوازدهم).

آقای دکتر فرهادی لنگرودی متهم ردیف اول پرونده در اولین جلسه رسیدگی به تاریخ ۷۸/۳/۱۹ در دفاع از خود اظهار می دارد:

اصل قضیه این است با توجه به اینکه تولید از ابدای تأسیس از سال ۵۸ وجود دارد. چه مدرکی هست که سال ۷۳ وظیفه بر عهده پالایشگاه قرار گرفته و فاکتورهای آلوده تولید کرده است. اظهار نظر دکتر فرهادی در عین حال که دفاع از خود ایشان است، اما یک حقیقت را آشکار می نماید که عملاً از سالهای قبل این مشکل جاری بوده است. اما نکته ای که گفته نشده است این است که در آغاز با توجه به عدم کشف روش های ویروس زدایی مشکل طبیعی اما در مقطع تاریخی مسئولیت ایشان روش های ویروس زدایی شناخته شده و رایج بوده است.

وی در قسمت دیگری از اظهارات خود که خشم حاضران در دادگاه بخصوص مادران و همسران بیماران هموفیلی و تالاسمی را برانگیخت، گفته اند: باید قبل از تزریق از آنها آزمایش گرفته می شده است. چون بیماری هپاتیت تنها از طریق آلودگی خون نیست و راه های دیگری است بنابراین باید

آزمایش می کرده اند، آزمایش ملکولی، در کدامیک از این موارد آزمایش شده است؟ (مستند شماره ۵۵).

وی در جلسه دوم رسیدگی علنی پرونده در تاریخ ۷۸/۴/۸ از سخنان خود در جلسه قبل که موجب رنجش مادران و همسران بیماران گردیده بود عذر خواهی نمود. (مستند شماره ۵۶ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

ایشان در همین جلسه در پاسخ به سؤال رئیس دادگاه تحت عنوان با اینکه در این چند سال با توجه به محتویات پرونده و اظهارات خودتان و شکات چند مورد کارشناسان آنجا را دیده اند؟ چطور شد بعد از سال ۷۶ مورد خلاف دیده شد؟ ایشان جواب داده اند که از سال ۷۶ اقداماتی در مورد شرکتهای شدن پالایشگاه صورت گرفت و این بعد از زمان تصدی من بوده است. رئیس دادگاه وقت در پیگیری سؤال خود مجدداً می پرسند: چرا در آن موقع اعلام نشد که ویروس زدایی نمی شود؟

ایشان می گوید: در زمان بنده کارشناسان بازدید می کردند و توضیح می خواستند و توضیح داده می شد و بحث نیز بحث فنی است و کارشناسی می باشد که باید بحث شود.

ایشان در ادامه جلسه مذکور در پاسخ به سؤال رئیس دادگاه و وکیل شکات مبنی بر وجود شواهد و قرائن و مستندات پرونده مبنی بر مجهز نبودن پالایشگاه به سیستم ویروس زدایی و از جمله اقدام آقای دکتر احمد شیبانی مدیر کل اداره نظارت بر دارو مبنی بر تعطیلی پالایشگاه می گویند:

ایشان بر اساس نظر کارشناسان خود اعلام نموده اند تا زمان اصلاح ویروس زدایی خط تولید تعطیل گردد (مستند شماره ۵۷ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

آقای دکتر احمد شیبانی در جلسه دادگاه مورخ ۷۸/۴/۸ اظهار می دارند:

هر کس که دارو تولید می کند باید دارای پروانه و سازنده آن موظف است آن چیزهایی را که در پروانه به او داده تولید کند و تمامی آن با نظر مسئول فنی هماهنگ و کنترل می گردد (مستند شماره ۵۸ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

ایشان در ادامه اظهار ایشان در همین جلسه مطرح نمودند:

طبق درخواست انتقال خون پالایشگاهی که داریم (می خواهیم) به صورت یک شرکت باشد و وابسته به سازمان باشد و باید پروانه بگیرند که مطرح شد و معاونت پس از ارجاع به کمیسیون قانونی ماده ۲۰ که در آن کمیسیون تأیید شد که این شرکت انجام وظیفه می نماید و مسئول فنی تعیین شد و اداره کل دارو به سازمان انتقال خون اعلام نمود که می بایست پروانه دریافت نمایند. پس از قانع شدن کارشناسان پروانه صادر شود که بنده اطلاعی ندارم پروانه صادر شد یا خیر؟ درمورد تعطیلی چون کارشناس حالا به هر دلیلی (اعلام کرد) دستگاه هنوز نصب نشده و غیره بنده هم دستور تعطیلی را صادر نمودم. (مستند شماره ۵۹ جلد دوازدهم پرونده کیفری)

ایشان در ادامه اظهارات خود در دادگاه در رابطه با علت تأخیر در تعطیلی می گوید:

در شهریور ۷۶ با حضور کارشناسان بهداشت جهانی جلسه ای بود و بحثهای زیادی شد بخصوص مسئله ویروس زدایی که مطرح شد. فرآورده های بیولوژیک چنانچه نظارت نمی شد از این به بعد

باید نظارت شود و دستور دکتر لاریجانی مبنی بر نظارت فرآورده های بیولوژیک بوده و این مورد مدت کوتاهی ادامه پیدا کرد و بازرسان بعد از کارشناسی و مراجعه و اعلام عدم ویروس زدایی ایشان در پاسخ رئیس دادگاه که مطالب مطرح شده را خود ایشان قابل توجیه می دانند یا خیر به صراحت میگوید:

بنده قصد توجیه ندارم

در این جلسه دادگاه با توجه به دفاعیات آقای دکتر فرهادی عملاً افرادی به عنوان مطلع به دادگاه اظهار گردید که از جمله مسئول کنترل کیفی سازمان انتقال خون، و مسئول سابق پالایشگاه و تعدادی از کارشناسان شرکت پژوهش و پالایش بودند. (مستند شماره ۶۰ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

وکیل بیماران آقای عباسی راد در جلسه سوم به تاریخ ۷۸/۱۰/۲۱ در پاسخ به احتمال آلودگی بیماران از طریق به غیر از خون می گوید:

در تحقیقات مشترک آقای دکتر ملکزاده و خانم حوری رضوان اعلام داشته اند کمتر از ۱٪ مردم باید هپاتیت داشته باشند. اما در بیماران هموفیل ۷۰ الی ۸۰٪ بیماران هموفیل مبتلا می باشند. آقای دکتر علویان فوق تخصص کبد و گوارش نیز گفته اند آزمایش مادران این بیماران که ابتلا از مادر به فرزند است (با توجه به این آمار) بسیار خنده دار است و یا این موضوع که مواد مخدر یکی از راه های ابتلا به آلودگی است، با استعلام از دکتر رمضانعلی شریفیان (رئیس بخش خون و هموفیلی بیمارستان

امام خمینی) ایشان گفته اند جامعه هموفیلی ایران با یک درصد آلودگی از سالمترین مردم می باشند (مستند شماره ۶۱ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

وکیل بیماران در ادامه همین جلسه سؤال اصلی خود را متوجه آقای دکتر شیبانی می نماید و از وی درخواست می نماید بروشنی دلیل دستور تعطیلی را اعلام بنماید؛ آقای دکتر شیبانی ضمن اظهار تأسف از اینکه ایشان به مسئله کشیده شده اند مجدداً اظهار می نمایند:

در ضمن بازدید کارشناسان صورتجلسه نموده اند که امضاء مسئول فنی نیز بوده است که نماینده وزارت بهداشت در آنجا می باشد. آقای دکتر مطلبی بودند تمام نواقص را به مسئول فنی اعلام می دارد و مسئول فنی ملزم به رفع نقص می باشند. همکاران مراجعه نمودند و بررسی نمودند و در گزارش مطرح نمودند که در آنجا ویروس زدایی نمی شود و در کنار آن مسئول فنی نیز امضاء نموده است و همانطوری که شما می دانید که هیچکس رأساً اقدام نمی کند، بنده قضیه را با آقای دکتر لاریجانی آقای دکتر دیناروند مطرح نمودم و گفتند باید جلسه ای بگذاریم که در آن جلسه آقای دکتر حقیقی و بقیه بودند و آقای دکتر لاریجانی بیان نمودند، اگر اینجا را بخواهیم ببندیم ملت دارو ندارند. اول باید بگذارید تدارکی برای واردات به عمل آید تا بعد و در آن جلسه صورتجلسه ای تنظیم شده و فقط یادداشتی هست که بنده خطاب به یکی از همکاران نوشته ام. بعد از مدتی دوباره عنوان نمودم اگر این پالایشگاه تعطیل نگردد مشکل ایجاد خواهد شد. لذا افرادی جهت مطالعه و بازرسی قرار دادیم و بنده دیگر منتظر نظر آقایان نماندم.

و در ادامه اظهارات صراحتاً اعلام می نمود اداره نظارت بر دارو بضاعت علمی و تجهیزاتی لازم را برای بررسی تولیدات انتقال خون در اختیار نداشته است. (مستند شماره ۶۱ جلد دوازدهم کیفری).

وکیل شکات پرونده در جلسه مذکور در جهت روشن کردن بی اساس بودن دفاعیات متهم ردیف اول بصورت دقیق از آقای شیبانی سؤال می نماید: آیا شما در دستور خود مجهز نبودن به سیستم ویروس زدایی به صورت اساسی را در نظر داشته اید و یا نداشتن روش ویروس زدایی خاصی را و ادامه صراحتاً سؤال کند آیا ویروس زدایی حرارتی را هم نداشته است؟ آقای دکتر شیبانی صراحتاً در پاسخ به این سؤال می گویند خیر (مستند شماره ۶۳ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

در تاریخ ۷۸/۱۲/۱۷ در جلسه چهارم رسیدگی به پرونده دکتر فرهادی لنگرودی در رابطه با ارائه شهادت یکی از بیماران مبتلا به ایدز که دختر ۱۳ ساله روستایی بود چنین می گویند:

در مورد خانم ارسنجانی بنده متأسف شدم، ایشان از پلاکت استفاده کرده اند، بررسی کنند و خودم بیماری دیده ام نیازی به استفاده از فرآورده ندارد و ممکن است پزشک برایش تجویز کرده و مبتلا شده (مستند شماره ۶۴ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

وکیل مدافع یکی از بیماران تالاسمی در دفاع از موکل خود می گوید:

یک عده بیمار با مراجعه به یکدستگاه دولتی می خواستند دارو بگیرند تا درمان شوند. اما مبتلای بیشتری شده اند. در جریان دادرسی که بنده حضور داشته ام مسئولیت از گردن کسی به گردن دیگری انداخته می شود. اما قضیه این نیست. قضیه خیلی بزرگتر از مسئولیت متوجه یک نفر یا چند نفر نیست. مسئولیت به عهده یک سازمان هست و یک مسئولیت جمعی برای یک واحد جمعی است.

در دادگاه در رد وظیفه و سهل انگاری صحبت می شود. اصلاً وظیفه ای انجام نشده که در مورد آن سهل انگاری شود. این مورد یکی مورد جنائی است و ماده ۲۰۶ قانون قرائت می شود. کسانی که این ماجرا را بوجود آورده اند متخصص بوده اند و می دانستند که چه اتفاقی افتاده و می افتد و اینها شمارش معکوس زندگی شان شروع شده است. این پرونده از مصادیق ماده ۲۰۶ قانون است. (مستند شماره ۶۵ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

در تاریخ جلسه پنجم دادگاه برگزار و با توجه دفاعیات متهمان ضمن عمده شدن بحث کارشناسی سازمان پزشکی قانونی افراد دیگری نیز به عنوان متهم مطرح گردیدند. و حتی مقرر گردید از سطوح عالی وزارت بهداشت مسئولین فعلی و قبلی جهت بررسی پرونده دعوت کردند که با تغییر ریاست دادگاه مسیر رسیدگی تغییر نمود. ریاست بعدی دادگاه که سومین قاضی پرونده بودند موضوع کارشناسی سازمان پزشکی قانونی را پیگیری نمودند و بالاخره در تاریخ سازمان پزشکی قانونی کارشناسان خود را طی نامه ای به دادگاه معرفی نمود (مستند شماره ۶۶ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

و در تاریخ قرار کارشناسی دادگاه صادر گردید در این قرار آمده است:

بر اساس بند ۷ از ماده ۳ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۳۶۹ در محدود ماده ۶ از قانون مواد خوردنی و آشامیدنی و بهداشتی مصوب ۱۳۴۶ و تبصره ۳ از ماده ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی و شعوف ماده ۱ از قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹ در مدت یاد شده نسبت به مورد زیر اظهارنظر فرمایند. آیا در بررسی عملکردی متهمین یاد شده مصادیق بی احتیاطی، بی مبالاتی عدم

مهارت، عدم رعایت مقررات و نظامات دولتی مشاهده می شود، یا خیر؟ در صورت اول مورد دقیق آن به طور تفصیلی مشخص و در صد تغییر و عامل آن تعیین گردد.

این قرار وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون رامکلف به همکاری با کارشناسان منتخب دادگاه می نماید. (مستند شماره ۶۷ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

آقای دکتر احمد شیبانی یکبار دیگر در محضر دادگاه و حضور قاضی جدید پرونده در تاریخ ۸۰/۳/۱۶ در پاسخ به سؤال: که آیا مفادنامه شما مبین سهل انگاری سازمان انتقال خون نیست که کار آن ها را متوقف کرده اید:

می نویسند: بلی به نظر من تولید فرآورده ها به لحاظ ضعف تجهیزات ویروس زدایی، مسئول فنی آن مرتکب سهل انگاری شده است، مسئول فنی آن وقت آقای دکتر مطلبی بوده است. (مستند شماره ۶۸ جلد دوازدهم پرونده کیفری)

صراحت اظهار نظر های آقای دکتر شیبانی در طول بازرسی های اداره آگاهی و صداقت در ارائه نظرها در طول دادرسی کاملاً مشهود و چشمگیر است. کارشناسان سازمان پزشکی قانونی نهایتاً نظر خود را اعلام و نتیجه فعالیت کارشناسان سازمان بازرسی کل کشور نیز اخذ گردید که اسناد آن در قسمت دوم خلاصه پرونده به تفصیل آمده است.

لازم به ذکر است کارشناسی سازمان پزشکی قانونی مورد اعتراض شکات و وکیل آنان قرار گرفت. با تغییر رئیس دادگاه، پرونده کیفری به یکی از دادرسان شعبه تحویل و روند رسیدگی به آن تسریع گردید. در تاریخ ۸۰/۵/۲۷ اظهارات خود را گزارشهایی به ریاست کل دادگستری در رابطه با استفاده

انتقال خون از کیت های تشخیصی آزمایشگاهی تاریخ گذشته و همچنین کشف سردخانه از حجم بسیار بالایی از پلاسمای فاسد، پرونده دیگری را بموازات این پرونده در رابطه با انتقال خون گشود (مستند شماره ۶۹ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

دادگاه جهت اطلاع از آمار دقیق مبتلایان و فوت شدگان که بعلت استفاده از فرآورده های انعقادی به بیماری ایدز مبتلا گشته اند طی نامه ای به کمیته ایدز کشوری خواهان اسامی آنها گردیده تاکنون به دادگاه تحویل نگردیده است. این موضوع از آن رو اهمیت دارد که در گواهی فوت تعداد زیادی از فوت شدگان جهت رعایت مسائل اجتماعی دلیل مرگ ایدز اعلام نشده است (مستند شماره ۷۰ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

قاضی پرونده در تاریخ ۸۰/۷/۱۵ پیرو نامه ۸۰/۷/۴ از سازمان بازرسی کل کشور مستندات گزارش ۶/۱۹۹۸۲ - ۷۹/۱۰/۱۷ را درخواست نموده و حتی ضمن معرفی نماینده تقاضای همکاری می نماید اما عملاً مستندات گزارش مذکور تا پایان دادرسی به این دادگاه تحویل نمی شود و در پرونده موجود نیست (مستند شماره ۷۱ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

بالاخره در تاریخ ۸۰/۷/۱۴ جلسه ششم رسیدگی علنی به پرونده تشکیل می گردد. این جلسه با حضور متهمین آقای دکتر فرهادی، دکتر شیبانی و وکلای آنان و وکیل شکات برگزار می گردد و محور آن موضوع مجهز بودن پالایشگاه به سیستم ویروس زدایی است و اتهامات متهمین تفهیم گردید:

در این جلسه دادگاه وکیل آقای دکتر فرهادی کماکان سعی در رد صلاحیت دادگاه برای رسیدگی نموده و با محور قرار دادن اظهار نظر اول پزشکی قانونی و استناد به آن، براءت موکل خود را درخواست نمود و در بشی از دفاعیات می گوید:

در شرایطی که دادگاه محترم که موضوع را به سازمان پزشکی قانونی ارجاع داده و پزشکی قانونی اعلام نموده که جرمی به موکلین وارد نیست. باید دادگاه اگر می شد که خدشه ای بر نظریه پزشکی قانونی دارد باید که خبرگان امر را پاسخ دهند. (مستند شماره ۷۲ جلد دوازدهم پرونده کیفری). آقای دکتر احمد شیبانی ضمن احاله مسئولیت اتهام خود به مسئول فنی پالایشگاه اظهار می نماید: کارشناسان سازمان بهداشت جهانی آمدند یک سری نظرات دادند و با جلسه ای با مسئولین مربوط نداشتند. یک یا دو سری از فرآورده های خونی نه مستقیم به بنده بلکه به صورت رونوشت به بنده اعلام نمودند. بنده به لحاظ وظیفه شغلی خودم سه نفر کارشناس را مامور نمودم که با حضور مسئول فنی بررسی نمودند و گزارشی به بنده دادند که اینجا ویروس زدایی صورت نمی گیرد و بنده بعد از گزارش خط تولید انرا متوقف کردم. (مستند شماره ۷۳ جلد دوازدهم پرونده کیفری). وکیل دکتر احمد شیبانی در آخرین دفاع خود از متهم میگوید:

مقررات امور پزشکی و موارد خوردنی و اشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ با اصطلاحات بعدی آن تعیین و تبیین شده است. در موارد مربوط مشخص می نماید که هیچگونه مسئولین جزایی دور از مداخله اشخاص در تولید دارو بدون تحصیل پروانه متوجه مسئول اداره کل مورد تصدی سابق موکل من نمی باشد. (مستند شماره ۷۴ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

نماینده حقوقی سازمان انتقال خون نیز در دفاعیات خود اظهار نظر اول کارشناسان پزشکی قانونی را محور دفاع قرار داده و با استناد به گزارش مذکور ادعای وکیل شکات مبنی بر مجهز نبودن پالایشگاه به سیستم ویروس زدایی رد می نماید و می گوید:

به منظور رفع هر گونه ابهام و شبهه در محضر دادگاه اظهارات کارشناسان اعزامی اداره دارو حاکی از این بوده که منظور از عدم ویروس زدایی فقط و فقط روش آن بوده است در ارتباط با سازمان پزشکی قانونی که حسب الامر دادگاه محترم صدور قرار کارشناسی اعلام گردید به شما می گوی م مطالب و مدافعات سازمان انتقال خون درست بوده است (مستند شماره ۷۵ جلد دوازدهم پرونده کیفری) لازم به ذکر است اظهار نظر اصلاحی پزشکی قانونی چارچوب دفاعیات وکیل متهم ردیف اول و نماینده حقوقی سازمان انتقال خون را بر هم می ریزد.

دکتر فرهادی لنگرودی در تاریخ ۸۰/۷/۱۴ در همین دادگاه در دفاع از خود میگوید:

بنده اعلام می دارم که هفتمین مدیری هستم که به این سمت منصوب شده ام چرا بنده باید مورد سؤال قرار بگیرم. چرامدیران قبلی که همینگونه عمل نمودند مورد خطاب و سؤال قرار نمی گیرند، سازمان از بدو تأسیس این تولیدات را با همین مشخصات تولید میکرد و تا زمان بنده ادامه داشتند و بنده نه تنها در بدتر نمودن تولید کمک نکرده ام بلکه کمک به بهتر شدن تولیدات نمودم

احداث پروژه پالایشگاه در حد اختیارات ریاست سازمان نبوده و این طرح توسط دولت تصویب شده ..

.. نخست وزیری تقبل ارز آن را نموده .. مجلس تصویب کرده و وزارت مسکن شهرسازی شروع به احداث کرده است.

رئیس دادگاه پس از صحبت ایشان تذکر داده اند که پروانه دارو با مجوز تأسیس تفاوت دارد و تولید بدون مجوز منظور دادگاه است (مستند شماره ۷۶ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

دفاعیات دکتر فرهادی لنگرودی و دکتر احمد شیبانی عملاً بار مسئولیتی را به آقای دکتر مطلبی مسئول فنی و خانم دکتر حوری رضوان مسئول کنترل کیفی پالایشگاه منتقل می نماید که دکتر رضوان به دلیل آنکه عملاً حکم قانونی برای کنترل کیفی ندا رد از ردیف متهمین خارج و دکتر مطلبی بدلیل داشتن مسئولیت فنی در ردیف متهمین قرار می گیرد. (۸۰/۷/۲۱ مستند شماره ۷۷ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

در تاریخ ۸۰/۸/۱ با تقاضای وکیل شکات و موافقت ریاست دادگاه مبنی بر اینکه کارشناسان پزشکی قانونی مستندات خود را در رابطه با گزارش کارشناسی ضمیمه گزارش نمایند. عملاً چهار کارشناس مذکور مجبور به بازبینی مجدد پرونده گردیدند. همچنین در همین تاریخ قاضی پرونده مجدداً از کمیته ایدز کشوری درخواست نمود که نسبت به ارسال اسامی آلوده شدگان، فوت شده گان و همسران آلوده شده مبتلایان به ایدز اقدام نماید که جوابی از این کمیته به دادگاه داده شده است. (مستند شماره ۷۸ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

با درخواست قاضی پرونده از معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت مبنی بر ارسال فاکتورهای خرید شرکت مریو در سالهای ۶۲ و ۶۳ در رابطه با بیماران مبتلا به ایدز و پاسخ آقای دکتر احمدیانی معاونت داروی این وزارتخانه ادعاهای مسئولین سازمان انتقال خون و نمایندگان آنها و همچنین مصاحبه های مکرر مبنی بر آلوده شدن بیماران مبتلا به ایدز از طریق فرآورده های خونی وارداتی و

موضوع شرکت مریو، صراحتاً از طرف مدیر کل اداره نظارت بر دارو در تاریخ ۸۰/۶/۱۷ در نامه ای به دفتر ریاست جمهوری رد گردید. این نامه و ضامم آن که تلاش دفتر حقوقی ریاست جمهوری را برای احقاق حق بیماران متوقف نمود در عمل آلودگی بیماران مبتلا به ایدز هموفیلی به محصولات انتقال خون ایران نسبت می دهد. متأسفانه صدور این اسناد مهم دولتی عملاً جایی برای احقاق حق در مراجع بین المللی نمی گذارد.

در این نامه ضمن پیوست قرار دادن مدارک خرید فاکتورهای مریو در سالهای ۶۲ و ۶۳ توسط شرکت داروپخش آلوده بودن آنها را رد نموده و اعلام می نماید در مورد عدم صلاحیت انستیتو مریو اطلاعاتی ندارد. (مستند شماره ۷۹ یازده صفحه جلد دوازدهم پرونده کیفری)

نکته قابل توجه این است که با این تکذیب مدیر کل اداره نظارت بر دارو گزارش اول پزشکی قانونی درباره مبتلایان به ایدز که در نظر اصلاحی هم تأیید گردید، محور استدلال آن دوره کمون بیماران ایدز بوده و به سالهای ۶۲ و ۶۳ و ۶۴ باز می گردد. عملاً به فرآورده های خارجی نامربوط و به تولیدات سازمان انتقال خون ایران قابل استناد است.

درخواست مستندات گزارش پزشکی قانونی از کارشناسان آن عملاً منجر به اصلاح ماهیتی گزارش مذکور در رابطه با مجهز نبودن پالایشگاه به سیستم ویروس زدایی گردید. اگرچه در این گزارش کارشناسان پزشکی قانونی نتوانستند قرار داد انتقال تکنولوژی ویروس زدایی که می بایست تکمیل کننده آن حرارتی اهدایی بهداشت جهانی باشد را ارائه دهند اما یک نکته مهم را صراحتاً اعلام نمودند.

طبق مدارک موجود در پرونده WHO این آون را در سالهای قبل از راه اندازی پالایشگاه در زمان تصدی جناب آقای دکتر میلانیان جهت از بین بردن ویروس HIV در فاکتورهای خونی به ایران و بعضی از کشورهای در حال رشد هدیه داده بود. این آون جهت از بین بردن ویروس HIV در فاکتورهای خونی لازم بوده است ولی قدرت ویروس زدایی هپاتیت C را در فاکتورهای خونی نداشته است.

با توجه به اینکه اساس شاکیان پرونده آلوده شدگان به ویروس هپاتیت C را تشکیل می دهند عملاً این اظهار نظر در تصمیم گیری قاضی پرونده نقش اساسی ایفا نمود. اگر به اظهار نظر سازمان پزشکی قانونی را در کنار اظهار نظر معاونت دارو وزارت بهداشت مبنی بر رد موضوع آلوده شدگان بیماران هموفیلی به ایدز از طریق فرآورده های فرانسوی اضافه نماییم، که خوشبختانه هر دو مرجع اظهار نظر کاملاً متخصص پزشکی و دارویی هستند به نتایج مهمی خواهیم رسید این سند و گزارش سازمان بازرسی، نظری وزارت بهداشت درباره راورده های وارداتی اساس دفاع متهمین و وکلای آنها را بر هم ریخت (مستند شماره ۸۰ لد دوازدهم پرونده کیفری).

دکتر مطلبی در وقت فوق العاده دادگاه به تاریخ ۸۰/۹/۶ به عنوان متهم جهت پاسخ به دادگاه دعوت می گردد.

وی در پاسخ به سؤال قاضی پرونده مبنی بر اینکه:

شما در این موضوع اعتراف به تولید فرآورده های خونی قبل از صدور ابلاغ خود در پالایشگاه دارید؟
اظهار می دارند:

قبل از صدور ابلاغ تولید فرآورده های فوق را داشته ام.

و در پاسخ به این سوال که مسئول فنی در آن زمان (قبل از ۷۶) چه کسی بوده است؟ اظهار می دارند:

اصولاً به جهت عدم وجود تشکیلات مرکز بالا به عنوان شرکت تا جایی که بنده اطلاع دارم اصولاً مسئول فنی در تشکیلات اداری سازمان انتقال خون و بالطبع مرکز پالایش وجود نداشته است. و همچنین در پاسخ به این سؤال که آیا تولید دارو بدون مسئول فنی میسر است صراحتاً اظهار می دارند:

اصولاً در شرکت های دارویی بدون حضور مسئول فنی فرآورده های دارویی تولید و توزیع نمی شود (مستند شماره ۸۱ جلد دوازدهم پرونده کیفری).

بر اساس روندی که توضیح آن ارائه گردید و بر اساس مستندات مطروحه موجود در پرونده ۳۵۰/۷۶ در رابطه با دو قسمت این پرونده دادنامه شماره ۳۷۹ به تاریخ ۸۰/۹/۱۲ صادر گردید. (مستند ۸۲ تصویر دادنامه که در حال حاضر در شعبه ۲۰ دیوان عالی کشور تحت رسیدگی می باشد).
پایان قسمت سوم و آخر خلاصه پرونده کیفری شماره ۳۵۰/۷۶

• فراز نهایی رأی دادگاه بدوی و اظهار نظر شعبه ۲۰ دیوان عالی کشور در رابطه با پرونده کیفری:

هیئت شعبه ۲۰ دیوان عالی کشور در تاریخ ۸۲/۱۰/۹ تشکیل و پس از قرائت گزارش آقای محمد علی اخوت عضو ممیز و اوراق پرونده و نظریه کتبی آقای علیزاده دادیار محترم دیوانعالی کشور،
اجمالاً مبنی بر نقص رسیدگی مجدد در شعبه همعرض به جهات عدم انطباق عناوین مجرمانه مندرج

در رأی صادره با ماهیت اعمال ارتكابی متهمین دادنامه شماره ۶۰۹ - ۳۷۹ - ۸۰/۹/۱۲ تجدید نظر خواسته مشاوره نموده و چنین رأی می دهد.

رأی:

اولاً در مورد محکومیت آقای دکتر محمد فرهادی لنگرودی به ده سال حبس تعزیزی مستنداً به مواد

یک و سه و بند ب ماده ۱۸ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و

آشامیدنی، نظر به اینکه بند اخیر در بیان مجازات کسانی است که با توجه به صدور ماده در تهیه

مواد دارویی به هر کیفیتی مرتکب تقلب شوند و در استفاده از مواد تقلبی منجر به مرض دائم گردد.

وجود سوء نیت خاص یعنی داشتن مقصد تقلب ضروری است. در پرونده حاضر اتهام متهم این است

که فرآورده های خونی ویروس زدایی شده را به بازار عرضه کرده و بر اثر آن عده ای از مصرف

کنندگان به بیماری لاعلاج هپاتیت C مبتلا گردیده اند. از اوراق پرونده تقلب احراز نمی گردد. زیرا

تقلب در صورتی قابل تصور است که استانداردهای لازم برای محصول قبلاً مشخص و ابلاغ شده باشد.

روش ویروس زدایی از طریق سالوردترجنت در ترکیب یا خلال شوینده Solvent detergent

روشی بوده که اعضای آن در دست شرکت ها بخصوص خارجی بوده و در سال ۱۳۷۶ نماینده

سازمان بهداشت جهانی به حکایت اوراق پرونده توصیه کرده است در کنار روشهای دیگر معمول از

این روش نیز بنحوی که پزشکی قانونی در صفحه ۳۱۵ جلد آخر پرونده در این خصوص نظر داده

است، استفاده می گردد. پالایشگاه از زمان آقای دکتر میلانی نیا از سالهای ۶۵ - ۶۷ از سیستم

ویروس زدایی به روش حرارت خشک استفاده می نموده است که برای حذف اکثر ویروس های مطرح

که دارای دیواره لیپیدی می باشد از قبیل HBV-HCV هپاتیت های C و B مؤثر می باشد و با در نظر گرفتن علم روز و امکانات مالی و علمی و موقعیت آن نسبت به کشورهای پیشرفته آمریکایی و اروپایی در آن زمان این روش کافی بوده است و کشورهای پیشرفته تر نیز در ابتدای کار فقط از این روش برای ویروس زدایی استفاده می کردند و بعدها با توجه به اینکه مشخص شد که هیچیک از روشهای موجود حتی روش پیشنهادی S/D به تنهایی برای از بین بردن تمام ویروس های موجود ممکن در خونها کافی نمی باشد. تصمیم گرفته شود برای بالا بردن اطمینان به یک روش اکتفا نکرده و کلیه فاکتورها حداقل با دو روش از روشهای موجود ویروس زدایی شوند. این عبارات این نتیجه را به دست می دهد که استاندارد مصوبی برای استفاده از روش های پینشهادی در وزارت بهداشت وجود نداشته است. اظهارات پزشکان و متخصصین نیز به شرح اوراق پرونده نشانگر وجود استاندارد خاصی نیست. بازرسی کل کشور نیز در گزارش مندرج در صفحات ۳۱۴۷-۳۱۲۳ آورده است که مثلاً ویروس زدایی در هاله ای از ابهام مانده است. بنابراین استناد دادگاه محترم به بند ب ماده ۱۸ قانون صحیح بنظر نمی رسد. از نظر اثبات بی مبالاتی به نظر هیئت شعبه عدم برچسب زنی وفق نظر شورای تولید که برای رئیس سازمان ارسال شده است، بی مبالاتی منجر به عواقب خطرناک به حساب می آید.

در نتیجه موضوع با قسمت دوم بند واو ماده مرقوم قابل انطباق خواهد بود، زیرا عرضه دارویی بجای داروی دیگر که موجب بازماندن مصرف کننده از استفاده از داروی اصلی باشد. با اذعان به این موضوع که در پرونده حاضر، خون و فرآورده های خونی خود نوعی دارو محسوب می شود و عرصه مقدمه

فروش جنس و یا دارو است، منطبق می باشد. در مورد ایجاد مؤسسه پژوهش و پالایش خون ایراد نماینده حقوقی سازمان و وکلای متهمین به اینکه ایجاد مؤسسه نیاز به اجازه وزارت بهداشت نداشته صحیح به نظر نمی رسد زیرا به موجب منطوق تبصره یک قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی الحاقی در تاریخ ۶۷/۱/۲۳ «برای هر یک از وزارت خانه و مؤسسات و شرکت های دولتی و نهادهای انقلاب اسلامی به شرط داشتن مجوزهای قانونی به وسیله وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با رعایت مقررات پروانه صادر خواهد شد.»

اخذ پروانه از وزارت بهداشت ضروری بوده است و نمی توان به این استدلال متمسک شد که وزارت بهداشت برای تشکیل شرکت دولتی که زیر مجموعه آن وزارت است نیازی به مجوز ندارد. زیرا صرف صدور پروانه خودداری عواقب و تبعات و رعایت مقررات و قوانینی است که بدون آن نمی توان شرکت را تابع آنها نمود و النهمان ایراد به استناد به مواد یک و سه از این جهت با توجه به اصلاح ماده ۳ در سال ۱۳۷۹ وارد است و همچنین ایراد دیگر که برای دو جرم از انواع مختلف - تأسیس شرکت بدون پروانه تهیه مواد دارویی تقلبی یک مجازات ده سال حبس برای متهم ردیف دیگر در نظر گرفته شده است. با توجه به قسمت اول ماده ۴۷ قانون مجازات اسلامی وارد بوده و از این حیث دادنامه قابل نقص است. اشکال دیگری که به دادنامه صادره وارد می باشد، عدم توجه به ماده ۳۱۶ قانون مجازات اسلامی از جهت ضمان، مسبب در جنایت است که با عنایت به تقاضای وکیل شکات در مطالبه دیه یا ارش به آن اشاره ای نشده است.

ثانیاً در مورد معاونین آقایان دکتر شیبانی مدیر کل وقت امور ال نظارت بر دارو و درمان وزارت بهداشت و دکتر مطلبی مسئول فنی شرکت پژوهش و پالایش خون صرف نظر از چگونگی و میزان دخالت آنان و اینکه صرف عدم اقدام را نمی توان معاونت تلقی و ان را نوعی تسهیل وسیله دانست، زیرا در امر عدمی معاونت مصداق ندارد، نظر به مطالب مندرج در صدر این دادنامه و انتفای تقلب نه اینکه در معاونت احراز وحدت قصد وفق ماده ۴۳ قانون مجازات اسلامی شرط احراز است دادنامه واحد اشکال قانونی است. انهایه در صدور احراز و اثبات اقدام عملی در حد معاونت در بند و او موضوع قابل بررسی و تطبیق به نظر می رسد. فلذا دادنامه تجدید نظر خواسته مستنداً به بند ۴ از شق ب ماده ۲۶۵ قانون آئین دادرسی در امر کیفری نقص پرونده به شعبه همعرض دادگاه صادر کننده رأی منقوص ارجاع می شود.

• **قرارهای کارشناسی و ارجاع پرونده ها به سازمان پزشکی قانونی**

(استخراج شده از دادنامه های ۷۸-۱۰۵۲)

با توجه به اینکه مجموعه پرونده های مورد رسیدگی این حکم در زمره مجموعه پرونده های مورد رسیدگی در ۲۴ خرداد ۸۳ بود و در قرارهای توأمان صادر برای کارشناسی آن وفق ماده ۲۵۷ قانون آئین دادرسی مدنی با تأکید طرفین دعوا قرار ارجاع امر به کارشناسی در تاریخ ۸۲/۱۰/۱۹ صادر و سازمان پزشکی قانونی به عنوان مرجع ذیربط ملزم به این کارشناسی گردیده است.

دادگاه قرار مذکور را از نوع قرار قرینه بوده و مانده پرونده های مفتوح پس از دادرسی منتج به صدور دادنامه های شماره ۷۸-۱۰۵۲ را مشمول قرار کارشناسی مذکور دانسته و در تداوم رسیدگی های قبلی کلیه خواهان ها را جهت اظهار به سازمان پزشکی قانونی دلالت نمود.

با توجه به اهمیت نظریه کارشناسی مذکور در تعیین خسارات مادی خواهان های پرونده عین متن قرار و کارشناسی سازمان پزشکی قانونی اطلاعیه آن به نقل از دادنامه های ۱۰۵۲/۷۸ که دیگر از آرای قطعی می باشد که به نماینده دیوان عالی کشور نیز رسیده است. به این رأی ضمیمه می گردد.

متن قرار:

جهت تأیید آلودگی ویروسی ناشی از انتقال خون و یا فرآورده های آن (هیپاتیت B، هیپاتیت C، HIV) مقتضی است ضمن انجام آزمایشات ضروری از معرفی شدگان به همراه نظریه پزشکی قانونی در این رابطه میزان خسارات عارضه را به این شعبه اعلام فرمائید. مستدعی است موارد زیر در جهت کمک به اظهار نظر دقیق دادگاه در اعلام نظر آن سازمان لحاظ گردد:

- ۱- بخشی از شکات را خانواده های فوت شدگان شامل می شوند. ضرورت دارد علاوه بر اظهار نظر درباره هزینه های درمانی و خسارات دوره بیماری قبل از فوت نیز اعلام نظر گردد.
- ۲- آلوده شدگان به ویروس HIV و مبتلایان به ایدز تفکیک و در رابطه با خسارات وارده و هزینه های درمانی آینده اظهار نظر گردد و در صورتیکه آن سازمان هر دو دسته را شامل یک نظر می داند در نظر به صراحت اعلام گردد.

۳- در رابطه با آلوده شدگان به ویروس هپاتیت C با توجه به مراحل مختلف بیماری که از آلودگی به ویروس آغاز و به سرطان کبد منتهی می گردد، تقسیم بندی لازم صورت گرفته و با توجه به اینکه برخی از شکات در حال درمان و بسیاری هنوز درمان را آغاز نکرده اند و هر دو دسته شامل هزینه های درمان آینده می گردند به تفکیک اعلام نظر گردد.

۴- با توجه به اینکه آلودگی ویروسی برخی از شکات و یا فوت شدگان موجب آلودگی همسر یا فرزند آنان شده است، موارد بررسی و مشخصاً اعلام نظر گردد.

• نظریه سازمان پزشکی قانونی و اصلاحات بعدی آن (استخراج شده از دادنامه های ۷۸-۱۰۵۲)

سازمان پزشکی قانونی در پاسخ به استعلام مذکور پس از برگزاری جلسه کمیسیون پزشکی نظریه آن سازمان را در چهار بند اعلام نمود:

در تاریخ ۸۱/۱۱/۲۶ جلسه کمیسیون پزشکی در پاسخ به استعلام شماره ۸۱/۱۱۶/۸۱/ت مورخ ۸۱/۱۰/۱۹ دادگاه عمومی شعبه ۱۴۱۳ مجتمع قضایی جرائم کارکنان دولت با حضور امضا کنندگان زیر تشکیل و پس از بررسی و بحث و تبادل نظر میزان خسارات مورد درخواست به شرح ذیل اعلام می گردد:

۱- میزان هزینه های درمانی و خسارات دوره بیماری قبل از فوت بیمارانی که بدنبال آلودگی ویروسی در اثر دریافت فرآورده های خونی آلوده، فوت شده اند، علاوه بر دیه مقدر، حدود بیست میلیون ریال تعیین می گردد.

۲- با توجه به اینکه علائم بیماری ایدز در اکثر آلوده شدگان به ویروس HIV بروز خواهد کرد.

میزان خسارات دوره بیماری در مبتلایان به ایدز و آلوده شدگان به ویروس HIV از زمان آلودگی به ویروس، بطور متوسط ماهیانه یک میلیون و پانصد هزار ریال برای افراد در سنین کاروری و یک میلیون ریال جهت اطفال تعیین می گردد.

۳- در کلیه آلوده شدگان به ویروس هپاتیت C درمان الزامی نمی باشد و فقط در گروهی نیاز به

درمان است که PCR – RNA مثبت بوده و همراه با افزایش آنزیمهای کبدی باشد.

میزان متوسط هزینه های درمانی افراد مبتلا به بیماری مزمن هپاتیت C یکصد و هفتاد میلیون

ریال تعیین می گردد. لازم ذکر است که هزینه ها بیش از یکصد و بیست میلیون ریال از هزینه

مذکور مربوط به داروهای می باشد که در داخل کشور تولید نمی شود و تهیه آن برای افراد مقدور

نیست و می بایست از طریق مراجع ذیربط دولتی تهیه گردد. شایان ذکر است در صورت عدم پاسخ

مناسب به درمان انجام شده بررسی مجدد مردم بتلا لازم است.

۴- در صورت اثبات آلوده شدن همسر و فرزند فرد مبتلا همانند سایر آلوده شدگان اقدام می گردد.

این کارشناسی با امضا متخصصان زیر به دادگاه ارسال گردید:

دکتر هوشنگ ساغری، متخصص بیماری های عفونی و عضو هیئت علمی دانشگاه، دکتر مینو محرز،

متخصص بیماری های عفونی و عضو هیئت علمی دانشگاه، دکتر داود یادگاری، متخصص بیماری

های عفونی و عضو هیئت علمی دانشگاه، دکتر شاهین مرآت، فوق تخصص گوارش و کبد و عضو

هیئت علمی دانشگاه، دکتر سید مؤید علویان، فوق تخصص گوارش و کبد، دکتر مهری نیک بین،

متخصص بیماری های عفونی سازمان و عضو هیئت علمی دانشگاه، دکتر معصومه ناجی، متخصص علوم آزمایشگاهی سازمان.

دادگاه ضمن پذیرش بند ۱ کارشناسی، بندهای ۲، ۳ و ۴ را مبهم تشخیص داده و به دلیل عدم تطابق با قرار صادره به مرجع مذکور برگردانید.

سازمان پزشکی قانونی موارد اصلاح نظریه کارشناسی را که طی نامه ۱۶۹۴/۱۴۱۳/۸۱ تاریخ ۸۲/۱/۲۰ از طرف دادگاه درخواست گردیده بود طی نامه شماره ۱۰/۵/۶۵۰۲۳ در تاریخ ۸۲/۱/۱۸ به دفتر دادگاه ارسال گردید. پاسخ دادند که با این اصلاحیه مواد ۲ و ۴ نظریه کارشناسی نیز منطبق با قرار دادگاه تشخیص لیکن به لحاظ عدم تعیین ارش مبتلایان به HCV بند ۳ قرار صادره را اجرا نشده تلقی، لذا مجدداً نظریه پزشکی قانونی، جهت اجرای قرار دادگاه و تکمیل در اجرای ماده ۲۶۲ قانون آئین دادرسی مدنی اعاده و طی پاسخ ۱۰/۵ به تاریخ ۸۲/۱/۲۱ سازمان پزشکی قانونی اطبق نظریه کارشناسی با قرار دادگاه تحقق یافت. مجموعه این نظریات در رابطه با تعیین خسارت مادی به نتایج زیر منجر گردید:

۱- میزان هزینه های درمانی و خسارات دوره بیماری قبل از فوت بیمارانی که بدنبال آلودگی ویروسی در اثر دریافت فرآورده های خونی آلوده فوت شده اند. علاوه بر یک ديه کامل انسانی مبلغ بیست میلیون ریال تعیین خسارت گردید.

۲- در رابطه با بیماران آلوده به ویروس HIV و مبتلایان به ایدز خسارت وارده معادل یک دیه انسانی برآورد می گردد و علاوه بر آن جهت تأمین هزینه های درمانی تا سقف یک میلیون و پانصد هزار ریال به صورت ماهیانه تعیین گردید.

۳- در رابطه با آلوده شدگان به ویروس HCV بشرط آنکه نتیجه آزمایش PCR آنها مثبت باشد، اعم از آنکه در مرحله درمان، درمان کرده باشند و یا درمان را آغاز نکرده باشند، میزان ارزش معادل ۲۰٪ دیه کامل انسانی تعیین می گردد و به منظور تأمین هزینه های درمانی مبلغ هفده میلیون ریال با قید آنکه دوازده میلیون ریال آن ما به التفاوت داروهای موجود در کشور و وارداتی است تعیین گردید.

۴- در رابطه با افرادی که از طریق بیماران مصرف کننده خون و فرآورده های خونی آلوده شده اند (همسر و فرزند) در صورتیکه نوع ویروسی که موجب آلودگی خویشان بیمار گردیده با نوع ویروس فرد آلوده شده بر اساس تشخیص آزمایشگاهی یکسان باشد. به طریق بند ۱، ۲ و ۳ خسارت و هزینه های درمانی تعیین می گردد.

• چگونگی اعتراض خواهانها و خواندگان به قرار کارشناسی دادگاه و نظریه کارشناسی سازمان پزشکی قانونی و اصلاحات آن:

نتیجه کارشناسی سازمان پزشکی قانونی در تاریخ اعلام بنابر مطالب مندرج در رأی دادنامه های ۷۸-۱۰۵۲ مورد اعتراض وکیل خواهان ها و خواندگان پرونده قرار گرفته بود. در جلسات دادرسی

مجموعه پرونده های حاضر که رأی مذکور در رابطه با آنان است، خواندگان پرونده با همان محورهای قبلی به نظریه کارشناسی پزشکی قانونی معترض بودند.

دادگاه بر این نظر است که مجموعه اعتراضات مذکور شامل الف) تعیین تاریخ شروع ابتلا به بیماری بیماران مورد نظر، ب) احراز بیماری و تأثیر آلودگی ویروسی خواهان های پرونده توسط کارشناسان، ج) احراز رابطه سببیت و علیت بین بیماری و تأیید آلودگی های ویروسی بیماران و فعل یا ترک فعل وزارت بهداشت. د) آیا بیماری بیماران بطور مشخص مستند به فرآورده های خارجی یا تولیدات داخلی است، ه) تعیین واحد درمان کننده گزارش و صحت مدارک پزشکی، متوجه نوع قرار صادر توسط دادگاه بوده است. دادگاه همسو با مرجع رسیدگی کننده قبلی این اعتراضات را به شرح دلایل ذیل و همچنین تشریح رابطه سببیت و علیت که در ادامه رأی اظهار نظر می گردد رد می نماید و رأی خود را در رابطه با خسارات مادی خواهان ها بر نظریه کارشناسی سازمان پزشکی قانونی مندرج در دادنامه های ۷۸-۱۰۵۲ که در این رأی نیز مورد استناد قرار گرفته است استوار می نماید.

• رد اعتراض خواهان ها و خواندگان پرونده در رابطه با قرار کارشناسی دادگاه و نظریه سازمان پزشکی قانونی:

دادگاه ضمن رد اعتراض وکیل خواهان ها در رابطه با بررسی مجدد میزان ارش تعلق یافته به بیماران آلوده به ویروس هپاتیت C اذعان دارد که مساوی بودن ارش تعلق یافته با توجه به تنوع خسارات وارده بر بیماران منصفانه نیست و در این راستا در جهت جلوگیری از اطاله دادرسی دادگاه برخورد فرض می داند در تعیین خسارت معنوی خواهان ها بخشی از نقیصه مذکور را جبران نماید و

ضرورتی به رجوع دوباره به کارشناسی پزشکی قانونی ندیده است. اگرچه بسیاری از خسارت وارده به خواهان ها غیر قابل جبران است.

دادگاه همچنین ضمن رد اعتراض نماینده حقوقی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و نماینده حقوقی سازمان انتقال خون ایران در جهت روشن شدن نظر دادگاه در رابطه با مبانی رد این اعتراضات بر موارد زیر تصریح می نماید:

۱- دادگاه همچنین ضمن درخواست پرونده کیفری از شعبه ۲۰ دیوان عالی کشور پرونده مذکور را به دقت مطالعه و خلاصه متکی بر مستندات غیر قابل انکار از آن استخراج نموده است بر مبنای این مستندات نقص تجهیزات و ویروس زدایی فرآورده های خونی در سازمان انتقال خون بر دادگاه مسلم گردیده و قرار کارشناسی بر مبنای این قضاوت صادر گردیده است.

۲- تولید فرآورده های خونی توسط سازمان انتقال خون ایران بدون اخذ پروانه از وزارت بهداشت بوده است که این امر خلاف قانون است، اگرچه دادگاه حقوقی خود را فارغ از رسیدگی می داند. اما به عنوان یک واقعیت غیر قابل انکار بر اساس مستندات پرونده مورد توجه دادگاه است.

۳- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی چنانچه در صفحات پیشین این رأی نیز قید گردیده رسماً آلودگی فرآورده های خونی وارداتی از خارج (شرکت مریو) که در نظریه کارشناسی پزشکی قانونی آلودگی ها ایدز با تشریح سیر بالینی بیماری ایدز به آن نسبت داده شده بود، تکذیب نموده است و با توجه به اینکه داروهای در دسترس خواهان ها، یا داخلی و یا خارجی بوده است، دادگاه نظرات نمایندگان حقوقی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان انتقال خون ایران را در

تعارض با نظریه رسمی وزارت بهداشت دانسته و بر اساس مستندات پرونده حقوقی کلیه آلودگی ها را متوجه محصولات تولید داخل می داند.

۴- سازمان پزشکی قانونی نظریه اول خود را در رابطه با تجهیزات ویروس زدایی سازمان انتقال خون، پس از درخواست بررسی مجدد دادگاه کیفری بدوی اصلاح نمده و رسماً اعلام نموده که تجهیزات مذکور قادر به نابودی ویروس هپاتیت C که اکثر خواهان ها به آن الوده اند نبوده است.

۵- پرونده پزشکی خواهان ها همواره در دسترس کارشناسان پزشکی قانونی بوده است با توجه به تمرکز این پرونده ها از سراسر کشور در درمانگاه هموفیلی بیمارستان امام خمینی (ره) در موارد معین که کارشناسان درخواست نموده اند به پرونده های پزشکی خواهان ها کاملاً دسترسی داشته اند.

۶- بیماری خواهان ها توسط کارشناسان خبره سازمان پزشکی قانونی تأیید گردیده است و حتی در بسیاری موارد آزمایش *PCR* جدید از بیماران درخواست و یا در موارد فوت علت فوت از اداره مبارزه با بیماری ها و یا بیمارستان امام خمینی (ره) با همکاری دادگاه استعلام گردیده است.

۷- با توجه به آمار آلودگی خواهان ها و اینکه در زمره مصرف کنندگان دائمی خون و فرآورده های خون هستند راه آلودگی خون و فرآورده های خونی است مگر غیر از آن اثبات گردید. این سؤال از نمایندگان حقوقی خواندگان طبیعی است. چرا دیگر افراد جامعه در چنین سطح وسیعی آلوده به ویروس هایی که از طریق خون قابل است نگردیده اند.

عقلایی بنظر نمی رسد وکلای خواندگان قصد داشته باشند بدون توجه به آمارهای کلی کشور این کثرت آلودگی را به راه های دیگر غیر از مصرف خون و فرآورده های خونی نسبت دهند. ضمن آنکه

پرونده بیماری کلیه خواهان ها کاملاً در دسترس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان انتقال خون ایران بوده است و طی سالهای متمادی که از طرح پرونده کیفری و بدنبال آن حقوقی می گذرد حداقل برای وزارت بهداشت کاملاً میسر بوده است که اگر آلودگی بیماران از طریق دیگر انجام شده است مدارک آن را به دادگاه ارائه نمایند.

۸- اساس درخواست خواهانها در پرونده حقوقی مبنی بر خسارت های مادی و معنوی در رابطه با آلودگی های ویروسی (ایدز و هپاتیت) بر مبنای ماده ۱۱ قانون مسئولیت مدنی و متکی بر وجود نقص در تجهیزات در سیستم دولتی می باشد. لهذا جستجوی رابطه سببیت و علیت برای دادگاه حقوقی در چارچوب مسئولیت مدنی دولت در قبال شهروندان معتبر است و درخواست تأمین خسارت معنوی و مادی خواهان ها فارغ از نتیجه پرونده کیفری است.

۹- دادگاه اعتراض وکلای خواندگان پرونده به قرار صادره از طرف دادگاه را که مبنای درخواست رسیدگی ماهوی به چگونگی آلودگی خواهانها مستند به انتخاب سلیقه ای و ناقص برخی از مدارک پرونده کیفری است را نیز رد نموده و تأکید می نماید که قرار صادره برای ارجاع کارشناسی به سازمان پزشکی قانونی از نوع قرار قرینه بوده و چنانچه ذکر گردید آلودگی بیماران از طریق خون و فرآورده های خونی پس از صدور قرار کارشناسی و اخذ نظریه سازمان پزشکی قانونی برای دادگاه کشف گردیده، لذا ارجاع کارشناسی پرونده های خواهانها به پزشکی قانونی با پذیرش اصل بیماری خواهان ها و استحقاق آنها صورت گرفته و علاوه بر خسارت وارده این مرجع ملزم به تعیین هزینه های درمان گذشته، حال و آینده گردیده است.

• تحقیقات دادگاه در رابطه با موقعیت حقوقی و قانونی وزارت بهداشت:

سپس دادگاه در جهت احراز موقعیت حقوقی، جایگاه و تشکیلات و نظام کارکردی و نیز وظایف خوانده ردیف ۱ اقدام به تحقیق در قوانین نموده، چنانکه در قانون اساسی بصراحت بیان شده تأمین بهداشت عمومی و درمان رایگان بر عهده دولت است و در قوانین عادی متولی این امر را وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شناخته که با توجه به ماده ۱ بندهای ۲ و ۵، ۱۱ و ۱۲ و تبصره آن و ماده ۶ بند ۵ و تبصره بند ۸ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همچنین قانون مربوط مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب ۱۳۳۴/۳/۲۹ مواد ۱ و ۲، این امر را مدلل می سازد و نیز همین تحقیق و بررسی درخصوص خوانده ردیف ۲ و با توجه به نقش محوری آن در تهیه، تولید و توزیع و حتی ارائه خدمات درمانی به خواهان ها (از طریق خون و فرآورده های خونی) و اینکه نقش آن سازمان مکرراً مورد تکذیب نمایندگان حقوقی خوانده ردیف ۲ بود بگونه ای که در رابطه با مواردی مانند ابتلای بیماران به ایدز نقش خود را کاملاً انکار نموده و توضیحات در تعارض با نماینده حقوقی سازمان مذکور که بخوبی در آخرین گزارش ارسالی به دادگاه بوسیله سازمان بازرسی کل کشور نیز در تاریخ ۸۱/۱۱/۱ تأکید گردید.

• وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در رابطه با واردات فرآورده های خونی و مراحل خرید دارو:

در سالهای ۶۲ و ۶۳ دو پارتی فاکتور انعقادی ۸ توسط شرکت داروپخش از شرکت پاستور مریو فرانسه خریداری شده و این داروها تماماً در سال ۶۳ وارد ایران شده و در اختیار مصرف کنندگان

قرار گرفته است که خرید مذکور از جمله خریدهای مورد شکایت خواهان های پرونده می باشد و بکرات آلودگی این محموله به ایدز از طرف متهمین ردیف ۱ پرونده کیفری و خوانده ردیف ۲ پرونده حقوقی و همچنین خواهان ها اعلام گردیده است. در عین حال اداره نظارت بر دارو به عنوان مرجع رسمی دولت با ارائه اسنادی آلودگی محموله مذکور را تکذیب نموده است. که منطقاً می بایست منبع آلودگی های ایدز خواهان ها نیز بموازات آن به دادگاه معرفی می نمودند. خوانده ردیف ۱ علیرغم تکذیب آلودگی فرآورده های وارداتی تاکنون هیچگونه اعلامی در رابطه با منبع آلودگی ویروس ایدز در بیماران هموفیلی به دادگاه نداشته است. مراحل خرید دارو توسط وزارت بهداشت به شرح زیر است:

- ۱ - تعیین سهمیه واردات توسط وزارت بهداشت (اداره دارو)
- ۲ - انتخاب فروشنده خارجی با توجه به سابقه تولیدات از نظر کیفی و سابقه مصرف در کشور
مبدأ توسط خریدار (برای نمونه داروپخش)
- ۳ - طی مراحل مختلف مکاتبه، مذاکره، زمان خرید، زمان ارسال کالا، قیمت و سایر موارد به عهده خریدار (برای نمونه داروپخش)
- ۴ - ارسال پروفورم به اداره دارو توسط خریدار (برای نمونه داروپخش)
- ۵ - اعمال کنترل های لازم از نظر صلاحیت کیفی فروشنده خارجی با سابقه موجود در اداره دارو شرایط حمل، قیمت و سایر موارد توسط اداره دارو و در صورت تأیید کامل کیفیت قیمت و مقدار به کمیسیون قانونی ورود دارو ارسال می شود

- ۶ - ارسال پروفورم و تمام مدارک مربوط به کمیسیون قانونی ورود دارو مستقر در وزارت بهداشت
- ۷ - در صورت تصویب در کمیسیون قانون و اجازه گشایش اعتبار صادر می شود (توسط اداره دارو)
- ۸ - گشایش اعتبار توسط خریدار
- ۹ - حمل توسط فروشنده و ارسال فاکتور از طریق بانک گشایش کننده برای خریدار
- ۱۰ - ارسال فاکتور به وزارت بهداشت همراه با مدارک لازم من جمله گواهی بهداشت و مصرف در کشور مبدأ
- ۱۱ - کنترل فاکتور بامشخصات پروفورم و مصوبه کمیسیون قانونی ورود توسط وزارت بهداشت
- ۱۲ - در صورت تأیید موارد مهر اجازه ترخیص از گمرک توسط وزارت بهداشت
- ۱۳ - ترخیص و توزیع توسط خریدار، برای نمونه توسط شرکت های داروپخش و پخش رازی

• تحقیقات دادگاه در رابطه با موقعیت حقوقی سازمان انتقال خون ایران

برای دادگاه محقق گردید که با تصویب ماده واحده قانون تشکیل سازمان انتقال خون که به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده، سازمان مذکور رأساً مسئولیت جمع آوری خون، تولید فرآورده های خونی و توزیع کنترل کیفی فرآورده ها را عهده دار گردیده است. بموازات اعتراضات مصرف کنندگان خون و فرآورده های خونی در سال ۱۳۷۶ با عنایت به توصیه نمایندگان سازمان بهداشت جهانی در جلسات متشکله در ایران، برای استفاده از روشهای ویروس زدایی، اقداماتی جهت خریداری دستگاه های مربوط و انتقال دانش فنی آن بعمل آمد. این اقدامات در مسیر اجرائی عملاً منجر به خرید پالایشگاه دست دومی در سال ۱۳۷۶ از فرانسه گردید که مراحل راه اندازی آن با عقد قراردادی با

شرکت فارماسیا سوئد پس از گذشت بیش از ۴ سال آغاز گردیده و هنوز به بهره برداری نرسیده است که این خرید و چگونگی دیگر خریدها و قراردادهای بخش سوم پرونده کیفری ۳۵۰/۷۶ می باشد، عملاً مفتوح مانده و شامل رأی بدوی دادگاه کیفری نگردیده است.

در کشور ما بدلیل مشکلات اقتصادی و سیاسی ناشی از جنگی و تحریم های اقتصادی و کمبود مالی، تطبیق و روز آمد کردن تکنولوژی مربوط به ایمن سازی خون و فرآورده های خونی همگام و همزمان با کشورهای پیشرفته صورت نگرفته است ولی معذک مدیریت امور بهداشتی و درمانی کشور تلاش نموده است بطور تدریجی نسبت به بهبود روش ها و اعمال تدابیر مقتضی متناسب با امکانات موجود اقدام نماید. بدیهی است احراز شرایط قابل قبول در تولید و کنترل فرآورده های پلاسمایی منوط و موکول به وجود امکانات صنعتی و پیشرفته متناسب و انتقال دانش فنی مربوط می باشد که گام های اولیه استفاده از علوم زیستی در کشور در زمینه تشخیص های جدید بیماریها به روش های بیوتکنولوژیک به لحاظ مشکلات معنونه از سال ۱۳۷۲ و با اعزام یک نفر از اعضا هیئت علمی انستیتو پاستور به اروپا جهت فراگیری تکنیک (Chain P.C.R Polymerase Reaction) آغاز گردیده است و تدریجاً این روش در کنار سایر ابعاد علوم زیستی و بیوتکنولوژیک در سطح کشور شناسایی و تکامل یافته است.

سازمان انتقال خون ایران از سال ۱۳۵۳ تاکنون تحت عناوین و اسامی مختلف محصولات خونی را تولید نموده و به موازات آن در فرآورده های خونی را نیز از خارج از کشور وارد نموده است.

با چنین وضعیتی ضرورت تحقیق در رابطه با سازمان انتقال خون ایران بر دادگاه فرض گردید و نتیجه این بررسی به شرح زیر ارائه می گردد:

الف) جمع آوری خون تولید فرآورده های خون و انواع فرآورده های انعقادی:

سازمان ملی انتقال خون ایران در سال ۱۳۵۳ به صورت سازمانی مستقل، با قانونی خاص و غیر وابسته به وزارت بهداشتی وقت تشکیل گردیده است. سازمان ابتدا در تهران و سپس در شهرهای شیراز، اهواز، ساری، مشهد و همدان تأسیس شد. قبل از تأسیس این سازمان مراکز دریافت خون در برخی بیمارستانها مثل مرکز خون ارتش و شیر خورشید ایران امر تهیه خون را عهده دار بودند و پس از تأسیس سازمان با تبلیغات گسترده از خون فروشی که از طریق دلالتان حرفه ای صورت می گرفت، جلوگیری به عمل آمد. سازمان ملی انتقال خون از بدو تشکیل به امر پالایش پلاسما، تهیه و تأمین فرآورده های مشتق از آن منجمله فاکتورهای انعقادی ۸ و ۹ از منبع اهدای داوطلبانه خون در ساختمان سازمان واقع در خیابان استاد نجات الهی اقدام می نمود. به موجب ماده واحده قانون تشکیل سازمان انتقال خون ایران مصوب سال ۱۳۶۱ مجلس شورای اسلامی و اساسنامه قانونی آن مصوب سال ۱۳۶۳ مجلس شورای اسلامی و به منظور توسعه و بهبود امور مربوط به انتقال خون در سراسر کشور و همچنین تهیه فرآورده های سلولی، پلاسمائی سازمان انتقال خون وابسته به وزارت بهداشتی تشکیل شده است و کلیه اموال و اعتبارات و تعهدات و کارکنان نیز به موجب ماده واحده مزبور به سازمان انتقال خون ایران واگذار شد و در ماده ۶ اساسنامه قانونی سازمان تهیه و تولید فرآورده های مختلف خونی و پلاسمای و سلولی و مشابه آن و انجام آزمایشات ایمنی و گروه بندی

برای آماده کردن خون نیز با توجه به بدیع بودن امر انتقال خون و وجود ظرافتها و پیچیدگی های آن و نیاز به توسعه و پژوهشهای علمی در زمینه تعیین و تکمیل روش های مناسب برای تهیه فرآورده های خونی و پلاسمایی و پژوهش های اختصاصی در زمینه تعیین و تکمیل روش های مناسب برای تهیه فرآورده های خونی و پلاسمایی و پژوهش های اختصاصی در زمینه ایمونوهماتولوژی و ایمونولوژی و شیمی، پروتئینها و زمینه های وابسته به عهده سازمان انتقال خون ایران قرار داده شده است.

این سازمان دارای تشکیلات کاملاً مستقل از وزارت بهداشت بوده و امر انتقال خون، تهیه فرآورده های خونی، نظارت و کنترل بر مراکز دریافت خون و تولید فرآورده های خونی را عهده دار شده و مطابق قانون تنها سازمان و تشکیلات مملکتی بوده است که می تواند در امر جمع آوری خون و تولید فرآورده های خونی فعالیت - نظارت - کنترل و تصمیم گیری نماید و سازمان ها و ادارات خارج از سازمان انتقال خون از جمله اداره نظارت بر دارو که بر اساس قوانین تشکیل وزارت بهداشت و درمان علیرغم حقوق قانونی عملاً اقدام به نظارت بر عملکرد سازمان مذکور ننموده و حتی در رابطه با واردات فرآورده های خونی متکی به اظهارنظرهای این سازمان بوده است.

بنا بر آخرین تحقیقات و مطالعات گسترده ای که در سطح کشورهای پیشرفته توسط محققین و صاحب نظران طب انتقال خون جهت رسیدن به حداکثر اطمینان از سلامت خون صورت گرفته است استفاده از منابع خونی اهدا کنندگان مستمر است. افرادی که ۳ الی ۴ بار خون اهدا می نمایند عملی ترین را انتخاب صحیح و درست اهداء کنندگان خون است که پزشک آموزش دیده انتقال خون اهدا

کنندگان را معالجه نموده سئوالاتی بر اساس استانداردهای بین المللی انتقال خون در زمینه های بیماری های عفونی و واگیردار و غیره از اهداء کننده بپرسد. یکی از وظایف عمده پزشکان مرحله مشاوره ایدز و دیگر بیماری های عفونی می باشد که برای تمامی مراجعه کنندگان انجام شده و مطالعاتی در مورد علائم و راه های انتقال و پیشگیری از ایدز به مراجعه کننده داده می شود، پس از گرفتن تاریخچه دقیق پزشکی و اطمینان از اینکه داوطلب اهداء خون هیچ یک از موارد مشکوک به ابتلاء به هپاتیت و ایدز را ندارد، توسط پزشک وقت پذیرش شده و خونگیری انجام می شود. این غربالگری اولیه با توجه به دوره پنهان بیماری های ایدز و هپاتیت از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. سازمان های انتقال خون در دنیا ضمن تکیه بر این مصاحبه ها در جهت تأمین خون سالم به منابع خون اهدا کنندگان مستمر تکیه می نمایند. یعنی افرادی که سابقه سلامت آنها در انتقال خون موجود است، حتی با اجرای سیستم های نظارت مرکزی و رایانه ای این امکان را از اهدا کننده سلب می نمایند، که اگر در یکی از مراکز خونگیری در مرحله مصاحبه و یا غربالگری اولیه رد شده است، در مرکز دیگر نتواند خون اهدا نماید (به مردانی که ۴ بار در سال و زنانی که ۳ بار در سال خون اهدا می نمایند اهدا کننده مستمر اطلاق می گردد).

پس از انجام خونگیری بلافاصله در بخش آزمایشگاه سازمان به گروه بندی آزمایشات لازم، VDRL, HIV₁₊₂, HBsAg, HCV و در برخی مناطق HTLV – 1 اقدام و نهایتاً پس از احراز عاری بودن خون از موارد فوق ابتدا پلاسماها تجزیه و سپس به سردخانه های اصلی منتقل و پس از اطمینان از سلامتی آنها توسط واحد تولید، فرآورده های پلاسمایی من جمله فاکتورهای انعقادی و

آلبومین تولید می گردد. (البته آزمایشات فوق الذکر به تدریج و در سال های مختلف شروع و در حال حاضر تماماً اجرا می شود).

در ضمن از بدو تولید پلاسما در سازمان و سپس در مرکز پژوهش خون ایران تاکنون تغییری در فرمولاسیون فاکتورهای ۸ و ۹ داده نشده است (فرمولاسیون تولید روشها و مواردی است ه برای ساخت دارو به کار می روند) به عبارت دیگر روش ساخت فاکتورهای مزبور در کلیه سالها یکسان بوده و تولید فاکتورهای کنستانتره انعقادی در سازمان انتقال خون با روشی مشابه توصیه شده صورت پذیرفته و هیچ تغییری در فرمولاسیون و اصول و مواد و روشهای تولید که باعث تغییری در کم و کیف آن بشود، صورت نپذیرفته است. مدیران عامل سازمان انتقال خون از زمان تأسیس سازمان انتقال خون ایران به ترتیب عبارتند از:

- | | | |
|-----|-------------------------------|----------------------------------|
| (۱) | آقای دکتر فریدون علا | از تاریخ ۵۳/۱۱/۲۲ لغایت ۵۹/۰۵/۱۸ |
| (۲) | آقای دکتر جلال فاطمی | از تاریخ ۵۹/۰۵/۱۸ لغایت ۶۵/۰۶/۰۸ |
| (۳) | آقای دکتر محمد تیرگان | از تاریخ ۶۵/۰۳/۰۸ لغایت ۶۵/۰۸/۰۳ |
| (۴) | آقای دکتر عباس معافی | از تاریخ ۶۵/۰۸/۰۳ لغایت ۶۵/۱۰/۱۸ |
| (۵) | آقای دکتر احد میلانی نیا | از تاریخ ۶۵/۱۰/۱۸ لغایت ۷۱/۰۶/۰۹ |
| (۶) | آقای دکتر محمد فرهادی لنگرودی | از تاریخ ۷۱/۰۶/۰۹ لغایت ۷۶/۰۷/۱۵ |
| (۷) | آقای دکتر محمد تقی خانی | از تاریخ ۷۶/۰۷/۱۵ لغایت ۷۹/۰۵/۱۹ |
| (۸) | آقای دکتر پورفتح اله | از تاریخ ۷۹/۰۵/۱۹ تا کنون |

بنابراین اهرم هایی که در حال حاضر برای حصول صحت و سلامتی در سازمان انتقال خون به کار می رود، عبارت است از:

۱ -انتخاب اهدا کننده سالم از طریق مصاحبه و انجام آزمایشات ضروری.

۲ -آزمایش بروی کلیه خون های اهدایی از نظر بیماری های عفونی منتقل شونده (ایدز، هپاتیت B، هپاتیت C، سفلیس)

۳ -آزمایش بر روی ذخیره های پلاسمایی مورد تهیه فرآورده های خونی تولیدی.

تولیدات سازمان از بدو تأسیس در ابتدا فرآورده های پلاسمایی اولیه خون چون کرایو و پلاسما و سپس فاکتور کمپلکس پروتئین، فاکتورهای ۸ و ۹ انعقادی، آلبومین و ایمونوگلوبین های عمومی و اختصاصی (کزاز، هپاتیت، هاری) و فرآورده های تشخیص آزمایشگاهی مانند سرم های گروه های خونی می باشد که برای هیچکدام از تولیدات، پروانه تولید دریافت نگردیده و قانون تولید با تعریف وزارت بهداشتی که در اساسنامه سازمان انتقال خون بصراحت درج گردیده، رعایت نشده است. اولین مسئول فنی رسمی سازمان، آقای دکتر مطلبی بوده است.

۴)آزمایش خون از نظر بیماری ایدز: تست (HIV) از سال ۱۳۷۰ و از نظر بیماری های هپاتیت B از سال ۱۳۵۵ در سازمان انجام می گرفته است. درخصوص کیت های تشخیص هپاتیت C نیز همانگونه که مورد تأیید کارشناسان مجرب سازمان پزشکی قانونی نیز واقع شده است اولین سری کیت های تشخیص در سال ۱۳۷۵ به ایران وارد شده است. باز هم وفق نظریه سازمان پزشکی قانونی سیستم ویروس زدایی موجود در سازمان انتقال خون قادر به نابودی ویروس هپاتیت C نبوده است. علیرغم

آنکه سازمان انتقال خون در اعلام خود به اداره دارو مدعی بکارگیری روش حرارتی انگلیسی که ۸۰ درجه حرارت طی ۷۲ ساعت بوده است، گردیده بود ولی کارشناسی سازمان پزشکی قانونی عملاً سیستم ویروس زدایی موجود این سازمان را فقط قادر به از بین بردن ویروس ایدز (در ۶۰ درجه سانتیگراد) اعلام نموده که عملاً نظریه پزشکی قانونی با ادعای سازمان مذکور بکلی تفاوت دارد و این واقعیت را وکیل خواهان ها مکرراً عدم تجهیز این سازمان به سیستم ویروس زدایی را در جلسات دادرسی و لوایح تقدیمی تصریح نموده است.

• تحقیقات دادگاه درباره سازمان انتقال خون ایران:

۱ - سازمان در سال ۱۳۵۳ شروع به کار نمود و از همان سال ۵۳ دریافت خون از اهدا کننده و تحویل به دریافت کننده خون اقدام می نمود.

۲ - این سازمان در همانسال ۵۳ یا ۵۴ نسبت به تولید فرآورده های خونی، پلاسما و فاکتورهای انعقادی ۸ و ۹ اقدام کرده است.

۳ - این سازمان مطابق اساسنامه قانونی مصوب مجلس شورای اسلامی سازمانی است مستقل دارای قانون، امکانات، بودجه و وظایف خاص بوده و در امر خون و تولید فرآورده های خون تنها سازمان موظف و مسئول در ایران می باشد که اجازه داشته است با تعریف وزارت بهداشت اقدام به تولید فرآورده های خونی نماید.

۴ - در سالهای اولیه نسبت به آزمایش هیپاتیت B و سفلیس از اهدا کننده اقدام می نموده است.

- ۵ - در سال ۱۳۷۰ واردات کیت HIV انجام شده و از اهدا کننده خون آزمایش ایدز به عمل می آورده است.
- ۶ - در سال ۱۳۷۵ واردات کیت هپاتیت C انجام شده و از آن تاریخ از اهدا کننده آزمایش هپاتیت C نیز به عمل آمده است.
- ۷ - در سال ۱۳۷۳ امر تولید فرآورده های خونی از محل سابق آن واقع در خیابان استاد نجات الهی به محل جدید یعنی مرکز پژوهش و پالایش خون واقع در اتوبان شیخ فضل اله نوری، تقاطع همت، انتقال یافته است.
- ۸ - تشکیل شرکت پژوهش و پالایش خون در سال ۱۳۷۸ مطابق قانون بوده است و تمامی وظایف - تعهدات، مسئولیت، امکانات و کادر پرسنلی، مرکز پژوهش و پالایش به شرکت جدید منتقل شده است.
- ۹ - سازمان انتقال خون معتقد است بهترین راه جلوگیری از عدم انتقال بیماری ایدز و هپاتیت غربالگری اهدا کنندگان خون می باشد و تا به حال به علت عدم امکانات به سیستم های ویروس زدایی حرارتی و S/D مجهز نشده است.
- ۱۰ - روش جمع آوری خون سازمان انتقال خون تا سال ۱۳۷۹ متکی به اهدا کنندگان اتفاقی و همچنین جمع آوری خون از طریق مراجعه به محل های تجمع مردم و همچنین جمع آوری خون به روش معروف خون فامیلی بخصوص در شهرستانها بوده است. در این روش خویشان و آشنایان نیازمندان به خون موظف بودند در برابر خون اهدائی اجباراً خون اهدا نمایند. از سال

۱۳۷۹ با تغییر شعار انتقال خون از اهدای خون، اهدای زندگی به اهدای خون سالم، اهدای زندگی و اخیراً اهدای خون سالم و مستمر اهدای زندگی، روش های منطبق با استانداردهای جهانی در دستور کار سازمان انتقال خون قرار گرفته که از ابعاد موفقیت روش مذکور اطلاعات کمی در دسترس است.

• استفاده از برهان «نفی سایر اسباب» در اثبات رابطه سببیت و علیت:

یکی از روشهایی که برای اثبات رابطه سببیت در مورد آلودگی های خونی مورد استفاده رویه قضایی کشور فرانسه قرار گرفته است. اثبات از طریق نفی سایر اسباب و عواملی است که احتمال علیت آنها در وقوع زیان (آلودگی) می رود، و تعیین یکی از اسباب که همان «انتقال خون» است. بدین بیان که هرگاه شخصی بعد از انتقال خون، علائم ابتلا به ویروس ایدز یا هپاتیت (یا سایر بیماریهایی که از طریق انتقال خون قابل انتقالند) در او آشکار شود و بطور قطعی محرز نشود که عامل انتقال بیماری به وی، خون تزریق شده به او بوده یا عامل دیگری سبب این ابتلاء بوده است، بلکه سببیت هر یک از این عوامل محتمل و ظنی باشد، به عبارت دیگر هرگاه سببیت سایر عوامل در انتقال بیماری به طور قطع و یقین ثابت نشود، فرض می شود که انتقال خون سبب این ابتلا بوده و در واقع خون تزریقی ، آلوده به ویروس آن بیماری بوده است. مثلاً شخص مصدوم است و نیاز به انتقال خون دارد، خون به او تزریق می شود، بعد از مدتی علائم بیماری ایدز در او آشکار می شود هرگاه عاملی که سببیت و علت ابتلای وی به ایدز باشد، به غیر از انتقال خون، ثابت نشود مثلاً ثابت نشود که از طریق رابطه جنسی یا

ژنتیکی به این بیماری مبتلا شده و یا قبلاً به این بیماری مبتلا بوده است، فرض می‌شود که در اثر تزریق خون به این بیماری مبتلا شده است، مگر اینکه خلاف آن ثابت شود، یعنی ثابت شود که عامل دیگری سبب ابتلای او به ویروس ایدز بوده است.

استفاده از این روش اثبات در موردی ممکن است که از نظر عقلی و علمی امکان وجود رابطه سببیت و علیت بین سبب ظاهری (انتقال خون) و زیان ایجاد شده (ابتلا به ایدز) وجود داشته باشد. چنانکه در مورد بحث از لحاظ علمی ثابت شده است که یکی از راههای انتقال ویروس ایدز، بوده است. استفاده از این روش اثبات در موردی ممکن است که از نظر عقلی و علمی امکان وجود رابطه سببیت و علیت بین سبب ظاهری (انتقال خون) و زیان ایجاد شده (ابتلا به ایدز) وجود داشته باشد. چنانکه در مورد بحث از لحاظ علمی ثابت شده است که یکی از راههای انتقال ویروس ایدز، انتقال از طریق خون است.

دادگاههای ماهوی فرانسه از مدتها قبل در راستای کمک به قربانی آلودگی خون که قادر به اثبات رابطه سببیت، (به طریق علمی)، بین ابتلا به بیماری و تزریق خون نبود و بر مبنای «اماره موضوعی» یا قضایی و (با وجود شرائط ماده ۱۳۵۳ قانون مدنی فرانسه که استفاده از امارات را از سوی قاضی منوط به قوی بودن، دقیق و همساز بودن آن می‌داند) وجود رابطه سببیت را بین انتقال خون به بیمار و ابتلای او به ویروس ایدز و یا سایر بیماریها که از طریق خون قابل انتقال بود، را محرز می‌دانستند. به این بیان که از ابتلاء به ایدز که بعد از انتقال خون آشکار شده و اینکه هیچ عامل دیگری که سبب

ابتلای بیمار به‌ایدز باشد، ثابت نشده است، به عنوان قرینه استفاده نموده و فرض می‌کردند که انتقال خون سبب ابتلاء به ایدز و... بوده است.

دیوان کشور فرانسه در ضمن آرایه که در ۹ مه و ۱۷ ژوئیه ۲۰۰۱ صادر نمود، یک‌نوع «اماره قانونی» ایجاد نمود. مطابق این آراء در مورد آلودگی‌های خونی هرگاه زیان‌دیده ثابت کند که اولاً ابتلای او به بیماری (مثلاً ایدز) بعد از انتقال خون آشکار شده، ثانیاً هیچ عامل و سبب دیگری که منشأ ابتلا باشد وجود ندارد، فرض می‌شود که علت بیماری، انتقال خون آلوده به او بوده است، مگر اینکه مرکز انتقال خون که آنرا تهیه و ارائه نموده ثابت کند که خون تزریق شده هیچ آلودگی نداشته است. نوآوری این آراء دیوان کشور فرانسه به نسبت تصمیمات دادگاههای ماهوی در این است که صرفاً بر مبنای امارات موضوعی بنا نشده‌است، بلکه دیوان کشور فرانسه، یک قاعده حقوقی را بیان داشته که از این پس، با وجود دو شرط فوق، رابطه سببیت را بین انتقال خون و ابتلاء به بیماری مفروض انگاشته است، به عبارت دیگر نوعی اماره قضایی تأسیس نموده است که این اماره نسبی پذیرفتنی است و خلاف آن قابل اثبات است. و از این پس قضات ماهوی در این موارد اختیار ارزیابی و اظهار نظر قضایی راجع به ارزش اثباتی قرائن و امارات موجود در خصوص احراز رابطه سببیت را ندارند و باوجود این دو شرط باید رابطه سببیت را مفروض انگارند و حکم به محکومیت مرکز انتقال خون بدهند. تنها امکان ارزیابی و اظهار نظر قضایی آنها در زمینه احراز این دو شرط است. در حالیکه تا قبل از آن «احراز رابطه سببیت» که علی‌الاصول یک امر ماهوی است، در این مورد نیز امری موضوعی بوده و ارزیابی آن در اختیار قضات بوده و می‌توانستند نظر موافق یا مخالف بدهند.

به اعتقاد نویسندگان حقوقی فرانسه، ایجاد این اماره قضایی «رابطه سببیت» اگرچه بطور کامل بار اثبات را از دوش زیان دیده بر نمی‌دارد. زیرا اثبات دو شرط فوق الذکر، برعهده اوست ولی تا حدودی کار زیان دیده تسهیل شده است، و وضعیت قربانی الودگی خون اعم از اینکه آلودگی به ایدز باشد یا غیرایدز یکسان شده است. توضیح اینکه در قانون ۳۱ دسامبر ۱۹۹۱ که در رابطه با جبران خسارت ناشی از ابتلا به ویروس ایدز از طریق انتقال خون تصویب شده است، در ماده ۴۷ آن، چنین اماره قانونی به نفع مبتلا به ایدز ایجاد شده بود، ولی نسبت به قربانیان مبتلا به سایر بیماریها از جمله هپاتیت چنین اماره‌ای وجود نداشت.

لازم به ذکر است که این نحوه استدلال، موجب قطع و یقین به وجود رابطه سببیت نمی‌گردد ولی رویه قضایی فرانسه و دکتر آن وجود ظن قوی برای اثبات رابطه سببیت را کافی دانسته‌اند. و به تعبیر یکی از نویسندگان حقوقی فرانسه، «حقوق امری را که به اندازه کافی محتمل است، مسلم فرض می‌کند».

در حقوق ایران و مطابق نظر گروهی از فقها، قاضی می‌تواند بر مبنای علم خود حکم صادر کند، از دیدگاه حقوقی مطابق ماده ۱۳۲۴ ق.م. دادگاه می‌تواند بر مبنای امارات قضایی حکم صادر کند، به این معنا که هرگاه از مجموع قرائن و شواهد و اوضاع و احوال موجود هر دعوی وجدان قاضی نسبت به نتیجه‌ای متقاعد شود و به عبارتی علم عرفی و اطمینان نسبت به موضوع پیدا کند. می‌تواند بر مبنای آن حکم صادر کند، هر چند برای اوقطع و یقین در معنای منطقی حاصل نشده باشد.

در مساله مورد بحث نیز ممکن است دادگاه از بررسی اوضاع و احوال موجود و اینکه علائم بیماری بعد از انتقال خون آشکار شده است و از سویی هیچ عامل و سبب دیگری که بتواند علت این بیماری باشد شناخته نشده است، به این نتیجه برسد که علت بیماری، تزریق خون و فرآورده های خونی بوده است. به عبارتی یا از زاویه ای دیگر خون و فرآورده های خونی تزریق شده به او، آلوده بوده است و بدین طریق می توان رابطه سببیت را احراز کند.

مستندات موجود در پرونده کیفری با قطعیت ناکافی بودن تجهیزات سازمان انتقال خون را در تولید فرآورده های خونی سالم تأیید می نماید و از سوی دیگر نقص موجود در تولید بر اساس نظریه های علمی آلودگی محصولات را تأیید می نماید. اداره نظارت بر دارو برای هیچکدام از محصولات تولید شده پروانه صادر ننموده و از سوی دیگر مانع توزیع آنها نگردیده است.

البته ممکن است این ایراد گرفته شود که از این دو مقدمه یقین و قطع نسبت به سببیت بین انتقال خون و ابتلاء به بیماری حاصل نمی شود و احتمال خلاف آن وجود دارد؛ در رفع این ایراد باید گفت اصولاً هر اماره قضایی صرفاً ایجاد اطمینان یا علم عرفی می کند، علمی که از لحاظ عرف معتبر است و بطور متعارف به آن اعتبار شده و ترتیب اثر داده میشود و هیچگاه ایجاد قطع نمی کند. به همین خاطر تاب مقابله با دلیل مستقیم راندارد. با وجود این، دادگاه قانوناً مجاز به استناد به این نوع امارات می باشد.

• استفاده از قاعده فقهی «سبر و تقسیم» در اثبات رابطه سببیت و علت:

در حقوق اسلام نیز استفاده از این روش اثباتی دارای سابقه است. و در مبحث قیاس برای اثبات علت حکم در اصل، از این روش استفاده شده است، و از آن به روش «سبر و تقسیم» تعبیر میشود. توضیح اینکه در فقه شیعه قیاس فقهی (تمثیل منطقی) اصولاً به عنوان روش برای استنباط احکام، حجت نیست، مگر اینکه قیاس منصوص العله باشد. یعنی شارع در تشریع اصل حکم، به علت حکم نیز تصریح کرده باشد. اما در فرضی که شارع به علت حکم تصریح نکرده است، چنانچه بتوانیم به روشی علت حکم را استنباط کنیم، در فقه عامه این نوع قیاس حجت است، ولی در فقه شیعه علی الاصول حجت نیست مگر با شرائط خاص. یکی از روشهایی که برای استنباط علت حکم در اصل به کار می‌رود، روش «سبر و تقسیم» که به نوعی می‌توان آن را استقراء منطقی دانست. مثلاً هرگاه حکمی شرعی مبنی بر حرمت ربا در گندم تشریع شده ولی علت آن بیان نشده باشد و در مورد برنج حکمی شرعی وجود نداشته باشد در اینجا آیا به کمک قیاس می‌توان ربا در برنج را نیز حرام دانست؟ در این فرض برای استنباط علت حکم در اصل (حرمت ربا در گندم) به روش "سبر و تقسیم" اینگونه عمل میشود که بررسی شود آیا، علت حکم، حرمت ربا در گندم، شکل آنست و یا اینکه چون غذای انسانهاست، حرام است.

هرگاه به این نتیجه برسیم که اینها نمی‌توانند علت حرمت ربا در گندم باشند، با نفی آنها می‌توان نتیجه گرفت که علت حکم حرمت ربا در گندم، مکیل یا موزون بودن گندم است. با حصول این نتیجه می‌توان گفت که در هر مکیل و موزون دیگر از جمله برنج نیز ربا حرام است. استفاده از این روش اثباتی برای تعیین علت حکم در فقه شیعه با وجود دو شرط پذیرفته شده است اولاً علل حکم منحصر

به همان مواردی باشد که مورد بررسی و آزمایش قرار گرفته‌اند؛ ثانیاً نفی سایر علل، یقینی و قطعی باشد. علت چنین سختگیری در این موارد، این است که تعیین علت حکم شارع به راحتی میسر نیست و بدون این شرائط مانمی‌توانیم نسبت به علت عامل مورد نظر در تشریع اصل حکم، قطع حاصل کنیم و حجیت ظن هم نیاز به دلیل دارد.

اما در مسأله مورد بحث دادگاه چنین محدودیتی وجود ندارد، زیرا دادگاه در صدد تعیین علت حکم شرعی نیست، بلکه در صدد تعیین و تشخیص موضوع حکم (صغری)، و در تشخیص صغری که علی الاصول توسط قاضی صورت می‌گیرد عمل به ظن قوی (اطمینان) پذیرفته شده است. چنانکه در مورد شهادت شهود هم ممکن است قطع حاصل نشود ولی در صورت احراز شرائط و عدم دلیلی بر بی‌اعتباری آن قاضی باید براساس آن حکم صادر کند، هر چند احتمال اثبات خلاف واقع بودن شهادت، وجود دارد یعنی ممکن است بعداً معلوم شود که شهود، شهادت به کذب داده‌اند و این به معنای عدم حصول قطع به مؤدای شهادت است. زمانی می‌توانیم بگوییم نسبت به امری قطع داریم که احتمال خلاف آن وجود نداشته باشد. بنابراین در تشخیص صغریات و موضوع احکام علی‌الاصول به علم عرفی (اطمینان) عمل می‌شود.

• قاعده فقهی هشدار (تذذیر):

در یکی از مسائل مربوط به مسئولیت افراد نسبت به اعمال و افعالشان فقها به بیان قاعده تحت عنوان «قد اعذر من احذر» پرداخته‌اند. طبق این قاعده اگر کسی قبل از انجام دادن کاری هشدار دهد ولی

شنونده به هشدار او توجه نکند و بر علت آن کار جنایتی بوجود آید، هشدار دهنده مسئولیتی نخواهد داشت و عناصر رفع مسئولیت بشرح زیر است:

۱ - هشدار مؤثر: این اعلام به نحو مؤثر و با هر وسیله ممکن هشدار و اعلام خطر را به گوش کسانی که در معرض خطر قرار دارند برساند.

۲ - وصول هشدار به خسارت دیده: خسارت دیده باید هشدار را بشنود در صورتیکه بهر دلیل هشدار به هشداردهنده نرسد مسئول است.

۱ ۴ - امکان گریز برای خسارت دیده: باید امکان دور شدن از صحنه خطر برای مخاطب وجود

داشته باشد. به این معنی که مخاطب فرصت گریز داشته باشد،

۲ ۴ - توانایی جسمی گریز از صحنه خطر را داشته باشد،

۳ ۴ - شرایط محیط و اوضاع و احوال صحنه خطر اجازه دور شدن را از محل خطر به مخاطب

بدهد.

قوانین فقهی در قلمرو اجتماع و عرصه های کلان و روابط انسان ها با طبیعت دیگر انسانها و تعامل

بین انسانها و حکومت و روابط بین الملل دارای نقش حیاتی می باشد. از سوی دیگر این روابط و

بایدها و نبایدها بر اثر تحول و پیشرفت علوم و فنون، اختراعات و اکتشافات و روش های روزآمد

پیوسته در حال تغییر و تحول هستند بنابراین چگونه می توان ادعا کرد که اسلام دین جاودان و

جهان مشمول و برای همه اعصار است. در حالیکه هر روز تغییرات گسترده در روابط اجتماعی انسان

ها بر اثر پیشرفت علوم و فنون پدید می آید. اما قانون شریعت ثابت است و با پذیرش تغییرات

گسترده در روابط اجتماعی توانایی کافی پویا و درونی را برای هدایت تحولات به سمت اهداف شریعت در تمام عرصه های اجتماعی را دارد. بعلاوه ممکن است موضوعات و ماهیت و مصادیق و عناوین احکام از تمامی عرصه های اجتماعی دگرگون شده و موضوعات جدیدی در عرصه روابط اجتماعی پدید آید دگرگونیهایی که منشا تغییر احکام از ناحیه تغییر در روابط انسانها با هم و تعامل با دولت و منابع و همچنین تغییر در موضوعات و مصداق ها و عنوان ها و بایدها و نبایدها تحقق می پذیرد. این چالش از نظر فقهای ژرف اندیش پنهان نمانده، شهید مطهری برای پاسخ به این قضیه احکام ثابت و متغیر را مطرح کرد و شهید سید محمد باقر صدر منطقه الفراغ را طراحی نموده و امام خمینی نیز با طرح بحث نقش زمان و مکان در اجتهاد پویش مستمری برای یافتن پاسخ پرش ابداع کرده اند.

فقه یا پذیرش تحولات جوامع و روابط اجتماعی، توانایی کافی، پویا و درونی را برای هدایت این مقوله ها گام های مهمی به سمت عدالت اجتماعی برداشته است.

• مطالعات تطبیقی دادگاه در موارد مشابه این پرونده در دیگر کشورهای جهان:

دادگاه در جهت تکمیل تحقیقات و به منظور احراز چگونگی برخورد نظامهای حقوقی و مسئولیت مدنی دولت ها هنگام جبران خسارت در موارد مشابه به این پرونده اقدام به مطالعه و تحقیقات تطبیقی نمود که حاصل این مطالعه ارائه می گردد. در مورد کشور کانادا با توجه به دقتی که در تأمین ضرر و زیان بیماران در آن بکار رفته است به تفصیل منعکس می نماید. در مطالعات تطبیقی، دادگاه به نتیجه کلی زیر دست یافته است: تلاش آلوده شدگان از طریق خون و فرآورده های خونی

به ویروس ایدز جهت اخذ غرامت از دولت ها از سال ۱۹۸۵ به بعد با شدت و ضعف در کشورهای مختلف دنیا جاری و در بسیاری از موارد دعوای قضایی به نفع خواهان ها خاتمه یافته است. در اطلاعات منتشره توسط فدراسیون جهانی هموفیلی که در سال ۱۹۹۵ به روز گردیده است، کشورهایی را که از آنها اطلاعات در اختیار داشته است به پنج گروه تقسیم نموده است:

۱- کشورهایی که حمایت دولت از بیماران آلوده شده به ویروس ایدز جلب گردیده و کمک به بیماران از طرق غیردولتی و تشکیل کمیته های مشخص میسر گردیده است از نمونه های موفق این نوع عمل کشورهای آمریکا، برزیل و بلژیک است.

۲- کشورهایی که حمایت مستقیم دولت شامل بیماران آلوده شده به ایدز گردیده و به این بیماران غرامت مورد تشخیص دادگاه پرداخت گردیده است. (کانادا، دانمارک، هنگ کنگ، مجارستان، ایتالیا، پرتغال و لیتوانی).

۳- کشورهایی که از طریق توسل به قوه قضائیه به موازات محکوم شدن دولت ها یا شرکت ها به پرداخت غرامت به وضعیت بیماران مبتلا به ایدز رسیدگی شده است. (بلغارستان، فنلاند، هند، مالت، نیوزیلند، نروژ و سوئد).

۴- کشورهایی که از طریق حمایت دولت و بخش خصوصی توأمان برای بیماران مبتلا به ایدز غرامت تأمین گردیده است. (استرالیا، فرانسه، آلمان، ایرلند، ژاپن، نیوزیلند، آفریقای جنوبی، اسپانیا و انگلیس).

۵- کشورهایی که کمک به بیماران بصورت غیر مستقیم و از طریق سازمان های تأمین اجتماعی این کشورها صورت گرفته و در حقیقت انجمن مدافع بیماران از کمک ها بهره مند گردیده است. (کوبا، یونان و تایلند).

آنچه که در پرداخت غرامت به بیماران مبتلا به ایدز در تمامی کشورها مد نظر قرار گرفته، سن آلوده شدگان به ویروس ایدز است. در یک روش مشترک به افراد بزرگسال غرامت بیشتری تعلق یافته است. موقعیت اجتماعی آلوده شدگان، تأهل و تعداد فرزندان در تعیین میزان غرامت بسیار مورد توجه قرار گرفته است. این غرامت ها به دو شکل یا بصورت یکجا و یا بصورت ماهیانه به افراد مبتلا تا آخر عمر پرداخت می گردد و در موارد پرداخت ماهیانه طی طول عمر افزایش مستمری ها با توجه به تورم اقتصادی پیش بینی شده است.

■ برای نمونه در کشور کانادا به هر بیمار مبتلا به ایدز سالیانه سی هزار دلار غرامت تا آخر عمر فرد بیمار پرداخت می شود.

■ برای بازماندگان فوت شدگان سالیانه بیست هزار دلار تا پنج سال، جمعاً یکصد هزار دلار پرداخت می گردد.

یا در هنگ کنگ دولت به شرح زیر غرامت به مصرف کنندگان خون و فرآورده های خونی آلوده به HIV غرامت پرداخت نموده است:

■ بیمارانی که دارای همسر و فرزند می باشند یک میلیون دلار

■ بیمارانی که فقط همسر داشته اند هفتصد و پنجاه هزار دلار

▪ بیماران مجرد شش هزار دلار

▪ کودکانی که آلوده شده اند سه هزار دلار

▪ وابستگان بیماران که از طریق بیمار آلوده شده اند سه هزار دلار

دولت ژاپن برای بیماران آلوده شده هموفیلی بالای ۱۸ سال ماهیانه ۲۳۲۸ دلار و برای افراد آلوده

شده کوچکتر ماهیانه ۹۴۷ دلار مستمری تعیین نموده است. دولت لیتوانی نیز ضمن اختصاص ۴۱۵

هزار دلار غرامت به هر بیمار مستمری معادل ۱۳۵۰ دلار به صورت ماهیانه برای بیماران تعیین

نموده است.

دولت های ایرلند، انگلیس، استرالیا، کانادا، ژاپن، آلمان، سوئد، دانمارک، نروژ، سوئیس، اسپانیا،

اتریش، نیوزیلند، هلند و فرانسه اقداماتی را بصورت های مختلف در جهت پرداخت غرامت به آلوده

شدگان از طریق خون و فرآورده های خونی به انجام رسانیده اند.

فدراسیون جهانی هموفیلی WFH گزارشی از چگونگی پرداخت غرامت به بیماران آلوده شده به

ویروس ایدز در کشورهای مختلف جهان تهیه کرده است که مورد توجه دادگاه قرار گرفته است:

• توضیحات عمومی و جدول پرداخت غرامت به آلوده شدگان HIV در کشورهای مختلف:

در حال حاضر نمی توان حتی بطور نسبی سطح و مقدار کمک های مالی را که کشورهای عضو

WFH پرداخته اند تعیین کرد. زیرا اطلاعات ما در مورد هر جامعه و سیستم بیمه بهداشتی آن و

خدمات ارائه شده از طرف آن ها کافی نیست. هنوز هم در رابطه با جمع آوری اطلاعات، WFH در

مرحله پرسش از کشورهای عضو می باشد.

مقادی‌ری که کشور‌های عضو در حال حاضر به هر بیمار مبتلا به ایدز پرداخت کرده اند

کشور	دلار آمریکا
ایرلند	۱۶۴/۰۰۰ - ۱۲۵/۰۰۰
بریتانیای کبیر	۱۳۰/۰۰۰ - ۷۶/۰۰۰
استرالیا	۲۲۳/۰۰۰ (۱۱۱-۴۴۵)
استرالیای غربی - جنوبی - شمالی	۱۷/۰۰۰ - ۵/۰۰۰
سایر ایالتها	(در طول چهار سال) ۱۰۴/۰۰۰
کانادا	۴۹/۰۰۰ (۲۸ - ۲۱۶/۰۰۰)
ژاپن	۱۱۱/۰۰۰ به علاوه بسته
آلمان	بسته به درآمد خانواده ها
سوئد	۶۱/۰۰۰ - ۵۱/۰۰۰
دانمارک	۴۰/۰۰۰
نروژ	۳۹/۰۰۰
فرانسه	۳۶/۰۰۰ (۲۳/۰۰۰ - ۴۹/۰۰۰)
سوئیس	۳۵/۰۰۰
اسپانیا	۷/۵۰۰ - ۳۰/۰۰۰
اتریش	۸/۵۰۰ - ۲۵/۰۰۰
	(به علاوه ماهیانه مبلغ ۲۴۴-۸۱)
نیوزیلند	۱۶/۵۰۰

در اطلاعات منتشره توسط فدراسیون جهانی هموفیلی که در سال ۱۹۹۵ به روز گردیده کشورهای که از آن اطلاعات در اختیار داشته اند. به چند گروه تقسیم شده است. همچنین در رابطه با آلوده شدگان به ویروس هپاتیت C شکایاتی از طرف مصرف کنندگان خون و فرآورده های خونی در کشورهای مختلف از جمله استرالیا، بلژیک، برزیل، بلغارستان، کانادا، کوبا، دانمارک، مصر، استونی، فنلاند، گرجستان، آلمان، یونان، هنگ کنگ، هند، ایرلند، اسرائیل، ایتالیا، جامائیکا، کره جنوبی، کویت، مالزی، مالت، نیوزیلند، نروژ، لهستان، پرتغال اسپانیا، سوئد، تایلند، انگلیس، آمریکا، ونزوئلا و ... مطرح گردیده است. که بصورت های مختلف جاری و بر اساس اطلاعات قابل دسترس دادگاه در کشورهای ایرلند، ایتالیا، نیوزیلند تا سال ۱۹۹۵ به نتیجه قطعی رسید و در کانادا نیز شکایت الوده شدگان به ویروس هپاتیت C به پرداخت غرامت منتهی گردیده است. مورد اخیر با توجه به تقسیم بندی های دقیق و لحاظ کردن مختصات بیماران در پرداخت غرامت از تجربیات ارزنده و قابل توجه است که دادگاه بصورت مفصل آن را در رأی منعکس می نماید.

همچنین در استرالیا، فرانسه، هند، انگلستان، پرداخت غرامت تقریباً قطعیت یافته است. در میان تجربیات موجود در رابطه با هپاتیت C در نظام های قضائی کشورهای مختلف تصویب قانون در ایتالیا مبنی بر پرداخت غرامت به آلوده شدگان هپاتیت C، B، A بسیار قابل توجه و همچنین تجربه کشور نیوزیلند بسیار ارزشمند می باشد.

• چگونگی پرداخت غرامت افراد آلوده به ویروس HCV از جمله هموفیلی ها در کانادا:

(تفاهم نامه اول ژانویه ۱۹۸۶ تا اول جولای ۱۹۹۰)

با توجه به اینکه تعداد بسیار یادی از خواهان های پرونده آلوده به ویروس هپاتیت C گردیده اند. دادگاه در مطالبات تطبیقی خود ضمن بررسی چگونگی پرداخت غرامت به این نوع بیماران در کانادا ضمن برخوردار شدن از اطلاعات بیشتر در رابطه با بیماری هپاتیت C و سیر پیشرونده آن از تجربه مذکور در اظهارنظر منطبق بر قوانین قضایی و فقهی ایران بهره کاملی برده است. دادگاه ضمن بهره برداری توجه خواندگان پرونده را به تجربه مذکور جلب نموده و با توجه به اینکه موارد جدید این نوع آلودگی ها که بی تردید محتمل است و همچنین مصرف کنندگان خون و فرآورده های خونی که اخیراً از مشکل آلودگی خود مطلع شده اند، تجربه کانادا بصورت کاربردی قابلیت آن را دارد که با برنامه ریزی خواندگان که هر دو بخشی از ساختار دولت و مسئولیت های قانونی در برابر خواهان ها را دارند. نکته قابل توجه ای که در تفاهم نامه مذکور اهمیت دارد و از محورهای دفاع خواندگان محسوب می گردد اظهار نظر قاطع درباره راه آلودگی بیماران هموفیلی و تالاسمی ماژور است که قاطعانه راه آلودگی را خون و فرآورده های مشخص نموده و آن را اثبات شده تلقی نموده اند و در رابطه با دیگر مصرف کنندگان خون و فرآورده های خون اثبات راه آلودگی را ضرروی تشخیص داده اند. خارج از سیستم قضایی به امور این آلوده شدگان طی تفاهم نامه ها و تشکیل صندوق خاص رسیدگی نمایند.

راهنمای قرارداد پرداخت غرامت به آلوده شدگان به ویروس HCV در کانادا برای توضیح

تفاهم نامه ای که بین دولت و آلوده شدگان بالغ بر یکصد صفحه به صورت پرسش و پاسخ انتشار

یافته است. در این راهنما مجموعه ای از اطلاعات وجود دارد که عملاً روشنگر ماهیت قرارداد نیز هست. خلاصه ای از این راهنما به شرح زیر است:

س ۱: این قرارداد چه افرادی را شامل می شود؟

الف) بیماران هموفیلی و افراد خانواده آنها که احتمالاً آلوده شده اند. ب) بیماران تالاسمی ماژور و اعضای خانواده آنها که احتمالاً آلوده شده اند. ج) افرادی که از طریق مصرف موردی خون و فرآورده های آن آلوده شده اند.

تذکر مهم: بررسی راه های دیگر آلودگی برای بیماران هموفیلی و تالاسمی لزومی ندارد و اصل بر آلودگی از طریق خون است اما در افراد دیگر با نظر پزشکان متخصص باید آلودگی آن ها از طریق خون گواهی شود. در این قرار داد متذکر شده اند که هیچ مرجع دیگری جز پزشکان حق اظهار نظر ندارند.

س ۲: این قرارداد چه امتیازاتی دارد؟

- الف) این قرارداد امکان انطباق بر شرایط را متناسب با تغییرات اقتصادی داراست.
- ب) در این قرارداد برای افرادی که نان آور خانواده اند، ضرر و زیان بیشتری پیش بینی گردیده است.
- ج) در این قرارداد به کودکان توجه ویژه شده است.
- د) با این قرارداد عملاً مراجعه انفرادی به دادگاه ها لزومی ندارد، ضمن آن که دادگاه نیز بر چگونگی اجرای این قرار داد نظارت دارد.

ه) اگر افرادی از چگونگی اجرای مفاد قرارداد شکایتی داشته باشند، می توانند شکایت خود را به دادگاه تسلیم نمایند.

و) به اعضای این قرارداد هزینه های پرستاری در منزل، هزینه های آزمایشگاهی و درمانی، هزینه ایاب و ذهاب و غذا نیز پرداخت می شود.

س ۳: چگونه می توان عضو این قرار داد شد؟

هر فردی با تکمیل کردن فرم درخواست و ارائه مدارک عضو این قرارداد می شود و تا لحظه ای که مایل است می تواند عضو باقی بماند، در صورت عضویت در این قرارداد عملاً امکان دیگر پیگیری های قانونی وجود ندارد. در عین حال قرارداد اختیاری است و فرد می تواند اگر مایل بود از طریق محاکم و دادگاه ها شکایت خود را پیگیری کند.

س ۴: بودجه این قرارداد چقدر است؟ آیا بودجه آن همیشه تأمین است؟

بودجه این قرارداد از ۳۰ سپتامبر ۱۹۹۹ در یک حساب بانکی با همکاری مجموعه ای از وزارت خانه های دولتی و سازمان ها و مؤسسات حمایت کننده از بیماران به مبلغ ۱/۲ بلیون دلار مسدود شده است و این غرامت ها از محل سود بانکی پرداخت می شود. بر اساس مصوبه دولتی، به این پول در عین حالی که از مالیات معاف است، بالاترین درصد سود بانکی ممکن نیز تعلق می گیرد و هر سه سال یکبار شرایط بانکی می تواند تجدیدنظر شود. بر اساس بررسی کارشناسان اقتصادی برای حفظ موجودی سقف مشخصی در رابطه با پرداخت ها در مراحل مختلف تعیین شده است که همواره موجودی تأمین باشد. دادگاه ها بر مدیریت این صندوق نظارت کامل دارند.

س ۵: با توجه به روند رشد بیماری HCV و این که فرد نمی تواند آینده خود را پیش بینی کند. یعنی به عبارت دیگر مرحله رشد بیماری از ناقل ویروس HCV تا ابتلا به سرطان کبد در اختیار فرد نیست، چه تمهیداتی در این قرارداد پیش بینی شده است؟

در این قرارداد ۶ مرحله پیش بینی شده است و در هر مرحله متناسب با وضعیت بیمار غرامت پرداخت می شود.

مرحله اول: پاسخ آزمایش HCV بیمار مثبت است و فرد در حقیقت فقط ناقل است. در این مرحله ۱۰۰۰۰ دلار به بیمار پرداخت می گردد.

مرحله دوم: پاسخ آزمایش PCR نیز مثبت است در این مرحله ۲۰۰۰۰ دلار به بیمار پرداخت می گردد.

مرحله سوم: کبد بیمار گرفتار فیروز (بافت های کبد سخت می شود) شده است و بیمار تحت درمان داروهای پروتکل درمانی HCV قرار گرفته است. در این مرحله ۳۰۰۰۰۰ دلار به بیمار پرداخت و به ازای هر ماه تحت درمان هزار دلار هزینه درمانی پرداخت می گردد.

مرحله چهارم: بیماری کبد پیشرفته تر شده است. این مرحله موسوم به سیروز کبدی (سرطان کبد) که مرحله پیشرفته فیروز کبدی است.

در این مرحله ۶۰۰۰۰ = ۳۰۰۰۰ + مرحله سوم + ۲۰۰۰۰ + مرحله دوم + ۱۰۰۰۰ مرحله اول

مرحله ششم: کبد به علت سیروز کبدی عملاً از بین رفته و بیمار در مرحله پیوند کبد قرار گرفته است و همچنین عوارض سیروز کبدی در کلیه نیز ظهور یافته است و حتی در مواردی نیاز به

دیالیزاست. در این مرحله ۲۲۵۰۰۰ هزار دلار = (۱۰۰۰۰۰۰ مرحله پنجم + ۶۵۰۰۰ مرحله چهارم + ۳۰۰۰۰ مرحله سوم + ۲۰۰۰۰ مرحله دوم + ۱۰۰۰۰۰ مرحله اول) و هزینه های درمانی ماهیانه ۱۰۰۰ دلار پرداخت می شود. همچنین موضوع از کارافتادگی بیمار به صورت موردی بررسی می گردد.

مجموعه موارد بالا کلیت اجرایی قرارداد پرداخت غرامت به بیماران هموفیلی است که در کتاب کاملی کلیه جزئیات حقوقی و اجرایی آن پیش بینی شده است. یک نسخه از این قرارداد در پرونده دادگاه موجود می باشد.

• چگونگی احقاق حق آلوده شدگان از طریق خون و فرآورده های خونی در فرانسه:

با توجه به اینکه مبناهای اصلی قوانین قضایی ایران از حقوق فرانسه الهام گرفته است دادگاه مطالعه ویژه ای را در رابطه با چگونگی برخورد دستگاه قضایی و دولت فرانسه با موضوع آلوده شدگان از طریق خون و فرآورده های خونی به انجام رسانده که بی تردید در قضاوت دادگاه و استخراج روش های کشف حقیقت و رابطه سببیت و علیت مؤثر و تأثیر گذار بوده است. فرانسه از جمله کشورهایی است که با این مشکل بصورت گسترده مواجه گردید. مسئولین انتقال خون فرانسه در رابطه با مشکلاتی که "رسوایی خون" از طریق افکار عمومی نامیده شده سالها در مراجع مورد بازخواست قرار گرفتند. شرکت فرانسوی "ماریو" نیز در عرصه ملی و بین المللی در رابطه با آلودگی های ناشی از مصرف فرآورده های خونی آلوده به ایدز تحت تعقیب قرار گرفته و غرامت های هنگفتی را پرداخت نموده است. محصولات شرکت مذکور نیز در ایران مورد استفاده قرار گرفته و آلودگی تعدادی از

خواهان این پرونده به ایدز از طرف خواندگان به محصولات این شرکت نسبت داده شده است که از موارد منعکس در پرونده کیفری نیز می باشد. از آنجا که مسئولیت سلامت داروهای وارداتی بر عهده وزارت بهداشت و درمان است دادگاه خود را فارغ از بررسی اظهارات خواندگان در این رابطه می داند.

0 مسئولیت مراکز انتقال خون، مسئولیت نوعی بر مبنای تعهد ایمنی

در حقوق فرانسه، دیوان کشور فرانسه، در راستای حرکتی که به سمت پذیرش مسئولیت نوعی پزشک ایجاد شده بود، اولین بار در سال ۱۹۹۵ به طور صریح مسئولیت نوعی را برای مراکز انتقال خون پذیرفت. مطابق این رأی که در ۱۲ آوریل ۱۹۹۵ از شعبه اول مدنی دیوان کشور فرانسه، صادر شد، مرکز انتقال خون به عنوان تهیه و توزیع کننده خون، یک نوع تعهد ایمنی دارد و باید خون یا فرآورده خونی را به مصرف کننده تحویل دهد که از هر نوع عیب و آلودگی بری باشد. بر این اساس هرگاه در اثر آلودگی یا عیب خون، به گیرنده آن زبانی برسد، مرکز مسئول است، مگر اینکه وجود عامل خارجی را ثابت نماید، یعنی ثابت کند که نقض تعهد ایمنی او و آلوده بودن خون، ناشی از یک عامل خارجی بوده که نمی توان منتسب به او دانست. امری که در هر تعهد به نتیجه، عامل معاف کننده متعهد است.

دیوان کشور فرانسه، در رأی دیگری که در همان تاریخ (۱۲ آوریل ۱۹۹۵) صادر می کند، مقرر می دارد که آلودگی های ویروسی خون که در زمان انتقال، غیر قابل کشف بوده است، عامل خارجی محسوب نمی شود و رافع مسئولیت مرکز انتقال خون نیست.

علاوه بر این راه حل، که مطابق قواعد عمومی مسئولیت مدنی و توسط رویه قضایی ایجاد شده، طبق قانون ۱۹ مه ۱۹۹۸ (مواد ۱-۱۳۸۶ به بعد قانون مدنی فرانسه) که راجع به مسئولیت ناشی از عیب تولید است، مراکز انتقال خون به عنوان تولید کننده، مسئول زیان ناشی از آلودگی خون هستند. و «خطر توسعه» که یک عامل معاف کننده برای تولید کننده است، در مورد فرآورده های خونی وجود ندارد (۱۲-۱۳۸۶ ق.م. فرانسه)

این تعهد ایمنی یک نوع تعهد فرعی است که بر مبنای ماده ۱۱۳۵ قانون مدنی برعهده تولیدکننده (مرکز انتقال) خون قرار می گیرد و مستقل از تضمین عیب مخفی کالا است که مطابق قانون مدنی برعهده فروشنده است (ماده ۱۶۴۵ ق.م.ف). بنابراین حتی اگر خون از نظر حقوقی، کالای تجاری محسوب نشود و مبیع به حساب نیاید، مرکز انتقال خون از باب مسئولیت ناشی از عیب تولید مسئول است.

در حقوق انگلیس در عمل دادگاهها، مسئولیت مطلق مرکز انتقال خون را بر مبنای قانون حمایت از مصرف کننده مصوب ۱۹۸۸، پذیرفته اند.

در حقوق فرانسه، از آنجایی که طبق نظر حقوقدانان، انتقال خون، نوعی خدمت عمومی محسوب میشود، در صورتی که بتوان در زمینه کنترل با سازماندهی انتقال خون، تقصیری را متوجه دولت دانست، دولت مسئول جبران خسارت ناشی از انتقال خون آلوده است. در دعوایی که یکی از بیماران هموفیلی که در اثر انتقال خون آلوده به بیماری ایدز مبتلا شده بود، علیه دولت فرانسه مطرح کرده بود، دادگاه حقوق بشر اروپا، در ۳۱ مارس ۱۹۹۲، دولت فرانسه را محکوم به جبران خسارت نمود.

• جبران خسارت ناشی از انتقال خون آلوده بر مبنای روش خاص (فرانسه)

کشف ویروسهای ایدز و هپاتیت A, B و گسترش آلودگی ناشی از آن و افزایش تعداد بیماران مبتلا به ویروس ایدز، در برخی از کشورها قانونگذار را بر آن داشت تا روش خاصی را برای جبران خسارت قربانیان این نوع آلودگیها، ایجاد کند و با تأسیس صندوق خاص بر مبنای همبستگی عمومی این نوع زیانها را جبران نماید.

در حقوق فرانسه، تا زمان تصویب قانون ۴ مارس ۲۰۰۲ که رژیم خاصی برای جبران حوادث پزشکی ایجاد کرد، جبران خسارت ناشی از حوادث پزشکی تابع قواعد عمومی مسئولیت مدنی بود. در ۳۱ دسامبر ۱۹۹۱، قانونی موسوم به قانون ۳۱ دسامبر ۱۹۹۱ به تصویب رسید که به موجب آن در صورتی که در نتیجه انتقال خون آلوده، شخص، مبتلا به ویروس ایدز گردد از محل صندوق خاصی که به همین منظور تأسیس شده است، جبران خسارت میشود. بودجه این صندوق از بودجه عمومی تأمین می‌گردد که بخشی از آن از طریق بیمه گران تأمین می‌شود.

• مبانی بین المللی مسئولیت مدنی دولت:

سازمان ملل متحد به عنوان مجمع جهانی دولت ها در سایه خرد جمعی به این چالش ها که دیگر مرز هم نمی شناسد، اندیشه و برای دفاع از حقوق مردم قوانین و مقررات ویژه ای را وضع نموده و می نماید که به تناسب پابندی دولت ها به کنوانسیون های جهانی در کشورهای مختلف به نسبت اجرایی می گردد. میثاق بین المللی ۱۹۶۶ حقوق مدنی و سیاسی مصوب سال ۱۳۵۴ که بر حسب

ماده ۹ حقوق مدنی ایران حکم قانون کشور را داشته، اشعار می دارد؛ هر دولت طرف این میثاق متعهد می شود:

الف) تضمین کند که برای هر شخصی که حقوق و آزادی شناخته شده و در این میثاق درباره اونقض شده باشد بوسیله مطمئن احقاق حق فراهم شود. هر چند که نقض حقوق بوسیله اشخاصی ارتکاب شده باشد که در اجرای شغل رسمی خود عمل کرده باشد.

ب) تضمین کند مقامات صالح، قاضی، اعضای قوه مقننه یا هر مقام دیگری که به موجب مقررات قانونی آن کشور صلاحیت دارد درباره شخص دادخواست کننده احقاق حق کند و همچنین امکان تظلم به مقام قضایی را توسعه بدهند.

ج) تضمین کند که مقامات صالح نسبت به لطماتی که حقانیت آنها محرز شود ترتیب اثر صحیح بدهند.

با توجه به متصدی بودن دولت در فعل واقع شده (وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون ایران) و امعان نظر به این نکته که مسئولیت مذکور از جمله موارد اعمال حاکمیت نمی باشد. دادگاه تردیدی در نقض حقوق خواهانها توسط خواندگان که یک وزارتخانه و یک سازمان دولتی می باشند، ندارد.

• مسئولیت دولت یا اعمال حق ناروا؟

تکلیف نوعی الزام است که به فعل یا ترک فعل مربوط می شود و رابطه ای متقابل با حق دارد به بیان دیگر هر حقی مستلزم تکلیفی و هر تکلیفی مستلزم حقی است بنابراین "حق طرفینی است" هیچ کس بر دیگری حق ندارد مگر آنکه دیگری هم بر او حقی دارد ذی حق بودن (دو طرفی است)،

همانگونه که پدر و مادر بر فرزند حق دارید فرزند هم بر پدر و مادر حق دارد در واقع حق و تکلیف دو روی یک سکه اند، هیچ کاه نمی شود فردی بر دیگری حقی داشته باشد اما آن دیگری بر او حقی نداشته باشد هر یک از آنها "هم حق دارند و هم تکلیف". ضرورت های اجتماعی و واقعیت های زندگی و پیشرفت علم و صنعت و پیچیده شدن روابط تولیدی و اجتماعی و اقتصادی این حقیقت را تأیید می نماید که حقوق و اختیارات دولت به طور نامحدودی اجرا شود، مشکل پدید می آورد. اما بی شک و کارگزاران و صاحبان حق نباید اختیارات حاکمیتی را به زیان دیگران بکار ببرند. حقوقی که مسئولین جامعه برای اعمال حاکمیت دارند در راستای تأمین منافع عمومی است. بدیهی است این حقوق از آزادی برخوردار است و این آزادی اقتضا دارد که از حقوق خود استفاده کند. اما آزادی نامحدود این حقوق می تواند به آزادیهای شهروندان لطمه وارد آورد و بگونه ای نظم اجتماعی را مختل نماید. بخصوص آنکه از سوی دیگر تمیز و تفکیک موارد مسئولیت اداری و شخصی کارمندان دولت شفاف نبوده و در مواردی با ظرافت و پیچیدگی خاصی همراه است. اولاً به هنگام استخدام کارمندان دولت قراردادی مبنی بر عدم مسئولیت در موارد ضرر و زیان حاصل از عملکرد اداری کارکنان وجود ندارد. ثانیاً اگر چنین قراردادی بین کارمندان و دولت منعقد شده باشد آیا دولت مسئولیت ضرر و زیان ناشی از انجام وظیفه کارمندان خویش را به عهده خواهد داشت. در این صورت قطعاً ضرر و زیان ناشی از نقص وسایل و ابزار کار و یا مقررات مربوطه به عهده کارکنان مجموعه نخواهد بود. برخی از حقوقدانان می گویند محدود کردن اعمال حاکمیت دولت با اصل حکومت تعارض دارد. این امر ظاهراً استدلال درستی بنظر می رسد. تصور جمع شدن حق اعمال حاکمیت و

محدودیت آن و همچنین سوء استفاده از آن مشکل است و نیازمند دقت و ظرافت توأم با یک نوع مجردنگری است. پدیده های حقوقی و اجتماعی گرچه متغیرند اما مانند پدیده های طبیعی با یکدیگر ارتباط دارند و بر هم تأثیر متقابل می گذارند. چون حق و تکلیف چنانچه اشاره گردید تنها در جامعه مطرح و رابطه حقوق با تکلیف دیگران قابل تصور بوده و وجود هر یک از آنها وجود دیگری را توجیه می کند.

به عبارتی حق زمانی مطرح می شود که افراد دیگر به رعایت و احترام آن مکلف باشند. برای مثال اگر دولتی در تبعید بسر ببرد، چون با هیچ یک از افراد جامعه ارتباط سازمانی ندارد حقی بوجود نمی آید. زیرا حکومت در تبعید است و افراد جامعه در آن وجود ندارند که مکلف به رعایت آن باشند نه مردم حقی دارند و نه دولت تکلیفی دارد. در فرآیند شکل گیری تکلیف و حق قانون نقش اساسی دارد و بجز در سایه قانون دولت نمی تواند به اعمال حاکمیت اقدام نماید. اگر قانون حق یا امتیازی به حاکمیت اعطا کرده است بدین معنی و مفهوم است که این حق در جهت شایسته آن به مرحله عمل درآید. قانون گذار هرگز اراده نکرده است که اعمال حق حاکمیت باعث اضرار به غیر گردد. هرگاه در فرآیندی، حق از منظور مضمّن فاصله بگیرد و از مقتضای خود خارج می شود باید از آن جلوگیری کرد بر همین اساس فقهای اسلام بعضی از اعمال حقوقی را باطل شمره اند صاحب جواهر در کتاب نکاح صفحه ۳۵۹ می گوید "کل شی یضمن نقض غرض مشروع علیه الحکم بحکم بطلانه". هرچه که متضمن نقض غرض اصل و از طرفی مبنای تشریع حکم باشد حکم به بطلان آن می شود. از منظر دیگر توجه به هدف و غایت از طریق فقه امامیه به شایستگی وارد حقوق مدنی ایران شده است.

از جمله در موارد ۹۴۴ و ۹۴۵ قانون مزبور در رابطه با مسائل ارث اشعار می دارد. فقها شبیه به این قاعده، قاعده دیگری دارند و آن این است که می گوید *يعامل المکلف بنقيض مقصود*. یعنی اگر انسان مکلفی بخواهد از یک حق قانونی بطور نامشروع استفاده کند یا خود را بطور نامشروع در وضعیت حقوقی خاصی قرار دهد، باید منظور او را خنثی کرد. این قاعده از طریق فقه در موارد ۸۸۰ و ۸۸۳ وارد قانون مدنی ایران گردیده است. همچنین بند ب و ج ماده ۲۰۶ قانون مجازات اسلامی مقرر می دارد در مواردی که وارث قصد قتل ندارد ولی به عمد کاری را انجام می دهد که بطور معمول کشنده است یا نسبت به مورث کشنده محسوب شود و وارث از آن آگاه باشد. قتل در حکم عمد است. چون انگیزه پلید و نامشروع ارث بردن در این فرض ثابت است. همچنین قاتلی که موصی را بکشد تا زودتر موصی به را بدست آورد. از وصیت، محروم است (وصیت در حقوق مدنی ایران ش ۶۶ - ناصر کاتوزیان). ماده ۸۵۲ ق م مقرر می دارد سقط حمل نیز از جهت ممنوع ساختن از ارث در حکم قتل است. حتی معاونت در قتل مورث به عقیده دکتر لنگرودی در کتاب ارث ج ۱ ارش ۱۰۶ از موانع ارث بشمار می رود. با این مفهوم سوء استفاده از حق در اعمال حاکمیت با قاعده *"لا ضرر و لا ضرار"* در تعارض بوده و سوء استفاده از حق همواره در تاریخ اسلام ممنوع بوده است. اصل ۴۳ قانون اساسی نیز منع اضرار به غیر را از اصول اقتصاد اسلامی شناخته است و اصل ۴۶ نیز سوء استفاده از حق را مورد توجه قرار داده و مقرر داشته هر کس مالک کسب و کار مشروع خویش است و هیچکس نمی تواند به عنوان مالکیت نسبت به کسب و کار خود امکان کسب و کار را از دیگری سلب کند. مواد ۳۰ و ۱۳۲ و ۱۲۲ و ۱۲۵ و ۱۳۹ و ۶۵۴ قانون مدنی از قاعده *"لا ضرر"* سرچشمه گرفته است. اگر چه

مواد فوق به حسب ظاهر مربوط به مشروعیت جهت معامله است ولی در واقع از مصادیق قاعده لا ضرر و ممنوعیت سوء استفاده از حق می باشد. تفسیر قوانین حقوقی ایران اگر منظر فقه امامیه انجام نشود تردیدی در ممنوعیت سوء استفاده از حق وجود ندارد. در کشورهایی که نظام حقوقی پیشرفته ای ندارد، این موارد به صراحت در قوانین آمده است. از جمله مواردی که قوانین حقوق ایران در این عرصه به آن پرداخته است، عبارتند از:

الف) مسئولیت معلم و یا ناظم مدرسه نسبت به دانش آموزان در مدتی که تحت مراقبت آنها هستند

ب) مسئولیت پرستار نسبت به بیمار و دایه نسبت به کودکانی که تحت مراقبت آنها قرار دارند.

مسئولیت اشخاص مزبور از نظر آن است که حفاظت و نگهداری کسانی که تحت مراقبت آنها هستند

بعده آنها گذارد. این افراد باید احتیاطات لازمه را در نگهداری آنها بنمایند. هرگاه در اثر

تقصیر اشخاص مزبور به کسانی که تحت مراقبت آنها هستند خسارتی وارد آید. آنها مسئول می باشند.

ج) دولت در رابطه با خسارات ناشی از اعمال مأمورین در انجام وظایف آنها، مسئول است. برای نمونه

چنانکه مأمورین ثبت املاک در ثبت اشتباهی بنمایند و در اثر آن خسارتی به افراد جامعه وارد آید،

دولت مسئول جبران آن خسارات است. (قانون مدنی ج یک - ۴۰۵)

واقعیت آن است که در مواردی که شخص بواسطه ساختن و بافت حقوقی و اقتصادی سازمان دولتی

نمی تواند نقش سازنده و فعالی داشته باشد و مجبور است از سیر طبیعی و عادی امور پیروی کند،

عملاً نمی توان نقص کار را به هیچ فرد خاصی منسوب کرد. در اینجا زیان دیده با دو مشکل مهم و

اساسی روبروی می باشد: الف) اخذ خسارت از طرف زیان دیده در دستگاه پیچیده دولتی کار آسانی

نیست. ب) ضرر زننده به عنوان شخص حقیقی عموماً توانایی جبران خسارت را ندارد. با توجه به اینکه شریعت سیره عقلی اصل را به جبران خسارت زیان دیده می گذارد، مسئولیت دولت متولد گردیده و دولت مسئول جبران خسارت است و دولت نمی تواند به واسطه حق اعمال حاکمیت از تأمین ضرر زیان دیدگان استنکاف نماید. این چنین مواردی است که دولت به عنوان شخصیت حقوقی مسئولیت پیدا می کند. از طرفی خسارت دیده در دستگاه های پیچیده دولتی برای زیان دیده کار آسانی نیست. علاوه بر آن عدم توانایی ضرر زننده در جبران خسارت مسئله را به ضرر زیان دیده خاتمه می دهد.

• قانون اساسی و مسئولیت مدنی دولت و حقوق شهروندی و سکوت قانون اساسی:

یکی از شاخصه های مهم حقوق مردم در مفهوم عام در قانون اساسی محوریت حقوق مردم در روابط دولت و ملت که از جمله آنها نهادهای بهداشت و درمان میباشد بر اساس موازین اسلامی یک فصل از فصول چهارده گانه خود را به حقوق ملت اختصاص داده است و در سایر فصول نیز به بیان حقوق و آزادیهای عمومی پرداخته است آنچه در پی می آید برخی از این ارزش ها در منظر قانون اساسی و حقوق شهروندی در ابعاد مادی و معنوی و در حوزه های فردی و اجتماعی است بند ششم از اصل دوم کرامت انسانی و آزادی توأم با مسئولیت او در برابر خدا مطرح میگردد و در اصل چهل و سوم بر حفظ آزادی انسان در مسیر تامین نیازهای او تاکید دارد که از حق حیات و مصونیت حقوق فردی برخوردار میباشد برابر اصل بیست و نهم قانون اساسی برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه مانده گی، حوادث و سوانح

و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی و همانطور که در اصل سوم بند دوازدهم تاکید می کند در پایان همین اصل بیست و نهم دولت را مکلف نموده است که خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تامین کند تا آن گونه که در اصل سوم و چهل و سوم آمده است زمینه ریشه کن شدن فقر و محرومیت و ایجاد رفاه فراهم شود اصل چهارم قانون اساسی مقرر میدارد که هیچ کس نمی تواند اعمال حق خویش را وسیله اضرار به غیر یا تجاوز به منافع عمومی قرار دهد و در اصل چهل و سوم بند یک بر تامین نیازهای اساسی از جمله بهداشت و درمان تاکید کرده و به حق دادخواهی و دسترسی به دادگاه و مراجع صالح قضائی برای حل و فصل دعاوی و ارجاع شکایات از حقوق مسلمی است که جامعه باید برای همه افراد بطور یکسان فراهم آورد و این امری است که برای تضمین امنیت حقوقی و اجتماعی افراد ضروری است و اصل سی و چهارم قانون اساسی اعلام میدارد هر کس میتواند به منظور دادخواهی به دادگاههای صالح رجوع نماید همه افراد ملت حق دارند این گونه دادگاهها را در دسترس داشته باشند و هیچ کس را نمی توان از دادگاهی که به موجب قانون حق مراجعه به آن را دارد منع کرد بدین منظور طبق فصل یازدهم واصل یکصد و پنجاه و ششم قانون اساسی قوه قضائیه موظف است این حق را تامین کند علاوه بر آن در اصل نود به حق شکایت افراد نسبت به قوای سه گانه تصریح شده است یکی از الزام ها و آموزه های فوق تامین بهداشت و سلامتی شهروندان میباشد که از پشتوانه مقدس دینی برخوردار میباشد به گونه ای که نوعی حق و تکلیف متقابل را بین مردم و مسئولین پدید می آورد تعامل مردم با دولت با حفظ حقوق فردی و وظایف

دیگری را بر عهده دولتمردان می گذارد همانطور که مردم در برابر مسئولین تکلیف دارند دولت نیز تعهداتی نسبت به مردم دارد زیرا هر جا که سخن از تکلیف مطرح میشود در پی آن الزام و حقی پدید می آید این الزام در عرصه هایی که دولت فعالیت غیر رقابتی و انحصاری دارد جلوه آشکار و بی نظیر دارد و در فرآیند زندگی مردم در یک ارتباط حیاتی و ضروری از خدمات منحصر بفرد دولت استفاده می کنند و در بسیاری از موارد بر اساس پیش فرض های خود باور اعتماد به سلامت خدمات ارائه شده از سوی دولت میباشد و از سویی امکان و توان تحقیق از خدمات دولت را در اختیار ندارند و هرگونه شک و تردید و تحقیق و آزمایش در خدمات دولت از پشتوانه عقلی و ضمانت قانونی برای آحاد جامعه وجود ندارد تا بدین وسیله بتوان صحت و سقم خدمات ارائه شده را در محک نقد قرار دارند نظر به اینکه منبع تعهدات و الزامات اقدامات دولت با مردم قانون اساسی است بدین خاطر تعهداتی را که ناشی از قانون یا مقررات بوده را باید بر تعهداتی که توسط طرفهای قرار داد تصریح و انعقاد می یابد اضافه کرد زیرا این تعهدات قبل از اینکه ناشی از اراده طرفهای قرارداد باشد برآمده از آموزه های دینی و الزامهای قانون اساسی و قوانین جاریه هستند افزون بر آن رویه قضایی نیز بگستره این تعهدات می افزایند و به اختیار خود تعهداتی را به قراردادهای می افزایند.

• مبانی فقهی مسئولیت مدنی:

تصویر شخصیت مضطرب آلوده شدگان از طریق خون و فرآورده های خونی، که خواهان های ۲۱۷ پرونده مستقل حقوقی را تشکیل می دهند، سیمای افراد نگرانی را بدست می دهد که نسبت هر موضوع پیچیده اجتماعی حساس بوده و اعتماد خود را به دستگاه دولتی وجود امنیت درمانی از

دست داده است. اضطراب ناشی از این نگرانی زندگی فردی و اجتماعی این افراد را مورد تعرض قرار داده و عملاً کفایت و هویت شخصی فرد را در معرض تهدید قرار داده بگونه ای که حتی زندگی خانوادگی فرد را دچار اختلالات اساسی نموده است. این عدم تعادل روحی ناشی از یک اضطراب پر رنج است که سبب آن آلودگی ویروسی خواهانها و آینده مبهم سلامتی آنان است. دین اسلام با توجه به ارزشی که برای کرامت انسانی قائل است در قواعد فقهی، قاطعانه به دفاع از مظلومین برخاسته است.

قواعد "من له الغنم فعلیه الغرم" و "غرور"، دلالت بر تأمین ضرر و زیان وارد بر خواهانها در رابطه با خدمات انحصاری ارائه شده توسط دستگاه های دولتی دارد. از نظر شرعی، عقلی، حقوقی و عرفی اگر جامعه و مرجعی که افراد زیان دیده به آن پناه آورده اند نتواند موقعیت خطیر این زیاندیدگان را درک نماید و تحمل این بار گران را به خود آنان واگذار نماید گذشته از تضییع حق بزرگ حمایت اجتماعی از آنان بستر مناسبی را برای رشد روحیه های معارض با جامعه فراهم می آورد. واقعیت آن است که مرگ همواره برای بشر ناگوار است. در تفکر علمی بیماری مرگ زا به هر گونه مرضی که انتظار می رود سیر پیشرونده ای داشته و در آینده ای قابل پیش بینی به مرگ منجر شود اطلاق می گردد. اما در عین حال حتی مرضی که بالقوه علاج پذیر است، اما از نظر عوام با مرگ قرین است می تواند از نظر روانشناسان و جامعه شناسان مرگ زا باشد. خوانندگان پرونده بنابر وظایف ذاتی سازمان های خود به خواهانهای پرونده در طول زندگی آنها ارائه خدمات می نمایند. رشد رو به تزاید جمعیت و افزایش متغیرهای اجتماعی و سازمانی بگونه ای که دولت ها علت عدم دستیابی به

تکنولوژی های پیشرفته در جهت حمایت از شهروندان ناموفق می گردند و موجب وارد آمدن خسارات جانی و مالی به شهروندان می شوند. دادگاه براساس قاعده فقهی "لا ضرر و لا اضرار" مسئولیت جبران زیان دیدگان را دارد و قاضی مکلف است با تکیه بر قوانین قضایی، شرع، عرف و یا در نهایت عقل خسارت زیان دیدگان را جبران نماید.

مسئولیت پزشک در مقابل بیمار در حوزه مسئولیت مدنی

پزشک به عنوان فردی که بصورت اساسی با تأمین سلامت مردم ارتباط دارد. بواسطه تأیید دولت و مجوز طبابت وارد محدوده قانون مسئولیت مدنی می گردد. در صورت عدم وجود قرارداد مسئولیت های پزشک معمولاً از نوع مدنی و غیر قراردادی است حتی در موردی هم که قراردادی توسط پزشکی با بیمار یا بستگان وی حسب مورد منعقد می شود قرارداد صرفاً در مورد حق الزحمه، زمان و نحوه جراحی و طبابت است. سایر تعهدات قانونی در قالب مسئولیت غیر قراردادی (مدنی) مطرح می شود. در مورد جراحی های ممنوع، پزشک مسئولیت مدنی مطلق دارد. در مورد جراحی های جایز، اصل بر مسئولیت مدنی پزشک است و درخصوص جراحی های ضروری، که بر اساس کتب مرجع یا اصول و فنون نوین و تجربه شده پزشکی انجام شده اصل بر عدم مسئولیت مدنی پزشک است. مگر خلاف آن ثابت گردد. اذن بیمار در درمان رافع مسئولیت مدنی نیست. در مواقعی که درمان به اذن قانون و عرف انجام می شود نیز پزشک در صورت تقصیر از نظامات پزشکی و عدول از کتب مرجع و جمیع شرایط، مسئول تلف یا نقص عضو یا خسارت مالی وارده محسوب می شود. در موارد قطع امید از حیات بیمار، توصیه های پزشک، درمان و طبابت محسوب نمی شود و صرفاً توصیه با قصد رجا صورت می پذیرد و پزشک مسئول عواقب اقدامات بیمار نخواهد بود.

هرچند قانونگذار اخذ براءت از بیمار یا ولی وی را قبل از شروع به درمان را از موجبات عدم مسئولیت مدنی محسوب نموده اما این عدم مسئولیت منوط به انجام درمان یا جراحی بر اساس متون کتب مرجع می باشد.

بنابراین چنانچه پزشک از بیمار یا ولی او اخذ براءت نموده باشد، ولی بر اساس کتب مرجع یا در مواردی که در کتب فوق راه درمانی وجود داشته باشد بر اساس علم روز و رویه معمول و نظامات پزشکی عمل ننموده باشد کماکان مسئول اقدامات خویش خواهد بود. حسب مورد باید دیه یا ارش بپردازد. قراردادهای خلاف این رویه، فاقد ارزش حقوقی بوده و غیر قابل اجرا می باشد و اخذ براءت قبل از درمان، بر خلاف تصور برخی از فقها و حقوقدانان از ظاهری و حسب مقررات فاقد در موارد تخلف هرگونه اثری به نفع پزشک است بخصوص آنکه بیمار یا ولی او در امضای برگ اذن یا براءت اضطرار یا اکراه یا اجبار داشته باشند، به طریق اولی رافع مسئولیت مدنی پزشک نخواهد بود. در مواردی که تقصیر پزشک سنگین بوده یا عدول از شیوه کتب مرجع در بدو امر متبادر به ذهن شود در یک کلام، امید بستن به شرط براءت در قرارداد فی مابین از احتیاط بدور است و پزشک باید در فکر بیمه نمودن مسئولیت مدنی خویش باشد تا بتواند با اسودگی خاطر به درمان و جراحی های ضروری و جایز بپردازد.

با توجه به اینکه اداره کلیه مراکز پزشکی و تولید دارو بر عهده پزشکان در موقعیت حقوقی مسئولیت فنی است و این امر به سازمان انتقال خون نیز تسری دارد. دادگاه این تکالیف قانونگذار را در رابطه با این نوع مسئولیت مورد توجه قرار داده است.

به هر حال اعطای اذن به پزشک و براءت وی با قواعد کلی حقوقی تفسیر می شود. بطوریکه نه باب معالجه بسته شود و نه طبیب در سایه تهدید، مجازات و مسئولیت های مالی ناشی از آن جرأت معالجه را از دست بدهد و نه آنقدر اصل براءت دست وی را باز می گذارد که نظامات پزشکی رعایت

نکرده و از و علم روز و پیروی از شیوه متخصصان جدید را نادیده بگیرد. با چنین امید و نگرشی ماده ۳۲۲ قانون مجازات اسلامی از نظر دادگاه بشرح ذیل تفسیر می گردد.

هر چند طبیب قبل از شروع به درمان از مریض یا ولی او حسب مورد براءت حاصل نماید، باز هم عهده دار خسارات وارده خواهد بود. مگر اینکه:

اولاً: رضایت مریض و در صورتی که مریض در این مقام نباشد از ولی یا سرپرست او رضایت برای درمان یا جراحی را کسب کرده باشد یا از مواردی باشد که کسب رضایت لازم نباشد.

ثانیاً: بر اساس کتب پزشکی مرجع اقدام کرده و رعایت اصول مذکور در آن را نموده باشد.

ثالثاً: چنانچه در کتب مرجع دارو یا شیوه جراحی خاص مطرح نشده باشد بر اساس شیوه های معمول و مطابق با نظامات و علم روز پزشکی و با رعایت موازین علمی و فنی اقدام کرده باشد.

رابعاً: تجویز کتب مرجع مغایر وضع و سوابق خاص بیمار که وی را درمان یا جراحی نموده نبوده باشد.

خامساً: براءت اخذ شده از بیمار از روی اضطرار و یا اکراه کسب نشده باشد.

سادساً: ثابت نماید که مرتکب هیچگونه تقصیر و سهل انگاری دیگری در امر درمان و معالجه نشده باشد.

سابعاً: دستور مصرف داروی مورد استفاده مریض را نداده یا دستور صادره مورد تبعیت مریض قرار نگرفته و رابطه علیتی بین تلف یا نقص عضو بیمار با اقدامات وی وجود ندارد.

در نظام حقوقی اسلام گذشته از قواعد فقهی که اعتبار اساسی دارد، فقها به سئوالهای مطروحه بصورت موردی پاسخ می دهند. با جمع اقوال و تجربیات گوناگون، می توان گفت در صورتی ضمان منصور است که شرع با قانون موضوعه یا عرف به نحو ملزومی آن را مقرر نموده باشد. اما این قاعده کلی از نظر فقهی غیر قابل انکار است، که اگر شخصی موجب تلف مال یا نقص عضو دیگری شود یا سبب صدمه به آنها گردد، اعم از آنکه عمد داشته باشد یا نداشته باشد مسئول است و باید خسارات وارده را جبران کند. دادگاه در موضوع طرح شده مواجه به شخصیت حقوقی است که نمی تواند خود را از این قاعده مستثنی نماید.

• تحقیقات دادگاه در رابطه با راه های دیگر انتقال ویروس ایدز و هپاتیت C و B به غیر از خون در

اثبات رابطه سببیت و علیت

وکیل خواهان ها و وکلای خواندگان در جلسات دادرسی و همچنین با مستند قراردادن منابع علمی به راه های انتقال ویروس اتفاق نظر داشته و دادگاه نیز با مطالعه متون علمی و مشاوره با متخصصان و کارشناسان راه های انتقال ویروس های مذکور را شناخته و به شرح زیر اشعار می دارد.

۱- راه انتقال از طریق روابط جنسی

۲- راه انتقال از مادر به جنین

۳- راه انتقال از طریق خون و فرآورده های خونی

۴- راه های دیگر انتقال که اساس آن نیز خون می باشد مانند تیغ، سرنگ و دیگر آلات که با خون

فرد بیمار آلوده و به مصرف دیگری برسد.

۵ -آلودگی از طریق خدمات پزشکی (مانند دندانپزشکی و دیگر خدماتی که امکان ماندن آلودگی های ویروسی بر وسایل بکار رفته وجود داشته و در اثر اهمال پزشک و با کارشناس مربوطه به دیگری انتقال یابد.

• نظریه دادگاه در رابطه با راه اول در جهت اثبات رابطه سببیت و علیت:

دادگاه گذشته از آنکه در چارچوب موقعیت اجتماعی و فرهنگی کشور طی دهه ۶۰ و مقایسه آمار رسمی آلودگی به ویروس ایدز در سالهای مختلف دهه مذکور عقلاً و منطقاً نمی تواند در چارچوب مقایسه آمار جمعیت کشور با جمعیت بیماران هموفیلی که کمتر از ۶۰۰۰ نفر را شامل می گردند، آلودگی شمار ویژه ای از این بیماران را به ویروس ایدز که بر اساس مستندات پرونده کیفری در گزارشی به رئیس جمهور وقت در سال ۱۳۷۶ از فوت ۸۰ نفر از آنان گزارش گردیده است به روابط جنسی خارج از خانواده نسبت دهد.

وجود کودکان خردسال در جمع قربانیان چنین فرضیه ای را به شدت متزلزل نموده و از سوی دیگر تعداد قربانیان در یک مقطع زمانی معین که در کارشناسی سازمان پزشکی قانونی بر اساس اصول علمی و شناخت از دوره بیماری، سالهای آلودگی خواهان ها به ویروس ایدز به سالهای ۶۲ و ۶۳ نسبت داده شده است، اساساً فرضیه انتقال ویروس از طریق روابط جنسی را متزلزل می نماید. نسبت دادن انحرافات اجتماعی و مشکلات فرهنگی به یک جامعه دردمند از جمعیت کشور بصورت خاص نه با توجه به اینکه خواندگان دولتی و مسلط به اطلاعات آماری کشور هستند منطق عقلی ندارد. بر عکس بر اساس مستندات پرونده کیفری و اظهارات صریح خواندگان و وکلای آنان فاجعه آلودگی

بیماران به ویروس ایدز بصورت مشخص و خاص به فرآورده های انعقادی وارداتی از فرانسه توسط شرکت مریو، نسبت داده شده است. بخصوص سازمان انتقال خون به عنوان یکی از خواندگان بر این امر پافشاری نموده و مستندات موجود در پرونده کیفری بخصوص مکاتبه نماینده شرکت مذکور در ایران با وزیر بهداشت وقت کشور آقای دکتر ملکزاده حائز اهمیت بسیار است. بریده جراید کشور فرانسه در مقطعی که پرونده آلودگیهای خون در فرانسه به مراجع قضایی ارجاع گردیده بود، حاکی از آن است که ایران نیز در زمره خریداران فرآورده های خونی آلوده قرار داشته و مدارک استخراج شده از بانک مرکزی در رابطه با اعتبارات تأمین شده برای این خریدها توسط شرکت داروپخش حکایت دارد. اگرچه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در پاسخ استعلام دادگاه درمقطع رسیدگی به پرونده هایی که پرونده های فعلی در زمره قرارهای توأمان آن رسیدگی می باشد، با تکذیب آلوده بودن فرآورده های دارویی عملاً منبع آلودگی را داخلی اعلام کرده است، اما دادگاه فارغ از اظهارنظرهای انجام شده، بر اساس مستندات پرونده کیفری و اظهارات خواندگان و خواهانها واقعیت را غیرقابل انکار دانسته و منبع آلودگی بیماران هموفیلی آلوده به ویروس ایدز را فرآورده های خونی می داند. در رابطه با تعیین منبع آلودگی مبتلایان از نظر فرآورده های داخلی و یا وارداتی چون دادگاه با تکلیفی مواجه نبوده از اظهارنظر خودداری می نماید..

در رابطه با آلودگی ویروسی مبتلایان از نظر فرآورده های داخلی و یا وارداتی خواهانهایی که به هیاتیت C مبتلا می باشند. احتمال انتقال ویروس هیاتیت C از طریق جنسی بسیار پایین است، حداقل دادگاه در مجموع بررسی ۹۷۴ مورد پرونده منجر به صدور دادنامه های ۷۸-۱۰۵۲ شعبه

۱۰۶۰ فقط یک مورد انتقال از شوهر به همسر مشاهده نمود و در پرونده های تحت رسیدگی فعلی با ادعایی مواجه نمی باشد. نکته مهم آن است که سازمان پزشکی قانونی برای طرح دعوای این نوع موارد کارشناسی خود را انجام داده و منطقاً اگر مورد آلودگی مشاهده میگردید راه ادعا باز بود. شمار وسیع آلوده شدگان آنهم در یک جمعیت خاص بسیار کوچک نیازمند به خون و فرآورده های خونی امکان چنین فرضی را قاطعانه زیر سؤال می برد.

در این فرآیند خواندگان نیز نتوانسته اند در رابطه با آلودگی از طریق جنسی، در رابطه با حتی یک مورد از موارد بالغ بر هزار نفر از خواهانها با ارائه مستندات بر ادعای خواهانها خدشه ای وارد آورند. موقعیت دولتی خواندگان بخصوص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که اساساً محل مراجعه دائمی خواهانها از بدو تولد بوده است، حاکی از امکانات عملی در اختیار خواندگان جهت تحویل این نوع اطلاعات به مراجع قضایی می باشد، که از سال ۱۳۷۶ تاکنون ادعایی مطرح نگردیده است.

• اظهار نظر دادگاه در رابطه با راه دوم در جهت اثبات رابطه سببیت و علیت:

با توجه به اینکه گذشته از آنکه هیچکدام از خواهران و برادران خواهانها که مانند خواهانها به بیماری ارثی هموفیلی یا تالاسمی و ... که بعضی از فرزندان انتقال می یابد، مبتلا نمی باشند، این آلودگی های ویروسی را ندارند و از سوی دیگر آمار بسیار ناچیز و جزئی که از طریق ادارات تابعه یکی از خواندگان (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) در رابطه با تجزیه و تحلیل راه های انتقال ایدز در ایران بر مبنای آمار استخراج شده وجود دارد، بگونه ای که در انتشار آمار حتی تعداد انتقال از طریق مادر به جنین از بدو پیدایش بیماری ایدز در کشور اعلام گردیده است، بطوریکه مقایسه آمار

کشوری در رابطه با موارد انتقال ایدز موارد ابتلا از طریق مادر به جنین آمار به حدی پایین است که قابل بررسی دادگاه نمی باشد.

شماره پرونده	اعتیاد تزریقی		آمیزی		خون و فرآورده های خونی		مادر به کودک		نامشخص		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مرد	۸۴۷۰	۹۹.۱	۵۹۲	۶۰.۱	۲۲۳	۹۲.۹	۳۴	۵۱.۵	۳۳۰۸	۹۴.۱	۱۲۶۲۷	۹۴.۵
زن	۸۰	۰.۹	۳۹۳	۳۹.۹	۱۷	۷.۱	۳۲	۴۸.۵	۲۰۸	۵.۹	۷۳۰	۵.۵
جمع	۸۵۵۰	۱۰۰	۹۸۵	۱۰۰	۲۴۰	۱۰۰	۶۶	۱۰۰	۳۵۱۶	۱۰۰	۱۳۳۵۷	۱۰۰

در رابطه با انتقال هپاتیت C نیز با توجه به اینکه مادران خواهانها بعلت آنکه درمان در منزل اساساً ترویج می گردد و اکثر مادران ضمن فراگرفتن فن تزریق فرآورده های خونی خود به فرزندشان دارو تزریق می نمایند، عملاً در معرض خطر فرو رفتن سر سوزن آلوده به بدن قرار دارند. در رسیدگی به پرونده ۹۷۴ نفر از خواهان ها که منجر به صدور دادنامه گردید، عملاً این فرصت برای مادرانی که آلودگی ویروسی هپاتیت C را داشتند همانند همسران برای ارائه دادخواست فراهم بوده است که یک مورد هم مطرح نگردیده است، اکثریت آلودگی خواهان ها به ویروس هپاتیت C که بالغ بر هزار مورد به قوه قضائیه ارجاع گردیده در مقایسه با جمعیت ۶۰۰۰ نفری بیماران هموفیلی را منطقاً چنین راهی نمی توان متصور بود. لذا با توجه به اظهارات وکیل خواهان ها به همین میزان نیز پرونده قابل ارجاع به دادگستری وجود دارد، راه انتقال مادر به جنین نمی تواند راه عقلانی، علمی و منطقی برای اظهار نظر در رابطه با آلودگی ها اعلام نمود. شواهد و قرائن آن قدر حتی کفایت نمی نماید که دادگاه این زحمت را به مادران بیماران تحمیل نماید که برای تحقیق در رابطه با موارد آلودگی

احتمالی به مراجع پزشکی مورد وثوق دادگاه معرفی گردند، بی تردید قرارهای محقق در سطحی چنین گسترده نیازمند، دلایل و شواهد و قرائنی است که در این رابطه حتی در یک مورد از طرف خواندگان به دادگاه ارائه نگردیده است.

• **نظر دادگاه در رابطه با انتقال ایدز و هپاتیت از طریق راه های چهارم و پنجم:**

در رابطه با اثبات سببیت و علیت در چارچوب مسائل مطرح شده در رابطه با راه دوم، اساساً این راه های انتقال نمی تواند قابل بررسی دادگاه باشد، چگونه میسر است که تیغ سلمانی فقط بیمار هموفیلی یا تالاسمی آلوده نماید و یا وسایل آلوده دندانپزشکی فقط به این نوع بیماران در موارد متعدد امکان انتقال ویروس را فراهم می نماید. گذشته از آنکه آمار مستند و قابل قبول و تحقیق شده، هنوز در کشور ما در این موارد وجود ندارد. اما از سوی دیگر آگاهی های عمومی از طریق رسانه های گروهی بنحوی اطلاعات مردم را افزایش داده است که در صورت وجود چنین موارد متعددی وزارت بهداشت مسئول اطلاع رسانی و هشدار به مردم می باشد. تعدد جدی موارد آلودگی در مصرف کنندگان خون و فرآورده های خونی این فرضیه را نیز قابل تحقیق دادگاه نمی داند. بخصوص آنکه با توجه به مشکلات جدی بیماران هموفیلی خدمات دندانپزشکی به این بیماران بخصوص تا چهار سال گذشته بعلت مراقبت های ویژه اساساً در مراکز دولتی به این بیماران ارائه می گردیده است.

• **نظریه خطر و مسئولیت بلا شرط و اصل تناسب:**

این رویه قضائی درچالش های زندگی آحادمردم نقش مهمی بازی می کند و محتوای قراردادهای انواع ارتباط مردم و حاکمیت را از شیوه سنتی و محدود به شکل مدرن و کارآمد با در نظر گرفتن لوازم

صنعتی بودن، تبدیل مینماید. تعهدات نانوشته ملت و دولت در حکم تعهدات نوشته از منظر دکترین حقوقی در جوامع در حال توسعه به لحاظ عوارض و پیامدهای غیرقابل انکار تکنولوژی جدید میباشد. حقوق اساسی مقوله ای است که با ابزارها و ساختارهای کلی به تامین نیازهای جامعه می پردازد. این مقررات والزام هایی که جامعه و دولت را موظف می کند به هنگام پریشانی ها و تنگناهای اجتماعی و اقتصادی و حوادث غیرمترقبه شهروندان را مورد حمایت قرار دهد، حقوق اساسی است که متناسب با ساختار و نظام فرهنگی و دینی نهادینه شده است. این ساختار قانونی ابزاری برای مقابله با خطرات اجتماعی میباشد چون خطرات اجتماعی حوادثی هستند که از زندگی اجتماعی بوجود می آیند. بنابراین هدف قانون اساسی حفظ تعادل اقتصادی مردم است. بنابراین مردم را در برابر هر حادثه ای که بنوعی تعادل اقتصادی آنها را برهم می زند مورد حمایت قرار میدهد. از سوی دیگر همانطوریکه حاکمیت در برابر کسانی که با اراده و میل خود مرتکب جرم شده و نظم و امنیت اجتماعی را برهم می زنند، حق مجازات آنها را دارد و مجازات به مثابه اقداماتی است که جامعه برای دفاع از خود، در مقابل بزهکاران در پیش میگیرد. در این دیدگاه جامعه باید عوامل و شرایطی که باعث ناسازگاری فرد با اجتماع میشود را تا حد ممکن بر طرف ساخته و در بهبود وضع فرد بکوشد. مبنای اقدامات دولت در برابر بزهکاران جلوگیری از وقوع جرم است جامعه با توسل به اقدامات مربوطه به تامین اجتماعی سعی می کند که از بروز اختلال در جامعه جلوگیری نماید. از آنجا که بیماری و فقر تهدیدی برای نظام اجتماعی است، تامین حداقل سلامتی توسط دولت تا حد قابل قبولی این تهدیدات را از میان بر میدارد. مسئولیت اجتماعی کارگزاران به عنوان نهاد اجتماعی عبارت است از

تعهد آنها در خصوص رعایت رفتار اخلاقی، توأم با هوشیاری و دقت و احتیاط است. این مجموعه هم در جهت افزایش بهره‌وری و هم در جهت تحقق اهداف مربوط به مسئولیت اجتماعی گام بر میدارد. یک مجموعه کنترل‌کننده داخلی، به‌مراه تجهیزات و مشخصات امر، برای اعمال مسئولیت اجتماعی، نیاز به سیستم هشدار دارد. سیستم هشدار حافظ خارجی مسئولیت دولت مردم می‌باشد. از همین جهت مدیران همواره با افزایش مسئولیت اجتماعی در قبال تصمیمات خود مواجه با تکلیف هستند. همه انتظار دارند که سازمانهای مسئول، کالا و خدمات با کیفیت و خوب و سالم به جامعه عرضه کنند. متقابلاً این نهادها باید از لطمه زدن به بهداشت و سلامتی مردم بشدت اجتناب کنند. متصدیان باید محیط سالم و ایمن برای مردم بوجود آورند. در کنار تکالیف، وظایفی که قانون یا آئین نامه تعیین مینماید یک وظیفه کلی بر عهده اشخاص حقیقی و حقوقی گذاشته است که در رفتارشان به‌نگام عرضه خدمات نهایت احتیاط را بعمل آورد و همه مراقبتهایی را که برای انجام یک کار لازم است در نظر بگیرد. این تکلیف مبتنی بر یک هنجار رفتاری است. انعطاف‌پذیری این هنجار این امکان را برای ما فراهم می‌آورد، که برای ارزیابی تقصیر در هر فرآیندی، احراز شود که تکلیف رفتار حرفه‌ای چه بوده است؟ و این شخص حقیقی یا حقوقی می‌باید چه کاری میکرد که چنین حوادثی پدید نمی‌آمد؟ تمایز تقصیر اخلاقی، حقوقی ایجاب می‌کند که رفتارهای انسان بطور دقیق و علمی و وجدانی ارزیابی شود. زیرا جامعه پیرامون اعمال داوری می‌کند، نه افراد، زیرا اگر این نارسهائی‌های ذهنی و روانی مورد بازبینی و قضاوت قرار گیرند بسیاری از زیانهای که به افراد وارد میگردد مشروع و قانونی جلوه و رسمیت می‌یابد. این فرآیند در مسئول شناختن کسی که

باعث خسارت گردیده است، تردید بوجود خواهد آورد. درحالیکه این درست نیست که آثار بی احتیاطی و بی دقتی ها و ناتوانیهای علمی و تجربی (عاملان خسارت) به زیاندیدگان تحمیل گردد. از همین جهت اعتقاد بر این است که زیانهای وارده بواسطه عدم مهارت و بی توجهی و ناآگاهی و ... اگر چه شاید از نظر اجتماعی قابل گذشت باشد، اما در عین حال نتایج تقصیرهای مدنی می باشند. شاخص های از قبیل قابلیت های سازمانی، توان حرفه ای و توانایی ها و آگاهی های ویژه به تکنولوژی در بررسی موضوع قابل ارزیابی هستند. بنابراین معمولاً نسبت به یک متخصص و یک سازمان تخصصی و انحصاری غیر رقابتی سختگیری بیشتری انجام میگیرد. دراین روند فعل خطا کارانه و عدم رعایت تکلیف مبنی بر انجام ندادن یک عمل است. در حالیکه ترک فعل نقض وظیفه ای دائر به انجام دادن یک عمل است، همچنانکه ممکن است فعل زیانبار، و هم ترک فعل زیانبار باشد. تقصیر به شکل خودداری، تردیدهای جدی در فرآیند دادرسی بوجود آورده است. زیرا دربادی امر به نظر میرسد که اداره و حفظ آزادی فردی مانع از آن است که بتوان کسی را به این دلیل که هیچ کاری انجام نداده است مسئول شناخت! چون همه باید این آزادی را داشته باشند، که کاری را انجام ندهند. ولی امروزه این ایراد ارزش خود را از دست داده است از این پس بقدری ایمنی و آرامش و سلامت جسمی و روحی شهروندان اهمیت دارد که محدودیت های پرهیز ناپذیر را برای حقوق و آزادیهای فردی ایجاد می کند. بنابراین حق ایمنی هر کس آزادی دیگران را در انجام ندادن محدود می کند زیرا این حق به همه تکلیف می کند که در هر شرائطی با احتیاط، دقیق و هوشیار باشند. بر این مبنا، ترک فعل زیانبار، و تخطی از وظیفه قانونی و تخلف از مقررات مانند

تخلف از مقررات حرفه ای، همه اینها در رویه قضایی مشمول تقصیر میشوند. در این روند، هر رویدادی که شرط لازم خسارت باشد خسارت بشمار میرود، شرط لازم به این معنا و مفهوم است که اگر نبود آن اسباب خسارت به بار نمی آمد مطابق این نظریه هر گونه شرط لازم برای خسارت در تحقق آن یک نقش برابر را بازی می کند و همچون دیگر اسباب سبب خسارت بشمار میرود. در این حال فرق نمی کند که آن سبب چقدر تاثیر داشته باشد. دیگر آنکه بر جسته ترین نظریه سبب متناسب است. این نظریه نیز مبتنی بر اصل گزینش اسباب میباشد در این دیدگاه تنها رویدادی که میتواند به عنوان اسباب حقانی خسارت بشمار رود که بطور طبیعی و بر مبنای روند عادی امور تجربه زندگی باعث ایجاد خسارت می شود. بنابراین یک رابطه متناسب میان سبب و خسارت وجود دارد و معیار تشخیص یک فعل که چه اندازه برای ایجاد نتیجه زیانبار نقش دارد، همان تناسب است. وقتی که میان تقصیر ادعا شده و خسارت بواسطه یک رابطه، سبب متناسب ارتباط وجود داشته باشد مسئولیت مدنی تحقق میپذیرد. هنگامیکه تقصیر در میان دیگر اسباب نقش واقعاً موثری در ایراد خسارت داشته باشد به گونه ای که باعث شده باشد که دیگر اسبابی که در ایجاد خسارت تاثیر داشته اند نقش ثانوی پیدا کنند و روابط سببیت میان آن تقصیر و خسارت در این شرایط به وجود می آید، به صرف اینکه هیچگونه رویداد دیگری که باعث خسارت شود وجود نداشته باشد کافی بوده و این رویداد را سبب زیان تلقی مینماید. چون این تصمیم به نشانه های قطعی دخالت علی و معلولی استوار است، در ما نحن و فیه، وجود یک عیب پنهان در تجهیزات پزشکی وقتی به اثبات رسید، سازنده و تهیه کننده و همچنین نگهدارنده و توزیع کننده آن مسئول محسوب

میشود هر چند که سالهای متمادی اتفاق افتاده باشد. مسئولیت ناشی از ابزار و تجهیزات به عهده کسی است که نگهدارنده آن باشد. در دعاوی مربوط به مسئولیت، خسارات ناشی از ابزار و تجهیزات بر عهده وی خواهد بود و این فرآیند در قالب مقررات کلی ائتلاف و تسبیب و قانون مسئولیت مدنی قابل اثبات میباشد. گر چه در قانون عمل ناشی از مسئولیت نقص در ابزار و تجهیزات پزشکی صراحتاً نامی برده نشده باشد.

مسئولیت مدنی و مقررات مربوط به آن ریشه در قواعد حقوق خصوصی دارد. در دوران انقلاب صنعتی و پس از آن یکی از مکانیسم های حقوقی ناظر به جبران خسارت وارده، به کارگر در حین انجام کار قواعد مسئولیت مدنی حاکم بود هرگاه تقصیر کارفرما به اثبات می رسید وی ملزم به جبران خسارت بود. در این فرایند مکانیسم پیچیده و مشکل برای اثبات مسئولیت کارفرما در مقابل کارگر وجود داشت. از جمله این مشکلات رابطه مستقیم بین حادثه و زیان دیده و دیگری نظام حقوقی مسئولیت مدنی، (در ارتباط با حوادث حین کار و کارگران) احراز از نظر مبنای مسئولیت متکی به تحقق شرط تقصیر، کارفرما را داشت. این مبانی در فرآیند پیشرفت حقوق متحول گردیده و آنگاه مسئولیت از طریق اشیا غیر جاندار برای صاحب آن مطرح گردید. البته این نیز شکل اثبات تقصیر را به همراه داشت، که به مرور زمان حقوقدانان به دنبال مقوله ای بودند که پاسخگوی این نیاز و ضرورت اجتماعی باشد. لذا نظریه خطر پدید آمد و با استفاده از این قاعده، قانون. حوادث کار، مسئولیت را متوجه کار فرما نمود بدین ترتیب مسئولیت مدنی گسترده تر شد. زیرا دیگر کارفرما بر اساس نظریه تقصیر نمی توانست از مسئولیت در امان باشد. البته نظریه خطر

حمایت های مربوط به بازنشستگی را جبران نمیکرد، بر همین اساس زمینه نوعی تغییر و دگرگونی در ارکان مسئولیت مدنی که ریشه در قواعد خصوصی داشت پدید آمده، مسئولیت مدنی دولت و کارکنانش با اصل تفکیک قواء در قانون اساسی و استقلال قوه قضائیه از تمهید های سیاسی در برابر حاکمیت و قانون باوری مسئولان و امانتداری مسئولیت و وکالت شناخته میشود. یکی از آثار این قاعده مسئولیت مدنی دولت در برابر زیانهای است که از این رهگذر به جامعه وارد میشود دولت مانند هر شخصیت حقوقی دیگر هرچه می کند به مباشرت کارکنان و مدیران دولتی است.

مسئولیت در صورتی تحقق می یابد که ضمان کارگزاران به عهده او باشد و گرنه مسبب توانا همیشه در پرده اعتبار مصون از تعرض و مباشر ضعیف در صحنه باقی می ماند. تنها تظاهر به مسئولیت برای زیاندیده بی گناه نتیجه ای بدنبال ندارد یکی از خساراتی که از فعالیت های دولت به جامعه وارد میشود ناشی از خساراتی است که از عملکرد ناقص خدمات دولت میباشد. از طرفی دولت نیز از افراد و اشخاص تشکیل میشود اگر زبانی ناروا از عملکرد این مجموعه یا بخشی از آن وارد به افراد شود زیاندیده سرگردان است که به چه کسی رجوع کند به عامل ورود زیان که ممکن است فردی معسر باشد و یا به سازمان دولتی که مجموعه ای توانمند است. در این فرآیند چالش انگیز دعوی مسئولیت با چه کسی است؟ علاوه بر آنکه تمامی فرض های حقوقی به سود دولت است از امکانات گسترده ای جهت دفاع از خود نیز برخوردار است. انتساب زیان و اثبات خطا را بس دشوار و سخت و گاهی غیر ممکن می سازد. هر کارمندی از هر سطحی که باشد نوعی کار حرفه ای انجام میدهد، که به مقتضای تخصص و شغل وی به او سپرده شده است و این کار با توجه به ضوابط حاکم

بر آن دارای قواعد معینی است که کارمند و متصدی آن حرفه مکلف به رعایت آنهاست. بعنوان مثال یک مهندس معمار که مسئولیت طراحی پلی را بعهده دارد باید با توجه به قواعد فنی معماری این طرح را تهیه و ارائه نماید. در صورتیکه در تهیه نقشه اساسی این پل قصور ورزد از قواعد حرفه ای خود تخطی کند، مرتکب تقصیر شده است. بنابراین تمامی کارمندان دولت در هر شغلی که مشغول فعالیت هستند باید ضوابط فنی و متعارف آن شغل و حرفه را رعایت کنند. تخطی از این شروط هرگاه منجر به وقوع زیانی گردد یک تقصیر زیانبار است. در این شرایط باید دید در خطای انجام گرفته، از قواعد فنی و تخصصی شغل مورد نظر تجاوز شده است؟ به عبارتی دیگر فرد مسئول رفتار یک متخصص متعارف را داشته است؟ در شرایط حادثه خطای هر فردی یا تخصصی محسوب گردیده و این حقیقت که خطای کارمند همواره یک خطای حرفه ای است می توان گفت که خطای اداری کارمند که به دولت منسوب شده و مسئولیت آن را بدنبال خواهد داشت، خطای حرفه ای بوده مگر آنکه کارمند عمداً مرتکب یک خطای شغلی و شخصی گردد. گرچه همواره بحث از خطای اداری دولت بخاطر اعمال کارکنان آن میباشد اما باید به این مسئله توجه داشت که خطای اداری دولت منحصرأ ناشی از تصمیمات کارمندان نیست. گاه نقصی که سبب ورود زیان به اشخاص میشود نتیجه نادرستی بافت های اجتماعی و چگونگی ساختار حقوقی و اقتصادی و تجهیزاتی دولت است. چندان که فرد در آن محیط نمی تواند نقشی سازنده و فعال داشته باشد. این اضطرار را هر کس در وجدان خود احساس می کند و می فهمد که نقص کار را به هیچ فرد خاصی نمی توان منسوب کرد. در چنین فرآیندی است که دولت به عنوان شخص حقوقی

مسئولیت مدنی پیدا می کند. این اندیشه بر پایه نظریه اجتماعی است که با نظریه کلاسیک تقصیر معارضه می کند. به موجب این نظریه باید ثابت شود که سازمان عمومی در عملکرد خود مقصر است یعنی ساختار اداری دچار قصور وضع گردیده است. در این فرض دولت محکوم به پرداخت خسارت خواهد بود. مشکلی که در این روند پدید می آید این است که اثبات تقصیر چگونه است؟ در بسیاری از موارد اثبات خطای اداری امکان پذیر نیست مخصوصاً در جایی که زیان مستند به نقص وسایل اداری بویژه وسایل حرفه ای و فنی آن بوده باشد. یا آنکه کارمند خاطی قابل تعیین نباشد. مسئله دیگر اینکه اگر نظام مسئولیت عمومی را مبتنی بر تقصیر بدانیم آنگاه دولت تکلیفی به جبران بسیاری از خسارات هایی که مستقیماً وارده آورده نخواهد داشت. به عنوان مثال در مواردیکه دولت تولید و عرضه کالای خاص را به گونه انحصاری بعهده میگیرد کسانیکه از این رهگذر زیان می بینند خسارات آنها جبران نشده باقی می ماند. در این خصوص نظریه تقصیر کارآیی ندارد و راه حلی ارائه نمی کند. اما به رغم تمامی این چالش ها نظام مسئولیت مبتنی بر تقصیر در حقوق ما از اهمیت فراوانی بر خوردار است. چه در مسئولیت مدنی فرد و چه دولت، نظام قانونی ما مبتنی بر تقصیر نهاده شده است که موارد ۱ و ۱۱ قانون مسئولیت مدنی بر همین اصل نهاده شده است. در بخش مسئولیت ناشی از فصل به شکل دیگری موضوع قابل بررسی است. به همین خاطر همواره مسئولیت غیر مستقیم تلقی می شود. اما در نظریه مسئولیت دولت، مسئولیت مستقیم معرفی شده است بر این اساس هرگاه کارمند دولت مرتکب عمل زیانبار شود. دولت نه به سبب خطای کارمند، بلکه درایت، بصورت مستقیم مسئول است. مسئولیت دولت تابع مسئولیت

کارمند نیست بلکه به صرف صدور خطای زیانبار از کارمند دولت مسئول جبران خسارت است. به عبارت دیگر عمل انتساب به دولت پیدا می کند نه کارمند. با این وصف که بدون اینکه آن کار به کارمند و عامل ورود زیان نسبت داده شود، اگر دولت بخاطر زیانی که از جانب مامور وارد آمده است. مسئولیت دارد به سبب انتخاب یا نظارت ناصحیحی است که خود بعمل آورده است در نتیجه او مستقیماً در گزینش و نظارت بر کارمند مرتکب تقصیر شده است. از آنجا که که اشخاص حقوقی دارای مسئولیت می باشند انتساب مستقیم عمل زیانبار کارمند به سازمان دولتی تحقق یافته است. زیرا که گفته میشود اداره یک شخصیت حقوقی عمومی است و دولت هم مانند هر شخص حقوقی مسئول اعمال زیانبار خود میباشد. چون اعمالی که کارمندان اداره به نام شخص حقوقی انجام میدهد اعمال منسوب به این شخص حقوقی بشمار می آید. زیرا کارمند به مثابه اندام های این شخص حقوقی محسوب میشود پس هر گاه مستخدمی در هنگام انجام وظیفه خطایی مرتکب گردد این خطا تقصیر شخص حقوقی خواهد بود. همچنانکه در عرصه حقوق خصوصی نیز خطاهای اندامهای یک شخص حقوقی، خطای این شخص محسوب میشود. این مقوله از نظر حقوقی دقیق است. اداره باید پاسخگوئی تمامی اعمال کارمندان خود باشد. به این دلیل است که هر شخص طبیعتاً مسئول حرکات و اعمال خود خواهد بود. همانگونه که فرد طبیعی بالضروره جوابگوی تمامی اعمال خویش است بنابراین اگر ماموری با استفاده از عنوان کارمندی عملی را انجام دهد در واقع این شخص حقوقی عمومی است که آن عمل را پدید آورده است. این قاعده از مفهوم شخصیت حقوقی نشأت گرفته است. شخص حقوقی نیز بواسطه اندامهای خود فعالیت می کند و اعمال او متعلق به خود او

میباشد نه دیگری و باید تحت همین عنوان مسئول شناخته شود. انهایه هر گاه کارمندی یک خطای کوچک یا بزرگ مرتکب گردید مسئولیت به اداره باز می گردد و این نتیجه انتزاعی اجرای این قاعده نیست بلکه نتیجه منطقی و عقلی این قضیه است، که خطای اداری با هر درجه و از هر نوعی به شخص انتساب پیدا می کند. براساس نظریه صنعتی تقصیر شرط جبران خسارت اثبات تقصیر کارفرما بود اما در غالب موارد حادثه ناشی از طرز کار ماشین های مختلف بوده و کارفرما تقصیری مرتکب نشده بوده و در صورت مقصر بودن نیز اثبات تقصیر وی دشوار می نمود کارگران زیان دیده که اغلب از اقشار ضعیف جامعه بودند از گرفتن خسارت محروم می شدند و حتی در برخی از موارد بدلیل از دست دادن قدرت کار در نتیجه حادثه به بیچارگی کامل کشیده می شدند. بطوریکه این احساس نابرابری اجتماعی در نبض و قلب نظام مردم سالاری بوجود می آمد و به این مسئله حقوقی جنبه سیاسی داده بود. با توجه به نا عادلانه بودن چنین وضعیتی حقوق دانان به کمک زیان دیدگان شتافته و تغییر و تحول در روند حقوقی بعمل آوردند. گروهی دیگر تجزیه و تحلیل جدیدی از قرار داد کار ارائه دادند که براساس آن کار فرما در قراردادی که با کارگر منعقد می کند بطور ضمنی متعهد میشود که ایمنی کارگران را در محیط کار تضمین نماید. حقوق دانان با نشانه گرفتن نظریه تقصیر اعلام کردند کسی که محیط خطرناکی مثل کارخانه ایجاد می کند، در صورت تحقق خطر بدون اینکه نیازی به اثبات تقصیر وی باشد باید خسارت ناشی از آن را جبران کند. در عین حال طرفداران نظریه خطر آرام نگرفتند و بطور کلی خواستار حذف تقصیر از مسئولیت مدنی شدند. نظریه خطر ناشی از وجدان اجتماعی است و قبل از اینکه علمای حقوق در این زمینه تئوری

پردازى نمائند، رويه قضائى تحت فشار جريانهاى اجتماعى چنينى تحولى را آغاز کرده است. رويه
اين تفاوت بين مسئوليت مبتنى بر تقصير و خطر ميباشد. نظريه شخصى تقصير نظريه اى فردگرا
است و از اين اندیشه که انسان در دنيا تنها زندگى مى کند فقط بايد به فکر خودش باشد دفاع
مى کند. حال آنکه نظريه خطر، اجتماعى است و به انسان بعنوان عضوى از جامعه نگاه مى کند و
با او مانند عضوى از اعضاى ساير جامعه با او رفتار مى کند. پيشرفت جامعه بشرى و رشد و تکنولوژى
ماشينى لا محاله اين رابطه را به هر انسانى تحميل مى نمايد. در اينصورت بايد ديد در بين اشخاص
که در ايجاد خطر دخالت داشته اند خسارت بايد به چه نسبتى در بين آنان تقسيم شود در اينجا
مسئله عدالت اجتماعى مطرح است نه تقصير دنياى امروزي به ميدان نبرد واقعى تبديل شده که
در آن انسان در معرض اشيائى بى جان ،مجمع هاى توليدى و آشوب هاى اجتماعى قرار گرفته
است در چنين شرايطى حقوق بايد پناهگاهى براى حفاظت انسان از اين محيط خطرناک و تامين
امنيت حقوقى وى از طريق مسئوليت عيني باشد هر کس به فعاليتى بپردازد بايد خطرات ناشى
از آن را تحمل کند خواه آنرا بتنهيائى و مستقيماً انجام دهد و يا بواسطه فعاليت ها و نيروهاى ديگر
اخلاق و انصاف ،عده زيادى از حقوق دانان را به پذيرش نظريه خطر واداشته است آنان استدلال خود
را با اين پرسش آغاز مى کنند هنگامىکه خسارتى حادث ميگردد چه كسى بايد آن را تحمل و
جبران نمايد و زيانديده يا وارد كننده زيان اگر وارد كننده زيان مرتكب تقصير شده باشد ترديدى
وجود ندارد كه وى بايد خسارت را جبران كند زيرا عادلانه اين است كه وى آثار اشتباه در رفتار
خود را تحمل كند اما در صورتىكه هيچكدام مقصر نباشند تكليف چيست و طرفداران نظريه تقصير

در این فرض بار سنگین خسارت را به روش زیان‌دیده می‌گذارند اما طرفداران نظریه خطر می‌گویند چرا زیان‌دیده بلکه وارد کننده زیان باید خسارت را تحمل نماید در این روند بی‌عدالتی رخ داده که باید حقوق آن را از بین ببرد در حالیکه عدالت حکم می‌کند هر کس آثار اعمال خود را بعهده بگیرد. خسارت را در واقع زندگی نو پدید آورده است. شیوه زندگی جدید چنین حوادثی را به‌همراه دارد. اخلاق و عدالت و انصاف حکم می‌کند تا کسی که از فعالیت نفع می‌برد خسارت ناشی از آن را نیز تحمل کند. کسی که با ایجاد منبع خطر برای دیگران نفع مادی عاید خویش می‌گرداند و بطور مثال با هدف سود جویی کارخانه‌ای احداث کرده و ابزار و ماشین آلات خاصی در آن بکار می‌گیرد، بدون اینکه نیازی به اثبات تقصیر وی باشد مسئول جبران خسارت ناشی از چنین محیط خطرناکی می‌باشد. گروهی از حقوق‌دانان قاعده فقهی "من له الغنم فعلیه الغرم" را شبیه به نظریه خطر در برابر انتفاع دانسته‌اند. اما دسته دیگر براین باورند که این قاعده چنین معنایی ندارد، بلکه منظور از آن این است که منتفع در قبال منفعتی که از مال بدست می‌آورد باید خساراتی را نیز که به آن وارد می‌شود تحمل کند و این امر خسارات ناشی از مال، که به اشخاص ثالث وارد می‌شود را زیر پوشش قرار نمیدهد. برای اینکه مسئولیت مدنی ساز و کار مناسبی برای بازدارندگی باشد لازم است بین درجه تقصیر وارد کننده زیان، عمدی یا غیر عمدی بودن آن و میزان خسارات پرداخت شده رابطه مستقیمی وجود داشته باشد. صدور حکم به جبران خسارت علاوه بر اینکه وارد کننده زیان را از در پیش گرفتن رفتار زیانبار و ضد اجتماعی در آینده باز می‌دارد، درس عبرتی برای سایر اعضای جامعه و بویژه اشخاصی حقوقی است که به دلیل نوع فعالیت و

موقعیت خاصشان بیشتر مستعد اضرار به غیر هستند. مسئولیت مدنی موجب می شود افرادی که در جامعه قدرت سیاسی و اقتصادی و فکری را در دست دارند، بنوعی در رفتارشان تغییر داده و در قبال جامعه احساس مسئولیت بیشتری بنمایند. در واقع حقوق خصوصی با تضمین حقوق و آزادی شهروندان از این طریق نقش نظارتی حقوق عمومی را برعهده میگیرد. در صورت نبودن مسئولیت مدنی مردم فقط منافع خود را در نظر می گیرند و خواسته های شخصی خود را به ایمنی دیگران ترجیح خواهند داد. ضمانت اجرایی مسئولیت مدنی، افراد را و میدارد تا به منافع دیگران نیز توجه کنند و همواره رفتاری را که از نظر اجتماعی مطلوب است در پیش بگیرند. این امر در دراز مدت میزان حوادث و خسارات ناشی از آن را به میزان قابل توجهی کاهش خواهد داد. برای نمونه افزایش دعاوی مبتلایان به ویروس ایدز و هیپاتیت علیه تهیه کنندگان سازندگان خون و فرآورده های خونی را و داشت تا تمام قابلیت ها و توانایی های علم پزشکی را به کار گیرند و با ابداع روش حرارتی ویروس های موجود در فرآورده های خونی را از بین ببرند. تقصیر یکی از اعضای گروه های حرفه ای در جامعه ممکن است در وضعیت تمام اعضای این گروه ها موثر باشد. تقصیر یک پزشک نه تنها برای پزشک مقصر هشدار دهنده است و صلاحیت حرفه ای وی را زیر سؤال میبرد برای مرجع صادر کننده مجوز پزشکی و همچنین حرفه پزشکی بطور کلی پیامدهایی در پی دارد و روش های تشخیص و درمانی آنان را در برابر دستگاه قضائی و جامعه به چالش می کشد. رفتار و عملکرد سایر گروههای شغلی مانند وکلا، حسابداران بدلیل عدم رضایت در دادگاه ها مورد رسیدگی قرار میگیرد. اقامه دعوی مسئولیت مدنی مربوط به بازداشت غیر قانونی حمله، ایراد، صدمه، سهل انگاری علیه

چند نفر پلیس که مرتکب آن اعمال شده اند افراد پلیس را وا میدارد تا در برخورد خود با شهروندان مسئولانه تر عمل کنند و در سلب آزادی افراد و استفاده از اسلحه مراتب احتیاط را رعایت نماید

• معیار تقسیم مسئولیت در دیگر کشورها، فقه اسلامی و حقوق موضوعه ایران

حقوق سایر کشورها: در حقوق آلمان ماده ۲۵۴ قانون مدنی آن کشور، تصریح دارد که تقسیم مسئولیت باید بر اساس میزان تأثیر هر یک از اسباب در ورود ضرر صورت گیرد.

ماده ۳۴ قانون تعهدات سوئیس، ماده ۳۳۹۸ قانون مدنی پرتغال و ماده ۱۳۹۵ قانون مدنی اتریش نیز میزان تأثیر هر کدام را در ایجاد ضرر معیار تقسیم مسئولیت قرار داده اند. به علاوه، در این مواد تصریح شده است که در صورتی که میزان تأثیر هر کدام قابل تعیین نباشد، حکم به تساوی

مسئولیت داده می شود (Mazeaud, 1970, p.625).

در حقوق مصر، ماده ۱۶۹ قانون مدنی آن کشور مقرر می دارد که در صورت دخالت دو سبب در ورود زیان، خسارت به تساوی بین آنها تقسیم می شود مگر اینکه دادگاه سهم هر کدام را بر مبنای میزان مسئولیت تعیین کند (السنهوری، ۱۹۸۸ م، ص ۸۸۸)؛ بر این اساس، در صورتی که میزان تأثیر هر کدام در ورود ضرر قابل تعیین باشد، بر همان اساس، مسئولیت تقسیم می شود و در صورت عدم امکان تعیین آن، حکم به تساوی مسئولیت داده می شود (Mazeaud, 1970, p.625).

در حقوق اردن بر مبنای ماده ۲۶۵ قانون مدنی آن کشور نویسندگان حقوقی اظهار می دارند که خسارت بر اساس میزان تأثیر هر کدام در ایجاد ضرر معین می شود و در صورت عدم قابلیت تعیین، حکم به تساوی مسئولیت داده می شود (انور سلطان، ۱۹۸۷ م، ص ۳۴۲).

۱- در فقه شیعه در مورد دخالت چند سبب در ایجاد ضرر، حکم به تساوی مسئولیت داده می شود.

۲- صاحب «جواهر» از فقهای متأخر نیز ضمن بیان همین فرع، از این نظر پیروی کرده است (نجفی، ۱۴۰۴ ق، ص ۶۳).

۳- ماده ۳۶۵ ق.م.ا. مقرر می دارد:

«هرگاه چند نفر با هم سبب آسیب یا خسارتی شوند، به طور مساوی عهده دار خسارت خواهند بود».

این دو ماده از فقه امامیه اقتباس شده است و بر اساس آنها باید مسئولیت بین اسباب دخیل، به تساوی تقسیم شود.

مزایای تقسیم مساوی مسئولیت، این است که دادگاه از بررسی درجه تقصیر هر کدام و سایر عوامل که امری مشکل است و موجب اطاله دادرسی می شود، معاف می شود و عدالت نوعی رعایت می شود.

۴- بند ۲ ماده ۱۴ قانون مسئولیت مدنی، «نحوه عملکرد» هر یک از اسباب را معیار تقسیم مسئولیت دانسته است.

۵- با این وجود با توجه به مواد ۳۳۶ و ۳۶۵ قانون مجازات اسلامی که از سایر مواد و قوانین دیگر که در این زمینه است، جدیدتر است و با توجه به صراحت این مواد مبنی بر تساوی مسئولیت، در این زمینه بحثی باقی نمی ماند و هر نوع اظهار نظر مخالف اجتهاد در برابر نص است.

۶- دادگاه بر مبنای موارد قانونی مذکور معتقد به مسئولیت مشترک و مساوی و تضامنی خواندگانی دارند که می بایست ضرر و زیان خواهان ها را تأمین نمایند.

مسئولیت تضامنی و مبنای قانونی آن:

وقتی چند نفر مسئول یک خسارت باشند، در این مورد رویه قضایی بر اساس اصل تعهد تضامنی مسئولان می باشد. یعنی هر کس تعهد دارد که کل خسارت را جبران کند. تعهد تضامنی ممکن است دو توجیه داشته باشد. یک توجیه این است که تعهد نتیجه ضروری کثرت دیونی که بر عهده هر مسئول تلقی می شود. این تحلیل مبتنی بر یک برداشت نظری از رابطه سببیت است که بر اساس آن هر مباشر، مسبب کل خسارت است نه سبب بخشی از آن. توجیه دیگر که عملی تر است، تعهد تضامنی را تضمین به نفع زیان دیده گان می کند. زیرا اگر مسئولان فقط بر جبران بخشی از خسارت که به آنها قابل انتساب باشد محکوم شوند ممکن است این مشکل برای زیان دیدگان پیش بیاید که برخی از آنها توانایی پرداخت غرامت را نداشته باشند. لهذا دادگاه معتقد به قاعده مسئولیت تضامنی ۳۳۵ قانون مدنی به استناد مواد ۱۶۵ قانون دریایی، ماده ۱۴ قانون مسئولیت مدنی، مواد ۳۳۶-۳۳۷-۳۶۵-۳۳۹ قانون مجازات می باشد.

• اظهار نظر نهایی دادگاه در رابطه با اثبات رابطه سببیت و علیت:

بر اساس بررسی های بالا و همچنین مقایسه آماری جمعیت کشور به آلودگی هیأتیت C که ۵/۰٪ جمعیت کشور را شامل می شود، و از سوی دیگر تحقیق مشترک موجود در مستندات پرونده های منتج به صدور دادنامه های ۷۸-۱۰۵۲ که از سوی خانم دکتر حوریه رضوان مسئول سابق کنترل

کیفی سازمان انتقال خون و آقای دکتر مللکزاده رئیس مرکز تحقیقات و کبد و گوارش ایران انتشار یافته است، بالغ بر ۷۰٪ آلودگی هپاتیت C در بین جمعیت هموفلی کشور و ۴۵٪ آلودگی ویروسی هپاتیت B در بین جمعیت تالاسمی کشور گزارش گردیده است. دادگاه با استفاده از برهان نفی سایر اسباب راهی بجز راه سوم یعنی مصرف خون و فرآورده های خون را برای آلودگی ها خواهانهای مبتلا به بیماری های ارثی که بصورت دائمی نیازمند خون و فرآورده های خونی هستند مقدور نمی داند. حتی اگر آمار آلودگی جامعه هموفیلی و تالاسمی مورد تفکیک قرار گیرد، آلودگی بیماران هموفیلی که آلودگی آنها به ویروس هپاتیت C از طریق مرجع کارشناسی پزشکی قانونی مورد تأیید قرار گرفته در شرایط بسیار حداقلی و بدون در نظر گرفتن اظهار وکیل خواهانها که بالغ بر یکهزار مورد ارجاع نشده به قوه قضائیه باقی است، حکایت از یک شیوع ۲۰٪ آلودگی هپاتیت C در بین بیماران هموفیلی را دارد که اساساً همخوانی با شیوع این ویروس در جمعیت کشور را ندارد. وکلای خواندگان بکرات در اظهارات خود در دادگاه و همچنین لوایح تقدیمی تلاش نموده اند با طرح راه های دیگر آلودگی خواهان ها به ویروس های هپاتیت C و ایدز و همچنین نبودن مستندات آزمایشگاهی در رابطه با سلامت خواهانها قبل از تزریق فرآورده های خونی که از امور ناممکن است و با احاله موضوع به امر ناممکن زمینه اطاله دادرسی را فراهم می آورند. راه آلودگی خواهانهای را که مصرف کننده دائمی خون و فرآورده های خونی می باشند، فقط خون دانسته و در مورد کسانی که مصرف کننده خون فرآورده های خونی بصورت دائمی نیستند، فقط در صورتیکه بتوانند مدارکی را

ارائه نمایند که منجر به شناسایی اهدا کننده و بوجود آمدن امکان اخذ آزمایش مجدد اهدا کننده باشد، قابل بررسی میدانند.

اثبات موارد مذکور نیازمند همکاری اساسی خواندگان را دارد، که در چارچوب پرونده های حقوقی عملاً میسر نمی گردد و نیازمند تحقیقات در فرآیند دیگری است. دادگاه ادعای خواندگان مبنی بر اینکه آلودگی های مصرف کنندگان خون امری متحمل است و بطور کلی نمی توان در رابطه با سلامت صد در صدی خون و فرآورده های خونی مطمئن گردید، با ذکر آنکه اساساً شیوع آلودگی در خواهان ها با آنچه به عنوان درصد احتمال انتقال بیماری های ویروسی در مطرح می شود، فاصله اساسی و جدی دارد. دادگاه حتی در موارد نادر و ناشی از بیماریهای ناشناخته اعتقاد به تأمین خسارت زیاندیدگان را بر اساس قانون مسئولیت مدنی بخصوص فراز نهایی ماده ۱۱ دارد. موقعیت انحصاری سازمان انتقال خون ایران و همچنین مسئولیت انحصاری وزارت بهداشت در عرصه این نوع خدمات و سلب حق انتخاب از شهروندان این مسئولیت را چندین برابر نموده و قاعده فقهی غرور و لا ضرر و لا اضرار مورد اشاره در عناوین رأی دادگاه مبنای قبول ادعای خواهان ها و رد اظهارات خواندگان ردیف ۱ و ۲ و وکلای آنان است. دادگاه اظهار نظر خود بر اصلاحات انجام شده در سازمان انتقال خون ایران از سال ۱۳۷۶ تاکنون که در مناسبت های مختلف بخصوص ۹ مرداد روز ملی انتقال خون اطلاع رسانی گردیده نیز استوار می نماید. تغییر شعار محوری این سازمان از «اهدای خون، اهدای زندگی» به «اهدای خون سالم، اهدای زندگی» توجه جدی و اساسی به انتقال خط خونی کشور بر خون اهدا کنندگان مستمر برای جلوگیری از انتقال ویروس هایی که دوره پنهان

پنجره ای دارند، حذف خون جانشین، جمع اوری مراکز سیار جمع آوری خون که از سال ۱۳۷۶ مورد اعتراض انجمن حمایت کننده از بیماران هموفیلی قرار داشت و تبدیل آنها به مراکز ثابت، تأمین مرحله قرنطینه پلاسما جهت افزایش ضریب ایمنی آن، ایجاد روش خود حذفی خون که در سال ۱۳۸۴ منجر به حذف ۲۶۵۰ کیسه خون گردید. که در راستای توسعه و ارتقا مراکز انتقال خون تحقق یافته همه از عواملی هستند که می توانند در کاهش آلودگی های ناشی از خون نقش مهمی را ایفا نمایند.

در اروپا و آمریکا از هر ۵۰۰ هزار نفر دریافت کننده خون یک نفر در معرض آلوده شدن از طریق اهدا کنندگانی است که در دوره پنهان بیماری ها هستند.

در عین حال تعطیلی صنعت پلاسما که با دستور مدیرکل اداره نظارت بر دارو وقت از سال ۱۳۷۶ بعلت مجهز نبودن پالایشگاه به سیستم ویروس زدایی انجام شده است تاکنون تداوم داشته و انعکاسی از مشکلات اساسی موجود در پروسه تولید مجموعه ای است که خواهان ها در آغاز به کار آن پالایشگاه محصولات ویروس زدایی نشده آن را مصرف نموده اند. اگر چه دادگاه قبلا در موقعیت حقوقی پرونده حکم به برائت شرکت پژوهش و پالایش خون که در واقع همان مرکز پژوهش پالایش خون به عنوان بخشی از سازمان انتقال خون ایران بوده است که بعداً هویت حقوق جدیدی را با تصویب دولت بدست آورده است.

• خلاصه رأی دادگاه بدوی در رابطه با مسئولیت مدنی وزارت بهداشت و سازمان انتقال خون ایران

(دادنامه های شماره ۷۸-۱۰۵۲ شعبه ۱۰۶۰)

خلاصه رأی دادنامه های ۷۸-۱۰۵۲ شعبه ۱۰۶۰ دادگاه عمومی تهران به تاریخ ۸۳/۳/۲۴، رأی مذکور با استوانه قرار دادن مستندات موجود در پرونده کیفری در رابطه با نقص در تجهیزات ویروس زدایی سازمان انتقال خون به تعیین قطعی رسیده و با تحقیق در رابطه با موقعیت حقوقی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و تکالیف پیش بینی شده در قانون در رابطه با این وزارتخانه و همچنین تأسیس سازمان ملی انتقال خون و اساسنامه این سازمان، ادعای خواهان ها را در رابطه با آلودگی از طریق خون و فرآورده های خونی پذیرفته است. در رأی مذکور فارغ از وضعیت پرونده کیفری به شماره ۷۶-۳۵۰ موارد زیر را اثبات شده تلقی نموده است:

۱- تولید فرآورده های خونی ویروس زدایی نشده توسط مرکز پژوهش و پالایش خون به عنوان بخشی از سازمان انتقال خون ایران قطعیت داشته و حکم به تعطیلی این مرکز که توسط مدیرکل اداره نظارت بر دارو وقت در مهر ماه سال ۱۳۷۱ پس از بازدید هیئتی از سازمان بهداشت جهانی را از مهمترین مستندات تلقی نموده است. نتیجه کارشناسی سازمان پزشکی قانونی در رابطه با تحقیقات دادگاه در رابطه با سیستم ویروس زدایی در پرونده کیفری نظر اصلاحی این سازمان حکایت از عدم قابلیت تجهیزات سازمان انتقال خون در نابود نمودن ویروس هپاتیت C دارد.

۲- اعترافات مسئولین بهداشت و درمان و سازمان انتقال خون که بخصوص در پرونده های اداره آگاهی موجود است، منعکس کننده این واقعیت است که اداره کل نظارت بر دارو برای

هیچکدام از محصولات تولید شده توسط سازمان انتقال خون مجوز صادر نکرده و داروهای تولید شده بدون داشتن پروانه توزیع و خواهان ها آن ها را مصرف نموده اند.

۳- مجموعه گزارش های سازمان بازرسی کل کشور که منشأ رسیدگی آنها شکایات بیماران هموفیلی و طرح گسترده موضوع در رسانه های گروهی بوده است، از دیگر مستندات مهم رأی مذکور است. این گزارش ها نیز اساساً مجهز نبودن پالایشگاه خون به سیستم ویروس زدایی و دیگر مشکلات مطروحه توسط خواهان ها را تأیید نموده است. مقاومت های قابل توجه در روند فعالیت سازمان بازرسی کل کشور از دیگر مسائل قابل توجه در این قسمت از مستندات است.

۴- در رأی مذکور ادعاهای خواندگان مبنی بر آلوده شدن بیماران از طرق دیگر به غیر از خون در مقایسه آماری جمعیت کل کشور با جمعیت هموفیلی کاملاً رد گردیده است و راه آلودگی بیماران را خون و فرآورده های خون اعلام نموده است. در رأی مذکور تحقیقات مفصلی در رابطه با بیماری ایدز و هپاتیت C ارائه گردیده است.

۵- صدمات مادی و معنوی وارده به بیماران مورد قبول دادگاه قرار گرفته است و اساساً نوع قرار کارشناسی پزشکی قانونی توسط دادگاه از نوع قرار قرینه بوده و تکلیفی برای سازمان پزشکی قانونی در رابطه با یافتن راه آلودگی خواهان ها مقرر ننموده و فقط از سازمان مذکور میزان صدمه وارده به خواهان ها را درخواست و در پیگیری های مجدد پاسخ سئوالات دادگاه را از ین سازمان دریافت نمده است. دادگاه بصورت صریح میزان دیه تعیین شده توسط سازمان

پزشکی قانونی را کافی ندانسته اما برای جلوگیری از اطاله دادرسی در تعیین خسارت معنوی این نقص را جبران نموده است.

۶- دادگاه با مطالعه تطبیقی در رابطه با شبه درخواست خواهانها در کشورهای دیگر و رویه های قضایی اتخاذ شده در این رابطه تلاش بسیار زیادی نموده است که اهمیت تأمین خسارت زیان دیدگان را در دیگر کشورها نیز طرح نموده و در سایه برتری اندیشه های اسلامی و قانون مسئولیت مدنی و قواعد فقهی مسئولیت انکار ناپذیر دادگاه را در تأمین ضرر و زیان خواهان ها تصویر نماید.

۷- دادگاه در رأی مذکور مستندات پرونده کیفری را با بررسی نظر دیوان عالی کشور در رابطه با دادنامه بدوی مورخ ۸۰/۹/۱۲ به شماره دادنامه ۶۰۹-۳۷۹، با توجه به نظر تأییدی شعبه ششم دیوان در رابطه با مستندات مطرح بخصوص در موارد ۱، ۲ و ۳ طرح شده در سطور قبل، فارغ از ارجاع پرونده کیفری به شعبه همعرض نقطه نظرات خود را استوارتر نموده است. دادگاه نهایتاً با مستند قراردادن نظرات آیات عظام و مراجع تقلید، حضرات آیات عظام صافی، نوری همدانی، بهجت، صانعی، مکارم شیرازی و رهبر معظم انقلاب، آیت الله خامنه ای، رأی خود را چنین اعلام داشته است:

«دادگاه بر اساس مستندات پرونده، بخصوص اسناد استخراج شده از پرونده کیفری و گزارش های سازمان بازرسی کل کشور و اظهار نظرهای کارشناسی سازمان پزشکی قانونی با امعان نظر به این نکته که در عصر حاضر دولت و حتی سازمان های عمومی در همه زمینه های اجتماعی، اقتصادی،

زندگی جمعی شهروندان کشور دخالت می کند و برای پیش برد برنامه هایش وسیله ها و ابزارهای فنی و مادی بسیاری به کار می گیرد، بی تردید در نتیجه این دخالت های همه جانبه نه تنها همیشه این امکان هست که به اشتباه بلکه با برآمد درک خود از شرایط مرتکب خطا گردد. از نظر علمی و منطق حقوقی و اخلاق این زبان ها می بایست جبران شود بخصوص در مواردی که زیان ها سنگین و لطمت بسیاری را در عرصه های مختلف به شهروندان وارد می آورد. آنچه قانون مدنی در اتلاف و تسبیب مواد ۳۲۸ تا ۳۳۵ دستور داده است، بیانگر آن است که جبران خسارت زیان دیده امری حتمی و پذیرفتنی است. این مناسبات حقوقی در ارتباط با همه مردم قهراً اعمال می گردد و اعمال آن در ارتباط با مردم و دولت لا محاله گردیده است. این همان منطقی است که در سایه آن اصل یکصد و هفتاد و سوم قانون اساسی شکل گرفته و دیوانی جهت رسیدگی به شکایات و لطمت مردم از سازمانها و نهادهای دولتی تأسیس می گردد.

ماده ۱۱ قانون مسئولیت مدنی بخصوص فراز نهایی آن راه را برای اظهار نظر دادگاه هموار نموده و تعدد سازمان های دولتی درگیر با موضوع می تواند مسئولیت تضامنی و مشترکی را متوجه آنان نماید. دادگاه با استناد به ماده ۱۴ قانون مسئولیت مدنی (ق.م.م) می تواند وظیفه تشخیص سهم هر یک بر عهده گرفته و اعلام نظر نماید.

لهذا دادگاه با امعان نظر به اینکه: ۱- زیان خواهانها مسلم است، ۲- زیان خواهان ها ویژه است، ۳- زیان خواهانها غیر عادی و در تشخیص عرف سنگین و در نهایت غیر قابل جبران می نماید، ۴- علاوه

بر زیان مادی خواهانها زیان معنوی و لطمات روحی و روانی شدید دیده که قانونگذار در ماده یک قانون مسئولیت مدنی دیوان آن را ضروری دانسته است و ماده ۸ همین قانون بر آن تأکید می نماید. در رابطه با خواندگان ردیف ۱ و ۲ حکم به الزام تأمین و پرداخت خسارات مادی و معنوی وارد آمده به خواهان ها نموده و با توجه به نقش اساسی خوانده ردیف ۱ که امر نظارت بر تولید و توزیع دارو از وظایف اصلی، ذاتی و قانونی آن است، جبران ۲/۳ زیان وارده را بر عهده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانسته و سازمان انتقال خون ایران را ملزم به جبران ۱/۳ باقی مانده می نماید. در رابطه با خوانده ردیف سوم مستند به بند ۴ ماده ۸۴ آئین دادرسی در امور مدنی و ماده ۱۹۵ قانون تجارت با توجه به اینکه تاریخ تأسیس شرکت پژوهش و پالایش خون ایران پس از تصویب شورای محترم نگهبان از تاریخ ۱۳۷۷/۷/۲۱ بوده و منشأ ابتلا خواهانها به بیماری های ویروسی هپاتیت و ایدز به سالهای قبل از ۷۶ باز می گردد و در آن زمان مرکز پژوهش و پالایش و نه شرکت پژوهش و پالایش خون زیر مجموعه سازمان انتقال خون خوانده ردیف ۲ بوده است که دادگاه در زمینه مسئولیت این خوانده اظهار نظر نموده است. علیهذا اگرچه انتقال تجهیزات و کارکنان مرکز پژوهش و پالایش به شرکت جدید صورت گرفته که می تواند فرض مسئولیت اداری و کیفری کارکنان را تداوم بخشد، اما این دادگاه در رسیدگی حقوقی و مدنی فارغ از اظهار نظر در این خصوص بوده و اصولاً با محکومیت واحدی که در یکپارچگی مسئولیت دولت اعلام نموده است، نظر دادگاه تأمین و اعلام می نماید شرایط حقوقی تحقق مسئولیت مدنی در رابطه با شرکت پژوهش و پالایش خون

ایران موجود نبوده و دادگاه حکم به رد دعوی خواهان ها در رابطه با خوانده ردیف ۳ صادر می نماید.»

دادگاه در ادامه ضمن اظهار نظر در رابطه با چگونگی تأمین خسارات مادی و هزینه های درمان گذشته حال و آینده با تأکید بر ضرورت تأمین خسارت معنوی با تکیه بر قاعده "لاضرر و لا اضرار" حکم تأمین خسارت معنوی خواهان ها را داده و معیارهای معینی را در رابطه با تعیین خسارت معنوی اعلام کرده است. از جمله این موارد: سن، تحصیلات، شغل، داشتن تأهل، داشتن اولاد، محرومیت از خدمات پزشکی، موارد منجر به طلاق و ... می باشد. دادگاه در تکمیل تأمین خسارت معنوی خواهان ها حکم عذرخواهی خواندگان از خواهان های پرونده در رابطه با نسبت دادن آلودگی آنان به راه های دیگر به غیر از خون را داده و خواندگان را مکلف به انتشار این عذرخواهی در دو روزنامه کثیرالانتشار و ارسال کتبی برای خواهانها نموده است.

در پایان خواندگان موظف به پرداخت هزینه دادرسی و هزینه وکیل گردیده اند. لازم به ذکر است که در رأی مذکور ضرر و زیان مادی و معنوی بیماران بر حسب دیه تعیین گردیده است و در تأمین هزینه های درمان گذشته و آینده از کارشناسی سازمان پزشکی قانونی استفاده گردیده است.

• اظهار نظر شعبه تجدید نظر و دیوان عالی کشور در رابطه با دادنامه های ۱۰۵۲/۷۸

دادگاه با توجه به آنکه خواهان های این پرونده در زمره خواهان های رسیدگی شده در رأی اشاره شده بوده اند، در جهت تدقیق نقطه نظر مراجع بالاتر از دادگاه بدوی در رابطه با رأی دادنامه های فوق اشاره، ضمن مطالعه آراء مذکور با توجه به نقطه نظرات قضایی موجود در رأی تجدید نظر و

دیوان عالی کشور در رابطه با رأی دادگاه بدوی، این آراء را به حکم صادره ضمیمه می نماید.

بخصوص اظهار نظر دادگاه تجدید نظر در رابطه با دیه و مفاهیم آن در قوانین کیفری از یکسو و اظهار نظر قاطع دادگاه تجدید نظر در رابطه با طبیعت مدنی دیه و این نکته مهم که دیه ^{'''}قدر متقین ^{'''} خسارتی است که قانونگذار به تبعیت از شارع مقدس ورود آن را مسلم و جبران آن را تضمین کرده و به همین علت است که مطالبه آن نیازی به طرح دعوای مدنی ندارد و همچنین استدالات این دادگاه در رابطه با شخصیت حقوقی و نقش فرد در موقعیت هایی که مردم با اشخاص حقوقی طرف دعوا قرار می گیرند، مورد توجه دادگاه است. تأیید حکم دادگاه تجدید نظر توسط دیوان عالی کشور انعکاسی از شکل گیری یک رویه قضایی در رسیدگی به این نوع دعوای قضایی در حوزه مسئولیت مدنی دولت است.

دادگاه تجدید نظر شعبه ۱۵ در تاریخ ۸۳/۱۰/۳ طی دادنامه ای در رابطه با تجدید نظر خواهی خواندگان دادنامه های بدوی ۷۸-۱۰۵۲ اشعار می دارد:

درخصوص تجدیدنظر خواهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همچنین درخصوص تجد نظر خواهی سازمان انتقال خون ایران با وکالت آقای دکتر صدری کیوان از دادنامه شماره ۱۴۳۴ مورخ ۸۳/۷/۱۳ صادره از شعبه ۱۰۶۰ دادگاه عمومی تهران که به موجب آن درخصوص تجدید نظر خواهی دو شخص یاد شده از دادنامه اصلی به علت عدم ابطال تمبر هزینه دادرسی قرار رد دادخواست تجدید نظر خواهی صادر شده است. مستملاً هر چند یکی از دو تجدید نظر خواه یا شده دعوای تجدید نظر را علیه وکیل تجدید نظر خواندگان مطرح کرده و این کار از نظر شکلی صحیح نیست ولی در عین حال

مانع از اظهار نظر این دادگاه نمی باشد زیرا به هر حال مفاد تجدید نظر خواهی آنان متوجه دادنامه است و وکیل تجدید نظر خواندگان نیز پاسخ داده است و اما در مورد ماهیت تجدید نظر خواهی، با توجه به مندرجات پرونده، آنچه که در دادخواست مطرح شده دعوای زیاندیدگان از مصرف فرآورده های خونی علی ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲- سازمان انتقال خون ایران، ۳- شرکت پژوهش و پالایش خون ایران با خواسته خسارت است. مبنای قانونی دعوا قانون مسئولیت مدنی و قانون مجازات اسلامی است و دادگاه رابطه سببیت بین زیان وارد شده و تقصیر هر یک از شخصیت های مذکور را مورد بررسی قرار داده و رأیی بر اساس خواسته بر محکومیت خواندگان صادر کرده است که فعلاً مورد بحث نیست. در حال حاضر در این پرونده مورد اختلاف این است که آیا رأی تجدید نظر خواسته بر اساس یک دعوای مطالبه خسارت ناشی از جرم و به تبع دعوای کیفری صادر شده یا صرفنظر از جنبه کیفری، به اتکا یک دعوای مستقل مدنی صادر شده است؟ در این خصوص دادگاه به جهات و مبانی زیر توجه دارد. ۱- علی القاعده جرم جنبه شخصی دارد و شخص طبیعی قابل انتساب است و بدیهی است که خسارت ناشی از جرم نیز از مرتکب قابل وصول است و امتیاز (معافیت) مذکور در آئین دادرسی کیفری مختص کسانی است که محکومیت کیفری یافته اند یا به اتهام کیفری به هر حال تعقیب شده اند. ۲- دیه هر چند در قوانین کیفری ذکر شده و احکام آن در قوانین مذکور بیان گردید و به روشی که در امور کیفری معمول است، مورد حکم قرار می گیرد ولی به نظر این دادگاه طبیعت مدنی دارد زیرا در واقع قدر متیقن خسارتی است که قانونگذار به تبعیت از شارع مقدس ورود آن را مسلم و جبران آن را تضمین کرده است و به همین علت است که مطالبه آن

نیازی به طرح دعوای مدنی و ارائه دلیل اثبات ندارد و دادگاه کیفری آن را همزمان با مجازات مرتکب در حکم خود لحاظ می کند. کما اینکه در جرم کلاهبرداری و اختلاس نیز دادگاه کیفری حقوق مدنی زیان دیده را بدون تشریفات آئین دادرسی مدنی همزمان با کیفر مرتکب لحاظ می کند ولی قطعاً این روش نمی تواند در طبیعت و ماهیت مدنی دیه تغییری ایجاد کند. ۳- دعوای حاضر صرفنظر از مسائل کیفری، علیه شخصیت حقوقی و بر مبنای مسئولیت مدنی مطرح شده است و مبنای آن این است که این شخصیت‌های حقوقی که هر کدام به نوعی در تولید و عرضه فرآورده های خونی آلوده دخیل بوده اند مسئول مدنی خسارت وارد شده به مصرف کنندگان هستند و این یک دعوای کاملاً مدنی است هر چند که برخی از اشخاص حقیقی منتسب و مرتبط با این شخصیت ها مسئولیت کیفری نیز داشته باشند. زیرا مصرف کنندگان با اعتماد به شخصیت حقوقی تجدید نظر خواهان بوده که اقدام به مصرف فرآورده ها کرده اند و با شخصیت حقوقی طرف بوده اند نه با کارکنان آن شخصیت ها، کما اینکه مشتریان یک شرکت تجاری نیز با اتکا به اعتبار شرکت اقدام به معامله می کنند و مشتریان بانک ها نیز با اتکا به اعتبار بانک اقدام به برقراری رابطه پولی و مالی با بانک می کنند و در این میان اگر ضرری متوجه آنان شده باشد شرکت یا بانک طرفیت دارند نه با کارمندان آنها هر چند که ضرر ناشی از تقصیر کارمندان باشد و این به عمی برائت یا بی تقصیری کارمند مجرم یا خاطی نیست به عبارت دیگر مسئولیت مدنی اصلی متوجه شخصیت حقوقی است و شخصیت حقوقی نمی تواند در چنین مواردی کارمند خاطی خود را در مقابل اشخاص ثالث قرار دهد و یا از موقعیت هایی که قانون به مجرم اختصاص داده است بهره مند شود. بنابراین به نظر این دادگاه

استنباط دادگاه نخستین منطبق با موازین قانونی است و دادگاه ضمن رد تجدید نظر خواهی رأی نخستین را تأیید می کند. .../ف

رئیس شعبه ۱۵ دادگاه تجدید نظر استان تهران: مستشاران دادگاه

چنانچه ملاحظه می گردد در رأی قطعی مذکور به درستی بر مسئولیت مدنی دولت در رابطه با مردم تأکید گردیده و علیرغم آنکه دادگاه تجدیدنظر تکلیفی در اظهار نظر ماهوی در رابطه با رأی مذکور نداشته است، اما با احساس مسئولیت و نظر به اهمیت موضوع تأمین ضرر و زیان خواهان های پرونده را توسط خواندگان دولتی درست تشخیص داده و با ذکر مثال بر اهمیت آن افزوده است. شعبه ۹ دیوان عالی کشور نیز طی دادنامه ۲۴۶-۹ مورخ ۸۴/۲/۲۴ در رسیدگی به اعتراض خواندگان به رأی دادگاه تجدید نظر چنین اظهار نظر می نماید:

خلاصه جریان پرونده:

بموجب دادنامه ۱۰۵۲/۷۸ مورخ ۸۳/۳/۲۴ دادگاه عمومی تهران شعبه ۱۰۶۰ در مورد دعوی بیماران و یا ورثه قربانیان مصرف کننده خون و فرآورده های خونی بشرح دادخواستهای تقدیمی و رأی مفصل و مبسوط و مشروح شعبه ۱۰۶۰ دادگاه عمومی تهران که دعوی آنان را پذیرفته و خواندگان یعنی ۱- سازمان انتقال خون ایران ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را به پرداخت مقادیری دیه بابت خسارت مادی و معنوی به خواهان ها محکوم نموده است و بر اثر تجدید نظر خواهی سازمان انتقال خون و کیل بعضی از خواهانها دادگاه بدوی بموجب دادنامه شماره ۱۴۳۴ - ۸۳/۷/۱۳ دعوی سازمان انتقال خون و وزارت بهداشت و درمان را بلحاظ عدم ابطال تمبر هزینه

دادرسی و با توجه به انقضا مهلت مقرر و با وجود ابلاغ اخطاریه رفع نقص به تجدیدنظر خواهان و احراز صحت نحوه ابلاغ آن اوراق که در تاریخ های ۸۳/۵/۲۸ و ۸۳/۶/۱۶ صورت گرفته و مستنداً به تبصره ۲ ماده ۳۳۹ قانون آئین دادرسی دادگاه های عمومی و انقلاب در امور حقوقی قرار رد دادخواست تجدیدنظر خواهی تجدید نظر خواهانهای فوق الذکر را صادر و اعلام داشته است که بر اثر تجدیدنظر خواهی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمان انتقال خون قرار فوق الاشعار شعبه ۱۵ دادگاه تجدید نظر تهران ضمن آنکه اصولاً طرح دعوی تجدیدنظر خواهی را علیه وکیل تجدیدنظر خواندگان را از نظر شکلی خالی از اشکال ندانسته النهایه با توجه به پاسخگویی وکیل تجدیدنظر خواندگان به دعوی مطروحه مانع اظهار نظر دادگاه تجدید نظر ندانسته زیرا بهر حال مفاد تجدید نظر خواهی آنان متوجه دادنامه است دادگاه دعوی را مطالبه خسارت تشخیص داده و آن را یک دعوی مستقل مدنی دانسته است و با استدلال آمده در رأی طبیعت دعوی را مدنی خوانده و آنرا خسارتی تلقی نموده که معمول است و مورد حکم قرار می گیرد و قانونگذار به تبعیت از شارع مقدس ورود آن را به مسلم و جبران آن را تضمین کرده و بهمین علت است که دعوی علی شخصیت حقوقی بوده و بر مبنای مسئولیت مدنی مطرح گردیده و شخصیت حقوقی نمی تواند در چنین مواردی کارمند خاطی خود را در مقابل اشخاص ثالث قرار دهد یا از موقعیت هائی که قانون بمرجم اختصاص داده بهره مند شود بنابراین دادگاه تجدیدنظر استنباط دادگاه نخستین را منطبق با موازین قانونی تشخیص و ضمن رد تجدید نظر خواهی رأی دادگاه نخستین را تأیید نوده است (دادنامه شماره ۱۲۳۷-۸۳/۱۰/۳ شعبه ۱۵ دادگاه تجدیدنظر استان تهران) آقای کیوان بوکالت از سازمان

انتقال خون بر اساس تبصره ۲ ماده ۱۸ قانون اصلاح قانون تشکیل دادگاه های عمومی و انقلاب نسبت به دادنامه فوق الشعار از شعب تشخیص دیوان عالی کشور تجدید نظر خواهی نموده که درخواستش بشماره ۳۱۱۶۰ - ۸۳/۱۱/۱۷ ثبت دفتر کل شعب تشخیص شده و جهت رسیدگی به این شعبه (شعبه نهم تشخیص) ارجاع گردیده است. بدیهی است بهنگام شور لایحه تجدیدنظر خواهی قرائت خواهد شد.

هیئت شعبه در تاریخ بالا تشکیل گردید پس از قرائت گزارش عضو ممیز و اوراق پرونده درخصوص دادنامه شماره ۸۳/۱۰/۳-۱۲۳۷/۸۳ شعبه ۱۵ دادگاه تجدید نظر استان تهران تجدید نظر خواسته مشاوره نموده چنین رأی می دهد:

رأی) درخصوص تجدیدنظر خواهی آقای کیوان بوکالت از سازمان انتقال خون ایران نسبت به دادنامه شماره ۸۳/۱۰/۳-۱۲۳۷ صادره از شعبه ۱۵ دادگاه تجدید نظر استان تهران که در مقام تجدیدنظر خواهی آن سازمان از قرار دادخواست تجدیدنظر خواهی سازمان انتقال خون نسبت به دادنامه صادره از شعبه ۱۰۶۰ دادگاه عمومی موضوع دعوی زیاندیدگان درخصوص تولید و عرضه فرآورده های خونی آلوده بوده که بلحاظ عدم رفع نقص دادخواست از جهت پرداخت هزینه دادرسی در مهلت قانونی قرار رد صادر گردیده و شعبه ۱۵ تجدیدنظر تهران بشرح دادنامه فوق الاشعار و بشرح استدلال آماده در رأی مذکور آن را تأیید نموده است نظر به اینکه از ناحیه تجدیدنظر خواه ایراد و اعتراض خاص و موجهی که نقض دادنامه تجدیدنظر خواسته را ایجاب نماید بعمل نیامده و با توجه به طبع دعوی مطروحه که حقوقی بوده و در واقع مطالبه زمان وارده در اثر مصرف خون آلوده بوده لذا

استدلال و استنباط قضات صادر کننده آرا مذکور در مورد قرار رد دادخواست تجدید نظر خواهی (و) بلحاظ اینکه بر خلاف ادعای وکیل تجدیدنظر خواه مورد مشمول تبصره ۲ ماده ۲۴۲ قانون آئین دادرسی کیفری خارج است) و خلاف بین شرع و قانون در آنها احراز نمی گردد. مستنداً به تبصره ۲ ماده ۱۸ قانون اصلاح قانون تشکیل دادگاه های عمومی و انقلاب قرار رد تجدیدنظر خواهی صادر و اعلام می شود.

سید مهدی بهبهانی نیا رئیس، مستشاران: سید محمد علی بلادی مقدم، غلامعلی سیف، اعضا معاون: اسد داروچی، قدرت اله رضائی

دیوان عالی کشور به عنوان بالاترین مرجع قضایی ضمن رد ضرورت به نتیجه رسیدن دعوی کیفری رأی حقوقی صادره در حوزه مسئولیت مدنی دولت را تأیید و تأکید می نماید که خلاف بین شرع و قانون در آن احراز نمی گردد. دادگاه با توجه به قطعیت حکم صادره در رابطه با دادنامه های ۷۸-۱۰۵۲ و این نکته که مجموع پرونده های مشمول این رأی از جمله پرونده های رأی مذکور بوده اند با قوت بیشتری در رابطه با مسئولیت مدنی خواندگان پرونده در رابطه با خواهان ها و ضرورت تأمین ضرر و زیان آنها اظهار نظر می نماید.

• مبانی فقهی و حقوقی تأمین دیه و ضرر و زیان از بیت المال

در متون فقهی موارد متعددی را می توان یافت که پرداخت خون بها بر عهده بیت المال یا امام مسلمین نهاده شده است. بخش قابل توجهی از این موارد که در مواد ۵۸، ۲۳۶، ۲۴۴، ۲۵۵، ۲۶۰، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۳۲ قانون مجازات اسلامی و برخی قوانین دیگر انعکاس یافته است عبارتند از:

- خون بهای شخصی که در اثر خطای قاضی در تشخیص حکم یا موضوع، به ناحق کشته شده است.

- خون بهای شخصی که در اثر تیراندازیه مأمورانی که در حین انجام وظیفه بوده اند به قتل رسیده است.

- دیه شخصی که در اثر ازدحام جمعیت کشته شده است.

- دیه مقتولی که قاتل شناسایی نشده، یا پس از شناسایی متواری شده است و تا هنگام مردن نیز دور از دسترس مانده است.

- دیه شخصی که توسط مسلمان بی وارث (فاقد عاقله) به صورت خطا به قتل رسیده است.

- خون بهای شخصی که اولیای دم او حاضر به اجرای قسامه نشده اند و ...

مسئولیت بیت المال مبانی متعددی دارد. مهم ترین این مبانی قاعده «لا یبطل دم امر مسلم» است

بر اساس قاعده مذکور، هیچ گاه نباید خون مسلمانی پایمال شود. مبنای دیگر مسئولیت بیت المال

قاعده «من له الغنم فعلیه الغرم» است. قاعده مذکور متضمن این معناست که بین انتفاع از فواید

چیزی با پرداخت هزینه های احتمالی آن ملازمه وجود دارد. فلذا همانگونه که اموال مسلمانان بی

وارث به بیت المال منتقل می شود در صورت ارتکاب قتل خطا، توسط چنین شخصی هم، بیت المال

مسئول پرداخت دیه است. علاوه براین دو مبنا مبانی دیگری نیز برای مسئولیت بیت المال وجود

دارد که از آن جمله می توان به سهل انگاری و قصور حکومت و مصالح اجتماعی اشاره کرد. در رابطه

با سهل انگاری و قصور حکومت چنانچه در سطور پیشین نیز رأی دادگاه تجدید نظر در رابطه با

دادنامه های ۷۸-۱۰۵۲ شعبه ۱۰۶۰ ذکر گردید، در رأی مذکور مبنای تأمین این نوع خسارات به خوبی به شرح ذیل استدلال گردیده است:

«دعوی حاضر صرفنظر از مسائل کیفری، علیه شخصیت حقوقی و بر مبنای مسئولیت مدنی مطرح شده است و مبنای آن این است که این شخصیت‌های حقوقی که هر کدام به نوعی در تولید و عرضه فرآورده های خونی آلوده دخیل بوده اند مسئول مدنی خسارت وارد شده به مصرف کنندگان هستند و این یک دعوی کاملاً مدنی است هر چند که برخی از اشخاص حقیقی منتسب و مرتبط با این شخصیت ها مسئولیت کیفری نیز داشته باشند زیرا مصرف کنندگان با اعتماد به شخصیت حقوقی تجدید نظر خواهان بوده که اقدام به مصرف فرآورده ها کرده اند و با شخصیت حقوقی طرف بوده اند نه با کارکنان آن شخصیت ها کما اینکه مشتریان یک شرکت تجاری نیز با اتکا به اعتبار شرکت اقدام به معامله می کنند و مشتریان بانک ها نیز با اتکا به اعتبار بانک اقدام به برقراری رابطه پولی و مالی با بانک می کنند و در این میان اگر ضرری متوجه آنان شده باشد شرکت یا بانک طرفیت دارند نه با کارمندان آنها هر چند که ضرر ناشی از تقصیر کارمندان باشد و این به معنی برائت یا بی تقصیری کارمند مجرم یا خاطی نیست به عبارت دیگر مسئولیت مدنی اصلی متوجه شخصیت حقوقی است و شخصیت حقوقی نمی تواند رد چنین مواردی کارمند خاطی خود را در مقابل اشخاص ثالث قرار دهد و یا از موقعیت هایی که قانون به مجرم اختصاص داده است بهره مند شود. بنابراین به نظر این دادگاه استنباط دادگاه نخستین منطبق با موازین قانونی است و دادگاه ضمن رد تجدید نظر خواهی رأی نخستین را تأیید می کند.» این مبنا به خوبی با عنوان قصور حکومت در ایجاد نظم و

پی آمد آن و ورود ضرر و زیان به مردم و ضرورت تأمین خسارات را توسط دولت، در سطور آینده تشریح کرده است.

دادگاه علاوه بر استدلالات بالا بر این نظر است که با دقت بیشتری موارد استفاده از بیت المال جهت پرداخت ضرر و زیان دیه را در رأی خود منعکس نماید:

– **اولاً: پایمال نشدن خون مسلمان:** اسلام برای حفظ حیات انسان اهمیت بسزایی قائل است تا جایی که کشتن یک انسان محقون الدم را همسان با کشتن تمامی افراد روی زمین و همدریف با نابودی نسل بشر می داند (مأئده: ۳۲)

علاوه بر آن در اسلام قتل عمدی انسان بی گناه، مجازات اخروی بی پایان، خشم و لعن خداوند را به دنبال دارد. (نسا ۹۳) قابل پیش بینی است که در چنین مکتبی خون مسلمان تا چه اندازه دارای ارزش و احترام باشد. برای آشنایان به فقه و احکام شرع، مسئله اهمیت خون مسلمان روشن و مبرهن است. در این باره روایات متظافری وجود دارد که تنها به ذکر حدیثی از پیامبر اکرم (ص) بسنده می شود.

– **دامنه قاعده لایبطل:** تعلیلی که در ذیل روایات فوق آمده است، یعنی "لا یبطل دم امر مسلم" اطلاق دارد و حاکی از هدر نرفتن خون مسلمان است. خواه این خون مربوط به نفس باشد یا عضو لیکن از آنجا که موضوع روایات مذکور قتل است، ممکن است این شبهه را بوجود آورد که مقصود از دم یا خون در روایات مذکور جان مسلمان است نه اعضا و منافع او لذا در جراحات و مانند آن بیت المال مسئولیتی ندارد. اما باید گفت که چنین برداشتی از

روایات نادرست است به دلیل اینکه: اولاً اگرچه موضوع روایات مزبور در ارتباط با قتل است، لکن مقتضای عموم تعلیلی که در ذیل روایت مذکور وارد شده است، آن است که مطلق خون نباید هدر رود، خواه مربوط به نفس باشد یا اعضا، جوارح و منافع به بیان دیگر لفظ دم بمعنای مطلق خون است و مقید کردن آن به هم النفس محتاج به دلیل است. ثانیاً این ادعا که هدر نرفتن خون اختصاص به قتل نمی یابد و در جراحات ما دون النفس نیز جریان دارد. درباره قاعده لایبطل نکات ذیل حائز اهمیت است:

۱- در فرضی که قاتل ناشناس باشد و درعین حال هویت مقتول نیز مشخص نباشد، همچنین در مواردی که مقتول شناسایی شده اما ولی دم او امام مسلمین یا نایب اوست، عملاً دیه ای پرداخت نمی گردد. زیرا در چنین حالتی مسئول پرداخت دیه همان شخصی است که دیه را به ارث می برد با این توضیح که در این موارد بیت المال از یکسو وظیفه دارد دیه مقتول را بپردازد و از سوی دیگر نیز وارث دیه اوست.

۲- قلمرو قاعده لایبطل تنها در محدوده خون مسلمان است به این معنا که این قاعده ظهور دارد که خون مسلمان نباید ضایع شود، اما لزوم هدر نرفتن خون شهروندان غیر مسلمان از آن به دست نمی آید. البته با توجه به مضمون دو روایت مرفوعه ای که در "مستدرک" آمده است می توان قائل به هدر نرفتن مطلق خون شد و قلمرو قاعده را گسترش داد. چنان که برخی از فقها در مواردی که بیت المال مسئولیت دارد، تفاوتی بین مسلمان و غیر مسلمان قائل نشده اند.

۳- مضمون قاعده لایبطل شامل مرگهای طبیعی و خودکشی نمی شود. اشخاصی نیز که خون آنها محترم نیست. مانند اشخاص مهدور الدم خارج از قلمرو قاعده اند. زیرا ظهور روایات وارد در مواردی است که شخص بی گناهی به قتل رسیده باشد و این ویژگی در مرگهای طبیعی و خودکشی و قتل مهدور الدم وجود ندارد.

۴- در مواردی که شخصی به صورت غیر ارادی موجب مرگ دیگری می شود مانند اینکه بار شخصی را از مکانی مرتفع بر روی شخص دیگری می اندازد و موجب مرگ وی می شود، برخی از فقها با استناد به پایمال نشدن خون مسلمان، بیت المال را مسئول پرداخت دیه دانسته اند.

۵- در صورتی که قاتلی اقدام به قتل دو نفر یا بیشتر نماید، در اینکه آیا می توان با استناد به قاعده مذکور، قاتل را در مقابل مقتول اول قصاص نمود و برای هدر نرفتن خون مقتولان دیگر، با استفاده به قاعده لایبطل دیه آنها را از مال جانی یا بیت المال حسب مورد استیفا کرد و احتمال وجود دارد در احتمال نخست با توجه به روایت «الجانی لا یجنی علیه اکثر من نفسه» دریافت دیه پس از قصاص قاتل وجهی ندارد، ضمن آنکه با قصاص قاتل خون مقتولان دیگر هدر می رود با قصاص قاتل تنها تقاص خون یکی از مقتولان گرفته می شود لذا برای هدر نرفتن خون بقیه مقتولان باید از اموال وی جبران شود. در صورتیکه مالی نداشته باشد دیه از بیت المال پرداخت می شود.

۶ - هرگاه پس از ارتکاب قتل عمد، قاتل فرار کند و به او دسترسی نباشد، برخی از فقها امامیه و

اهل سنت با استناد به اینکه اصل اولیه در قتل عمدی قصاص است و تبدیل آن به دیه با

تراضی طرفین میسر نیست، قصاص را ساقط و جایگزینی برای آن معرفی نکرده اند.

- **ثانیاً: قصور حکومت در ایجاد نظم:** از مهم ترین وظایف حکومتها برقراری نظم و امنیت است،

زیرا امنیت لازمه تمامی فعالیت های اجتماعی، اقتصادی، و ... است حکومت دینی نیز از چنین قاعده

ای مستثنا نیست بر حکومت است که ارتکاب قتلها و وقوع درگیریها را به حداقل ممکن کاهش دهد

و اصولاً زمینه های بروز آن را از بین ببرد و اگر احیاناً قتلی به وقوع پیوست، قاتل را دستگیر کند و

به سزای عملش برساند.

حال اگر حکومت در این امر توفیق نیافت باید دیه مقتول را بپردازد تا خسارتی که از طریق سهل

انگاری حکومت به خانواده مقتول وارد شده است، جبران گردد. در مورد این مبنا که مستند آن سیره

ی عقلا است باید گفت که هرگاه بتوان قصوری را به دولت نسبت داد قطعاً دولت باید از عهده

جبران خسارات برآید، مانند جایی که در اثر عدم رعایت جوانب احتیاط، قاتل از دست مأموران

بگریزد. در چنین مواردی هرگاه قاتل مالی نداشته باشد بیت المال باید دیه مقتول را بپردازد. زیرا در

نگهداری قاتل سهل انگاری کرده است، همچنین هرگاه دولت با بی توجهی موجب گردد تا امنیت

منطقه ای از بین برود و افرادی معترض جان و مال مردم گردیدند، در صورت عدم دسترسی به

مجازات سلب کنندگان امنیت، دولت باید از عهده خسارات برآید؛ زیرا عقلا در چنین مواردی دولت را

مسئول نا امنی می دانند و خسارت وارده به آسیب دیدگان را به حکومت منتسب می نماید. در

برخی از روایات نیز به مسئولیت بیت المال در مورد خسارات وارده به مردم در جریان نا آرامیها تصریح شده است.

- **ثالثاً: مصالح اجتماعی و اقتصادی:** یکی از مصارف زکات، پرداخت آن به غارمین یعنی افراد

مدیون و بدهکاری است که دینی بر ذمه آنهاست و توان پرداخت آن را ندارد مشروط بر آنکه سبب دین، امری حرام و معصیت آمیز نباشد.

- **رابعاً: مبانی دیگر:** علاوه بر آنچه پیش از این یادآور شدیم، مبانی دیگری برای پرداخت دیه از

بیت المال وجود دارد که برخی از آنها عبارتند از ۱- «جهات عاطفی»، ۲- قاعده «من له الغنم فعلیه الغرم» و ۳- «جنبه های سیاسی» با جست و جو در متون روایی و فقهی ممکن است مبانی دیگر نیز جهت مسئولیت بیت المال یافت شود.

۱ جهات عاطفی

در حکومت دینی به دست آوردن قلوب مردم و مدارا با آنها اصلی مسلم و روشن است. بر این اساس، اگر دیوانه ای که از نعمت عقل محروم است، به سوی شخصی دیگر حمله کند و آن شخص نیز در دفاع از خود مجنون را به قتل برساند، در صورتی که دفاع منحصر در قتل مجنون مهاجم باشد، طبق قواعد عمومی در دفاع مشروع مسئولیتی بر شخص مدافع نیست و عمل او جرم محسوب نمی شود. در این حالت بدیهی است که توجیهی برای گرفتن دیه از شخص دفاع کننده وجود ندارد، زیرا عمل او قانونی و موجه بوده است. با وجود این بیت المال با پرداخت دیه مجنون مهاجم که قادر به ارزیابی

عمل خود نبوده است درصدد تألیف قلوب بازماندگان و دلجویی از آنان بر می آید، مسئولیت بیت المال در مورد پرداخت دیه در چنین مواردی مورد تصریح روایات است.

۲- قاعده «الضمان بالخراج»

قاعده مزبور که با عناوین دیگر چون «کل من له الغنم فعلیه الغرم» و قاعده «التلازم بین النما و الدرک» نیز شناخته می شود، نوعاً در مبحث اموال مورد استفاده قرار گرفته است. لکن باید گفت که در مباحث مربوط به دیات نیز جریان دارد. شاهد این مدعا آن است که در روایات متعددی بین ارث بردن امام از شخص بی وارث و قبول مسئولیت جنایات خطایی چنین شخصی، ملازمه برقرار شده است.

۳- جنبه های سیاسی

در صورتی که یکی از شهروندان غیر مسلمان مرتکب جنایات خطا گردد به دلیل اینکه میان آنان نهاد عاقله وجود ندارد خود او باید دیه را بپردازد اما در صورت عدم تمکن مالی او بیت المال دیه مقتول را به نیابت از کافر ذمی خواهد پرداخت.

• خسارات افزون بر دیه مسئولیت بیت المال

همواره این امکان وجود دارد که هزینه های درمان و خسارات دیگری که مجنی علیه وارده شده است فراتر از میزان دیه ای باشد که در شرع برای آن جنایت پیش بینی شده است در این صورت می توان خسارات زاید بر دیه را مطالبه نمود؟ در پاسخ به این پرسش می توان گفت که تشریع حکم دیه برای جبران خساراتی است که از ناحیه جانی بر مجنی علیه و خانواده او وارد شده است. لذا بعید نیست

هرچه مقدار خسارات بالاتر رود به همان مقدار نیز میزان دیه افزایش یابد. به نظر می رسد مقادیری که در دیات مشخص شده است برآوردی تخمینی از میزان خسارات وارد است به دیگر سخن قانون گذار اسلامی مثلاً میزان خسارات وارده از جراحات موضعه را به اندازه پنج شتر برآورد کرده است و پس از آن جانی را مکلف نموده تا برای جبران جنایت خود، پنج شتر و یا معادل آن را به بزه دیده بپردازد.

حال اگر با تغییر شرایط زمانی مقدار معین شده تناسبی با جنایت و خسارات ناشی از آن نداشته باشد مطالبه خسارات زاید بر دیه قابل توجیه خواهد بود. برخی از فقها با تمسک به سیره عقلا، قاعده لا ضرر و ... بزهکار را نسبت به هزینه های درمان و خسارات افزون بر دیه مسئول قلمداد کرده اند. هیئت عمومی دیوان عالی کشور در رأی اصراری شماره ۶-۷۵/۴/۵ و اداره حقوقی قوه قضائیه نیز در نظریه شماره ۷۶/۶/۲۵-۷/۱۵۶۷ با تمسک به قاعده لا ضرر و قاعده تسبیب خسارات زاید بر دیه را قابل مطالبه دانسته اند. در هر حال بنابراین که خسارات افزون بر دیه قابل مطالبه باشد، آیا می توان بیت المال را در مواردی که مسئولیت پرداخت دیه را بر عهده دارد مسئول جبران خسارات زاید، نیز فرض نمود یا خیر؟ دادگاه بر این نظر است از آن جا که سبب دیه و خسارات زاید با فعل واحدی تحقق یافته است مسئول واحدی را نیز در پرداخت طلب می کند.

• ضرورت تأمین خسارت معنوی

اصل چهارم قانون اساسی مقرر می دارد: کلیه قوانین مقررات مدنی، جزایی، مالی، اقتصادی، اداری، فرهنگی، نظامی، سیاسی و غیر اینها باید بر اساس موازین اسلام باشد.

اصل ۱۶۷ اساسی مقرر می دارد قاضی موظف است کوشش کند حکم هر دعوا را در قضیه بیابد و اگر نیابد به استناد به منابع معتبر اسلامی، یا فتاوی معتبر حکم فقیه را صادر نماید و نمی تواند بهبهانه سکوت یا نقص یا اجمال یا تعارض قوانین مدونه از رسیدگی به دعوا و صدور حکم امتناع ورزد. اصل ۴ قانون اساسی به اطلاق یا عموم بر همه اصول قانون اساسی و قوانین و مقررات دیگر حاکم است. اینکه لازم است مطلقاً یا عموماً قوانین بر اساس موازین اسلام و منابع معتبر اسلامی یا فتاوی معتبر باشد بدون شک آیه روایت، عقل از جمله شاخص های موازین اسلام است بر این اساس قاضی باید به موازین اسلامی و منابع و فتاوی معتبر مراجعه نماید. عقل موهبتی است که خداوند بزرگ در سرشت آدمی به ودیعه نهاده و به واسطه ای آن امکان بازشناخت هست و نیست و حق از باطل را یافته و هم از این روست که عقل در عرض سایر منابع دینی حجت الهی و منبع مستقلی قلمداد شده است و از دیگر سو یکی از اصولی که در شریعت اسلام جایگاه ویژه و بلندی دارد و (تلازم عقل و شریعت) است که در حوزه احکام به عبارت کل ما به العقل حکم به الشر، کل ما حاکم به الشرع حکم به العق می شود در قیاس منطقی برای وصول به نتیجه عقل خود صغرا و کبرای قیاس را درک نموده و سپس حکم می دهد به اینکه هر آنچه مورد حکم عقل قرار گیرد حکم شرع نیز مطابق آن است. از این فرآیند قاعده ملازمه پدید آمده علامه جوادی آملی در این خصوص تقریر کرده اند: گواهی وجدا: انسان با مراجعه به وجدان خود به وضوح حسن قبح و زیبایی و زشتی بعضی از اعمال را قطع نظر از دلیل نقلی و سازگاری آن با اغراض شخصی و تمایلات نفسانی درک می کند. مانند عدل و احسان را نیکو یافته و فاعل آن را ستایش می کند و نیز افعالی را مانند ظلم خیانت ناپسند می داند و فاعل آن

را نکوهش می کند. از سوی دین به مثابه یک آئین عقل باور نه تنها از این دستاورد بشری لطمه ندیده و نخواهد دید، بلکه بر اعتبار و غنای آن نیز افزوده است بنابر این آن دسته از معیارها که بر لازم و ملزوم بودن دین و عقل تأکید دارد وقوع این فرآیند را نتیجه طبیعی و گریز ناپذیر منطقه الفراع به عنوان الگوی برتر در چالش ها قلمداد کرد زیرا ناکارآمدی یک جامعه دینی شهروندان آن را دچار و اگرایی می سازد و جامعه را بسوی ارزشهای غیردینی سوق می دهد و این گزاره می تواند به دو علت شکل بگیرد یکی بر آورده نشدن انتظارات فزاینده از دین که مدعی و مستظهر بودن به هدایت و عنایت الهی در جامعه سالم و انسان کامل است و دیگری اینکه مدعی تعالی جویی و رشد معنوی و آماده سازی بستر مناسب اجتماعی برای تأمین نیازهای انسانی است. بدیهی است حاکمیتی که نتواند آن انتظارات و این حداقل مسائل زندگی را فراهم آورد توصیه ها و شعارهای آن هم به جایی نخواهد رسید این مقوله اجتهادمتدلوزی فقه را شکل می دهد در عین ثبات پویایی نیز دارد و آنچه متحول می شود و موضوعات و مسائل و شرائط زندگی و مقتضیات زمان و مکان است این تحول با آن ثبات هیچگونه تعارضی ندارد. نتیجه این ثبات و تغییر عصری بودن فقه خواهد بود. فقه اسلامی حداکثری است در حوزه روابط اجتماعی از جامعیت و پویایی لازم برخوردار است و دانش بشری و عقل عرفی را به عنوان ابزار تعیین و تشخیص موضوعات و راهکارهای مناسب برای احکام دینی به رسمیت می شناسد. دادگاه بر این نظر است که فقه را به میدان عمل کشاندن و بر آن لباس قانون پوشاندن هنر و فنی مستقل است که نه هر فقیهی بدان متصف است و نه هر حقوقدانی بدان آشنا. اولین شرط این هنر آشنایی کامل با هر دو طرف مسئله یعنی فقه و حقوق است و نا آشنایی با هر

یک هدف و مطلوب را برآورده نمی سازد صرف آشنایی با فقه ولی آگاه نبودن از اصول کلی حقوقی و ظرافتهای آن باعث وضع قوانینی می شود که دیری نمی یابد به صورت متروک در می آید عدم آشنایی با فقه هم باعث این توهم می شود که فقه نتواند در عرصه قوانین ظهور یابد و مشکلات جامعه را حل کند.

از آنجا که دادگستری جمهوری اسلامی ایران پشتوانه فرهنگ غنی حقوق اسلامی را با خود دارد، ضرورت ایجاب می کند که با جدیت و نوآوری و قاطعیت حق و عدالت را در جامعه پدید آورد. این امر بعهده قضات شجاعی است که در سایه شرع مقدس و دانش حقوقی و مطالعه در آرا خود چالش های بزرگ جامعه را سامان دهند. بدیهی استآوردهای علمی و تجربی ما مرهون زحمات طاقت فرسای پیش کسوات امر قضا بویژه استادان حوزه و دانشگاه است که حتی سالهای طولانی کار و تحصیل از برکات علمی و معنوی آنها بهره برده ایم. حقوق امامیه اجتهاد را مجاز می داند به فقیه و حقوقدان اجازه می دهد که در محدوده ضوابط کتاب و سنت و با بهره گیری از احکام ثابت و متغیر و عنصر زمان و مکان و در قلمرو "ما لایض فیه و همچنین قاعده منطقه الفراغ" در جستجوی راه حل های تازه برای استقرار حق و عدالت باشد و این مقوله یک واقعیت غیر قابل انکار است که اندیشه های حقوقی در پرتو فقه شکوفا شده و به بار نشسته است. در چنین فرایندی یا قاضی باید از صدور حکم خودداری کند یا شجاعانه دست به تغییر رویه جاری بزند و با ابداع و نوآوری برپایه از اصول ثابت فقهی درباره پدیده های متغیر نتیجه گیری مطلوب بنماید. در رویه قضایی بر اساس تکلیف قانونی قاضی موظف است در موارد سکوت یا ابهام و اجمال قانون به منابع معتبر فقهی و فتاوی

مشهور مراجعه نماید. رویه قضایی ایران نشان می دهد که دادگاه های ایران در احقاق حق و ابطال باطل و جلوگیری از تضییع حقوق نقش پویا و فعالی را دارند.

بر اساس اصل یکصد و شصت و هفتم قانون اساسی: قاضی موظف است کوشش کند حکم هر دعوا را در قوانین مدونه بیابد و اگر نیابد استناد به منابع معتبر اصلاحی یا فتاوی معتبر حکم قضیه را صادر نماید و نمی تواند به بهانه سکوت یا نقص یا اجمال یا تعارض قوانین مدونه از رسیدگی به دعوا و صدور حکم امتناع ورزد. رسالت دستگاه حقوق موجود ما، پاسخ به پرسش های فراوان نو پیدا و نیز اظهارنظر حقوقدرباره پدیده های فراوان عرفی و اجتماعی است که مردم با آن ها درگیر هستند. اما کسی درباره آنها نمی پرسد از باب مثال انحصار در عرصه اقتصاد به شکل گسترده و پیچیده یکی از پدیده های عصر اقتصاد جدید است. همه مردم جهان از جمله مسلمانان در زندگی اجتماعی و اقتصادی خون، با این پدیده مواجه هستند.

این پدیده به یقین یکی از موضوعات مهم حقوقی است اما کمتر پیش آمده است که ماهیت این پدیده انواع آن کارکردها و آثار آن مورد توجه دستگاه حقوقی ما قرار گیرد. اگر دستگاه حقوقی ما چنین رسالتی را عهده دار است؟ تردیدی نیست که این وظیفه بر عهده دستگاه حقوقی موجود است یعنی دستگاه حقوقی نباید ساکن و راکد بماند تا از حکم موضوعی از او پرسش شود. بلکه باید سازمان و نظامی را تأمین کند تا به طور روزآمد به بررسی ماهیت پدیده ها و موضوعات عرفی و اجتماعی، کارکرد آثار و تحولات آن ها بپردازد تا بتواند همگام با تحولات پدیده ها و موضوعات، نظر حقوقی کارآمد با تکیه بر منابع استنباط ارائه دهد. نظام معیشتی و روابط اجتماعی مردم در گذشته

در طول قرن ها وضعیت ثبات و یکنواختی را فرا روی خود داشت. بسیاری از پدیده ها و موضوعات حقوقی در بستر قرن های متمادی هیچ گونه تحول و دگردیسی را در خود نمی دید. بنابراین دستگاه حقوقی آن اعصار به طور عمده در پی بررسی احکام موضوعات ثابت و یکنواخت بود و برای بررسی پدیده ها و موضوعات حقوقی، نیاز چندانی احساس نمی کرد و موضوعات حقوقی را محرز و مسلم می پنداشت اما به وقوع انقلاب صنعتی و انقلاب در روابط فردی و اجتماعی انبای بشر، بساری از موضوعات حقوقی نو پیدا به صحنه زندگی مردم راه یافت و افزون بر آن، در هر دهه ای، دگرگونی های گسترده ای در موضوعات حقوقی ایجاد می شود. از باب مثال پول در عصر شیخ طوسی رحمه اله و شیخ انصاری رحمه اله تفاوت چشمگیری در ماهیت و کار کرد نداشتند ر حالی که بین زمان شیخ طوسی رحمه اله و شیخ انصاری رحمه اله قرن ها فاصله بود اما همین پدیده در قرن اخیر با دگرگونی ها گسترده در ماهیت و کارکرد مواجهه بوده است و هنوز هیچ گاه استقرار و ثباتی در ماهیت و کارکرد آن مشاهده نمی شود.

در این گیر و دار، وظیفه دستگاه حقوقی ما، رصد کردن و شناختن موضوعات جدید و تحولات آنها و اجراع موضوع شناخته شده به اصل و منبع مناسب استنباط و کشف حکم اسلامی آن است. در بستر تاریخ پدیده های اجتماعی بسیاری رخ می دهد که در تکوین و تحولات آن ها عوامل متعددی از قبیل: زمان، مکان، فرهنگ و ... مؤثرند در نتیجه هر از چند گاهی مشکل جدیدی از پدیده ها در صحنه زندگی اجتماعی مردم ظاهر می شود یا پدیده های در جریان چهر ای نو را از خود در عرصه اجتماع نمایان می سازند. لازمه درک درست از ماهیت و ویژگی های آن ها این است

که هم وضع پیشین و تحولات تاریخی آن و هم موقعیت فعلی و عوامل متعددی که در تکوین و دگر دیسی های آن ها مؤثر بوده اند به دقت شناسایی شوند. این درک و شناسایی برای فقه های بسیار ضرورت دارد زیرا در غیر آن صورت، قادر نخواهند بود. حکم آن صورت قادر نخواهند بود حکم آن پدیده ها را بیان کند. بنابراین بر حقوقدان است که برای دستیابی به حکم صحیح به کارگیری هر پدیده ای ماهیت و ویژه گی های آن را بشناسد. دادگاه بر اساس ماده ۵۸ ف ۱۲ با الهام از اصلی ۱۷۱ ق اساسی مساله ضرر و زیان ناشی از محکومیت شخصی در اثر حکم اشتباهی را مطرح و پذیرفته است و مقرر می دارد هر گاه بر اثر تقصیر یا اشتباه قاضی از موضوع و تطبیق حکم بر مورد خاص ضرر مادی و معنوی متوجه کسی گردد در صورت تقصیر مقصر طبق موازین اسلامی ضامن است در غیر این صورت خسارت بوسیله دولت جبران می شود و چنانچه تقصیر یا اشتباه خاصی موجب هتک حیثیت از کسی گردد باید نسبت به اعاده حیثیت او اقدام شود. این ماده قانونی در موارد ضرر معنوی چنانچه تقصیر یا اشتباه قاضی موجب هتک حیثیت از کسی گردد باید نسبت به اعاده حیثیت او اقدام گردد. دادگاه معتقد است که وقتی قانونگذار چنین سختگیری را در رابطه با دستگاه قضایی معمول می دارد، بی تردید در رابطه با دولت که خدمات مستقیمی را به مردم ارائه می دهد می توان حوزه این قانون را به حوزه مسئولیت مدنی دولت تعمیم داد.

گرچه این ماده قانونی بین ضرر مادی و معنوی فرق نهاده و فقط به جبران خسارت مادی بوسیله دولت منحصر در ضرر مادی شد و قسمتی از اصل ۱۷۱ قانون اساسی را شامل می شود و از سوی تعارضی بین این دو ماده وجود ندارد و چنانچه چنین تعارضی استنباط شود، ماده ۵۸ که با رویکرد

اساسی به اصل ۱۷۱ قانون اساسی بر جبران خسارت مادی و معنوی بوسیله مقصر یا بوسیله دولت، بصورت شفاف و گویا تأکید دارد و علاوه بر آن اعاده حیثیت از متهم را لازم دانسته است در عین حال اعاده حیثیت کوچک ترین کاری است که باید برای جبران خسارات انجام گیرد و این حداقلی از فرآیند حداکثری خسارت معنوی است.

در فقه اسلام خسارت موجب مسئولیت کار خسارت مالی است و گاه ضرر مدنی است که این خود نیز بر دو بخش است. زیرا زیانی که بر بدن انسان وارد می شود. گاهی زیان مادی است چون صدمات و جراحات و گاه ضرر معنوی است مانند دردها و زشتیها یا از میان بردن زیبایی و زایل کردن منافع خواهد بود فقه اسلام به صورت خاص به اینگونه ضررها اهمیت داده است.

منظور از خسارت قابل جبران خساراتی است که زیان دیده می تواند به استناد آن علیه مسبب اقامه

دعا کند از همین رو خسارت مادی یا معنوی است فعل زیانبار ممکن است به طور مستقیم یا بدون واسطه به زیاندیدگان آسیب برساند یا اینکه نخست به کسی آسیب برساند و سپس زیان از او به دیگری بازتاب پیدا کند که به آن زیان غیر مستقیم گفته میشود اما خسارت ممکن است ناشی از آسیب به منافع مشترک اعضا یک گروه باشد که آن را زیان گروهی یا ضرر جمعی نامند معمولاً خسارت مادی که به دارایی زیان دیده آسیب می رساند اما خسارت معنوی یا غیر مالی ناشی از تالعات انسان است هنگامی که آسیب به سلامت جسمی شخص وارد میشود مانند ایراد جراحت این خسارت جسمی زیان دیده از دو جنبه مادی و معنوی برخوردار میباشد در حالیکه خسارت مالی مربوطه آسیب به منافع مالی است که مستقیماً با پول قابل ارزیابی است و بعضاً این

نرخ خسارت ممکن است یک ضرر مسلم باشد چون زیان دیده چیزی را از دست می دهد مانند تخریب یا معیوب شدن یک مال، محرومیت از انتفاع یا تحمل هزینه های بیهوده ای که زیان دیده به ناگزیر متحمل شده است اما زمانی که به سلامت جسمی زیان دیده آسیبی وارد میشود خسارت ممکن است هزینه های پزشکی -جراحی و دارویی باشد بعلاوه بیمار زیان دیده ممکن است باعث شود که توانی به او اختصاص داده شود تا هزینه مسکن و بخدمت گرفته شده باشد گاهی خسارت متعدد مادی عدم النفع است و آن زمانی است که گاهی امکان دارد که ایراد خسارت جسمانی توان کاری زیان دیده را تحت تاثیر قرار دهد از نتیجه در آمد او کاهش یابد یا مدتی تعطیل کرد.

خسارت معنوی چون مستقیماً تاثیر اقتصادی ندارد ارزیابی مالی نیست اما تنهاراه جبران که از تالامات روحی کاسته شود جبران آن بوسیله وجه نقد امکان پذیر است زیرا با پرداخت پول می توان بخشی از رنج های معنوی را پاک کرد در عین حال مسئولیت مدنی بدنبال آن است که خسارات را پاک کند زیرا این کار بدون پرداخت خسارت غیر ممکن است بلکه باید بدنبال آن بود که خسارت زیان دیده ترمیم شود اگر این ترمیم خسارت میتواند مالی باشد به همین ترتیب میتوان چیزی باشد که زیان دیده را از لحاظ معنوی خشنود سازد ویا انتشار حکم محکومیت که خسارت را مناسب ترجبران می سازد از سوی جبران خسارت این امتیاز را دارد که مسئول خسارت را به نحوی مجازات مینماید که ناگزیر تمامی خسارات را کاملاً جبران نماید بر همین اساس غرامتی که مشمول زیان است باید بپردازد. بلکه در صورت لزوم باید زیان ناشی از کاهش لذت های زندگی را که

بویژه ناشی از عدم امکان یا دشواری انجام برخی فعالیت های طبیعی و تفریحی است نیز جبران نماید در مواد ۴۴۹-۴۶۵ در قانون مجازات اسلامی علاوه بر اینکه برای آسیب به قسمت های مختلف بدن دیه مقرر کرده برای آسیب به منفی که از این اعضاء زائل میشود نیز دیه تعیین کرده مثلاً علاوه بر دیه گوش، چشم و بینی به عنوان عنصری از بدن برای آسیب به شنوایی و بویایی نیز جداگانه دیه مقرر شده است در فصل دیگری از این قانون مواد ۴۷۵-۴۷۶-۴۷۷ با عنوان اشاره به محرومیت به زیان و آسیب جنسی اشاره کرده است و در ماده ۴۷۷ نیز اشاره به محرومیت از برخی از منافع و لذا دیه مقرر میدارد در هر جنایتی که موجب زوال یا نقض بعضی از منافع گردد و مانند خواب - لمس - یا موجب پدید آمدن بعضی از بیماریها شود و دیه آن معین نشده باشد ارزش تعیین میشود زیان احساسی و یا عاطفی یعنی زیان ناشی از جریحه دار شدن احساسات هم جزء زیان های معنوی بشمار می رود. این زیان هنگامی پدید می آید که کسی به علت از دست دادن عزیز یا حتی بواسطه دیدن رنج های او یا نقض عضو و اندوهگین و احساساتش جریحه دار می شود.

دادگاه به صورت قطعی و نهایی بر این نظر است که بر اساس مواد ۱۷۱ قانون اساسی، ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی، ماده ۲ قانون مسئولیت مدنی، ماده ۸ قانون مسئولیت مدنی، ماده ۹ قانون مسئولیت مدنی، ماده ۱۰ قانون مسئولیت مدنی، ماده ۹ قانون آئین دادرسی ۱۲۹۰، ماده ۲۱۲ مکرر و مجازات عمومی و مواد ۲۰۷-۲۰۸ مکرر، ماده ۵۸ قانون مجازات اسلامی، ماده ۱۳ قانون چک مصوب ۱۳۵۵ و همچنین «نظریه ۷/۵۹۴۷-۳۰/۱۰/۱۳۶۵ اداره حقوقی دادگستری پاسخ در جواب این

سؤال که به تبع جزائی می توان دادخواست ضرر و زیان معنوی ناشی از جرم به دادگاه تقدیم نمود یاخیر؟ و دادخواست مزبور قابل رسیدگی است یا نه؟ اینگونه نظر داده است مقررات مربوط به مطالبه ضرر و زیان معنوی من جمله ماده ۹ قانون آئین دادرسی کیفری نسخ نشده و اصل ۱۷۱ قانون اساسی ایران هم به این قبیل خسارات تصریح کرده است بنابراین ضرر و زیان مادی و معنوی ناشی از جرم جنبه قانونی دارد». اظهار نظر دادگاه در رابطه با خسارت معنوی مبتنی بر مواد قانونی می باشد.

• معیارهای دادگاه در رابطه با تأمین خسارات معنوی هر یک از خواهان ها

درخصوص تعیین خسارت معنوی در همه نظام های حقوقی دنیا از جمله موارد ارجاع به کارشناسی خارج بوده و این قاضی است که به عنوان یک شهروند عادی، دارای زندگی اجتماعی با توجه به وضعیت خاص هر زیان دیده می تواند تعیین خسارت معنوی نماید. لهذا در تعیین خسارت معنوی معیارهای زیر از طرف دادگاه لحاظ گردیده است.

- ۱- سن، ۲- جنس، ۳- موقعیت اجتماعی ویژه شغل، ۴- تأهل، ۵- نان آور بودن یا نبودن، ۶- داشتن اولاد، ۷- تحصیلات، ۸- طلاق ناشی از آلودگی، ۹- کاهش یا حذف فرصت های ازدواج به دلیل آلودگی، ۱۰- افسردگی روحی و فشارهای اجتماعی، ۱۱- محروم شدن بیمار از خدمات پزشکی به دلیل آلودگی، ۱۲- طول مدت بیماری، ۱۳- احتمال بازگشت بیماری در مورد درمان هیپاتیت C، ۱۴- از دست دادن شغل بدلیل آلودگی، ۱۵- فوت بیمار، ۱۶- وضعیت بازماندگان از نظر صغر سن و

سرپرستی، ۱۷- داشتن دو آلودگی HCV و HIV و HBV بصورت همزمان، ۱۸- تعداد انجام دوره های درمانی بدون نتیجه و یا منجر به نتیجه.

دادگاه جهت بررسی وضعیت خواهان ها در رابطه با چگونگی اظهار نظر در رابطه با خسارت معنوی اقدام به تحقیق انفرادی از آنها در سه دسته به شرح ذیل اقدام نموده است:

الف) خواهان هایی که ولایتاً اقدام به تقدیم دادخواست ضرر و زیان مادی و معنوی نموده اند.

ب) خواهان هایی که اصالتاً اقدام به تقدیم دادخواست ضرر و زیان مادی و معنوی نموده اند.

ج) خواهان هایی که به عنوان وراث قانونی اقدام به تقدیم دادخواست ضرر و زیان مادی و معنوی نموده اند.

گذشته از مشخصات فردی کامل خواهان ها سئوالهای دادگاه به شرح زیر بوده است:

۱- بیمار تحت سرپرستی شما به چه علت خون یا فرآورده های خونی مصرف نموده است.

۲- آلودگی به این ویروس در زندگی اجتماعی از جمله تحصیل و همچنین روابط بیمار با مردم چه تأثیر منفی داشته است؟

۳- اطلاع اعضای خانواده و دوستان و آشنایان از آلودگی ویروسی بیمار چه تأثیری در روابط آنها با خانواده بیمار داشته است؟

۴- چگونگی صدمات اجتماعی وارده به خواهان ها و بازماندگان تشریح شود؟

۵- آیا بعثت آلودگی های ویروسی خواهان از خدمات پزشکی محروم مانده است؟

۶- در صورت آنکه موارد خاصی رابطه وارد آمدن خسارت معنوی به علت آلودگی ویروسی وجود دارد که ضرورت دارد دادگاه از آن مطلع شود، بطور خلاصه شرح دهید؟

در پایان دادگاه از خواهان ها خواسته است مستندات خود را ضمیمه نمایند. پس از بررسی دقیق تحقیقات انجام شده از تک تک خواهان ها دادگاه با بررسی وضعیت خواهان ها ضمن تأکید مجدد بر این نکته که خسارات معنوی وارد به بیماران اساساً غیر قابل جبران است چنانچه ذکر گردید با هدف تشفی خاطر خواهان ها در این رابطه اظهار نظر می نماید.

دادگاه در جهت تدفیق موارد لحاظ شده در ارزیاب یاز خسارت معنوی موارد، ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ را قابل استخراج از پرونده هر یک از خواهان ها دانسته و موارد ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸ را بصورت عمومی مستند به گزارش مرکز تحقیقات کبد و گوارش ایران از چگونگی اجرای طرح آزمایشی درمان پزشکی قانونی نیز بوده است و حتی یکی از اعضای تیم کارشناسی سازمان نیز عضو مرکز تحقیقات کبد و گوارش ایران در تحقیق مذکور می باشد. در رابطه با بیماران مبتلا به ایدز به گزارشات سازمان پزشکی قانونی و موارد ۱۰ و ۱۱ را مستند به شرایط اجتماعی جهان منعکس در مدارک مرکز اطلاعات ایدز سازمان ملل متحد و در رابطه با داخل کشور به بخش نامه های صادره از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نهاد ریاست جمهوری در جهت کاهش فشارهای اجتماعی به بیماران آلوده به ویروس (ایدز و هپاتیت) در جامعه بخصوص جامعه پزشکی استوار می گرداند.

• رأی دادگاه در رابطه با خسارت معنوی:

از آنجا که در قوانین موجود کشور عملاً معیار و میزان معینی در رابطه با خسارات معنوی موجود نیست، به تکلیف اصل ۱۶۴، ۱۶۷ و ۴۰ قانون اساسی و مواد ۱ و ۲ و ۳ و ۵ و ۱۱ قانون مسئولیت مدنی و ماده ۴۷۷ قانونی مجازات اسلامی و امان نظر به بند ۳ ماده ۲ میثاق بین المللی ۱۹۶۶ حقوق مدنی و سیاسی مصوب سال ۱۳۵۴ که بر حسب ماده ۹ حقوق مدنی حکم قانون هر کشوری را داشته و امان نظر به قواعد فقهی بیان شده به خصوص قاعده "لاضرر و لا اضرار"، با توجه به متصدی بودن دولت در فعل واقع شده (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان انتقال خون ایران) این نکته که اعمال انجام شده از جمله موارد اعمال حاکمیت نمی باشد. علاوه بر خسارت مادی پیش بینی شده در نظریه سازمان پزشکی پرداخت خسارات معنوی را در جبران کاهش امید به زندگی، عدم اطمینان به آینده، رنجهای جسمانی و روانی و ترس از آینده موهوم، انزوای اجتماعی، محروم شدن و محرومیت استفاده از حقوق اجتماعی خاصه در امر تشکیل خانواده و انتخاب همسر، محرومیت از حق داشتن فرزند، محرومیت و محدودیت از خدمات پزشکی، صدمه به حیثیت و بدنامی ناشی از آلودگی های ویروسی، محرومیت و محدودیتهای شغلی، لطمات تحصیلی و ... به حکم عقل و قاعده لاضرر و لا اضرار، قاعده تسبیب و اتلاف و از همه مهمتر تکلیف شرعی منبعث از دین اسلام و ارزشی که قرآن کریم برای کرامت انسانی قائل گردیده است، اگرچه بدلیل ماهیت غیرمادی برخی از این خسارات و عدم امکان ارزیابی دقیق از آن دادگاه محدودیت قابل توجه ای در احقاق حق کامل

خواهان ها دارد. لهذا لزوم جبران خسارت معنوی را قطعی دانسته و آنجا که تکلیف اجرا نشده دولت در تهیه داروهای سالم مورد نیاز بیماران (ناشی از نقص در تجهیزات و امکانات در اختیار دولت) تحقق نیافته دولت بگونه ای زندگی روزانه و عادی خواهان ها را مختل نموده که خسارت مادی ارزیابی شده حتی با برخی از موارد اضرار معنوی ناشی از عدم انجام تکلیف مذکور نمی تواند حتی برابری بنماید. با تأکید به این اصل مهم عقلی و فقهی که هیچ ضرر نامشروعی نباید بدون جبران باقی بماند میزان حداکثر و حداقل خسارت معنوی را (برابر با خسارات مادی پیش بینی شده در نظریه سازمان پزشکی قانونی ارزیابی نموده) و ارزش آن را محدود به حداقل ۲۰٪ دیه انسانی واحداکثر یک دیه کامل اعلام نموده و ضمن تقسیم اساسی خواهان ها از نظر سنی به کودک، افراد مجرد، دارای همسر و دارای همسر و فرزند که برگرفته از تجربیات قضایی دیگر کشورهای جهان است، با لحاظ نمودن دیگر مشخصات فردی خواهان ها شامل: شغل، تحصیلات، محرومیت ها و محدودیتهای اجتماعی و پزشکی، از دست دادن فرصتهای ازدواج و ضایعه طلاق بدلیل آلودگی های ویروسی که متکی به مستندات ارائه شده درباره تک تک خواهان ها که با دعوت زیان دیده و حضور او ارزیابی گردیده است خسارات مذکور را علاوه بر خسارات مادی تعیین می نماید. دادگاه تعیین خسارت معنوی خواهان های با مشکل آلودگی هیپاتیت C را با امان نظر به دادنامه های قطعی شده ۷۸-۱۰۵۲ و با هدف جلوگیری از صدور آرا متفاوت بر شاخص های زیر استوار نموده و در صورت وجود مستندات کافی با اثر دادن مشکل خاص مطرح شده اظهار نظر قطعی درباره خسارت معنوی هر یک از خواهان ها نموده است:

- ۱- افراد آلوده شده به ویروس هپاتیت C زیر ۱۸ سال معادل ۲۰٪ دیه کامل یک انسان
 - ۲- افراد مجرد بالای ۱۸ سال با تحصیلات زیر دیپلم معادل ۳۰٪ دیه کامل یک انسان
 - ۳- افراد مجرد بالای ۱۸ سال با تحصیلات دیپلم معادل ۳۵٪ دیه کامل یک انسان
 - ۴- افراد مجرد با مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم و لیسانس معادل ۴۰٪ دیه کامل یک انسان
 - ۵- افراد مجرد با تحصیلات بالاتر از لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر معادل ۵۰٪ دیه کامل یک انسان
 - ۶- افراد متأهل با تحصیلات زیر دیپلم معادل ۴۰٪ دیه کامل یک انسان
 - ۷- افراد متأهل با تحصیلات دیپلم معادل ۴۵٪ دیه کامل یک انسان
 - ۸- افراد متأهل با مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم و لیسانس معادل ۵۵٪ دیه کامل یک انسان
 - ۹- افراد متأهل با تحصیلات بالاتر از لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر معادل ۶۵٪ دیه کامل یک انسان
 - ۱۰- - افراد متأهل دارای فرزند با تحصیلات زیر دیپلم معادل ۵۰٪ دیه کامل یک انسان
 - ۱۱- افراد متأهل دارای فرزند با تحصیلات دیپلم معادل ۵۵٪ دیه کامل یک انسان
 - ۱۲- افراد متأهل دارای فرزند با مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم و لیسانس معادل ۶۰٪ دیه کامل یک انسان
- انسان
- ۱۳- افراد متأهل دارای فرزند با تحصیلات بالاتر از لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر معادل ۷۰٪ دیه کامل یک انسان

۱۴- دانشجویان به نسبت آنکه در دوره های کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا تحصیل می نمایند فارغ از آنکه چه مقدار از تحصیلات آنها باقی مانده است شامل تقسیم بندی بالا می باشند.

۱۵- دادگاه ضمن توجه به موارد خاص از جمله پیشرفت بیماری خواهان های آلوده به ویروس هپاتیت C که به سرطان کبد منتهی گردیده و یا خواهان های با مشکل دیالیز که بعلت آلودگی ویروسی از پیوند کبد محروم مانده اند اظهار نظر مقتضی نسبت به شرایط مشخص خواهان ها، خواهد نمود.

دادگاه خسارت معنوی آلوده شدگان به ویروس ایدز و مبتلایان به سیروز کبدی را معادل یک دیه کامل انسانی ارزیابی نموده و تأکید می نماید، این خسارت علاوه بر خسارت مادی به خواهان های در قید حیات و در رابطه با فوت شدگان به وراث قانونی فرد فوت شده از بیماری ایدز پرداخت خواهد گردید.

دادگاه ضمن تأکید بر بهره مندی وراث قانونی از خسارت معنوی احکام صادره، در رابطه با زیان های مادی و معنوی شکات طبق بند آخر ماده ۵ قانون مسئولیت مدنی را پس از قطعیت این حکم از آنجا که در موقع صدور حکم تعیین عواقب صدمات بدنی بطور تحقیق ممکن نیست از تاریخ صدور حکم تا دو سال قابل تجدید نظر خواهی خواهان ها می داند.

دادگاه دعوی وکیل خواهان ها را در رابطه با اعاده حیثیت خواهانها را با توجه به تنوع راه های آلودگی بیماران به ویروس های ایدز و هپاتیت مستنداً به ماده ۳ تا ۶ و قسمت اخیر ماده ۱۱ قانون

مسئولیت مدنی وارد و خوانندگان را علاوه بر پرداخت خسارت مادی و معنوی ملزم درج آگهی متضمن اعاده حیثیت خواهان ها در دو روزنامه کثیر الانتشار و ارسال متن مذکور برای یکایک خواهان ها می نماید .

دادگاه با تأکید بر اینکه معیار تقسیم خسارت مادی و معنوی برای بازماندگان فوت شدگان طبق قوانین ارث مندرج در قانون مدنی بوده و با توجه به اینکه خسارات معنوی مستقیمی که اطرافیان مبتلایان بر حسب زیان وارده (خواه در مورد زندگان خواه در مورد فوت شدگان) متحمل شده اند، مورد مطالبه قرار نگرفته تا دادگاه تکلیفی برای اظهار نظر در این خصوص داشته باشد. خود را فارغ از اظهار نظر می داند. دادگاه همچنین در خصوص رفع موانع اجتماعی و شغلی مبتلایان توسط دولت که مکرراً از طرف وکیل خواهان ها اعلام گردیده خود را فارغ از اظهار نظر، دانسته چراکه در این خصوص قانونی در نظام قضایی موجود نبوده و اظهار نظر و تصمیم قضایی منوط به تصویب قوانین کشوری است. اگرچه وجود بخشنامه های مؤکد از طرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همچنین دفتر ریاست جمهوری تأکیدی بر رفع این موانع گردیده اما این اقدامات فاقد ضمانت اجرایی لازم قضایی بوده و دادگاه تا تعیین و تصویب قوانین حمایتی خاص در رابطه با آلوده شدگان به ویروس که در برخی از کشورهای جهان محقق گردیده، مواجه با تکلیفی نیست.

- رأی نهایی دادگاه در رابطه با خسارات مادی و معنوی و هزینه های درمان گذشته هر یک از

خواهانها:

دادگاه بنابه مراتب در یک جمع بندی کلی به این نتیجه رسیده است که ارکان مسئولیت خواندگار ردیف اول و دوم محرز است. علیهذا مستند به موارد بیان شده در نظریات کارشناسی پزشکی قانونی، مستندات پرونده کیفری، فارغ از نتیجه آن و بهره بردن برهان نفی سایر اسباب و قاعده فقهی ^{۱۱۱} "سبر و تقسیم" در اثبات رابطه سببیت و علیت، قاعده فقهی هشدار و همچنین مطالعات تطبیقی دادگاه در موارد مشابه این پرونده در دیگر کشورهای جهان و مبانی بین المللی مسئولیت مدنی که در زمره قوانین کشور محسوب می گردد، با تکیه بر اصول بیان شده قانون اساسی، مبانی فقهی مسئولیت مدنی و همچنین مسئولیت مدنی پزشک زیان خواهان ها را مسلم و در تشخیص عرف غیرعادی و سنگین و در بسیاری از موارد غیر قابل جبران ارزیابی می نماید. دادگاه به تکلیف قانونی و شرعی در موارد سکوت و اجمال قوانین عادی کشور بدو به موازین شرعی و قواعد فقهی مراجعه و علاوه بر زیان مادی که در کارشناسی های سازمان پزشکی قانونی در رابطه با هر یک از خواهان ها تشخیص داده شده است زیان معنوی و لطمات روحی و روانی شدید خواهان ها را که قانونگذار در ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی جبران آن را ضروری دانسته و در ماده ۸ همین قانون بر آن تأکید نموده است و شریعت مقدس نیز بر جبران هر خسارت زیان دیده تأکید نموده است، در رابطه با خواندگان ردیف ۱ و ۲، حکم به الزام تأمین و پرداخت خسارت مادی و معنوی درمان گذشته به خواهان ها را به صورت تضامنی، بر اساس فهرست ذیل و هزینه درمان آینده آن ها را به شرح سطور آتی حکم، صادر مینماید. در رابطه با خوانده ردیف سوم مستند به بند ۴ ماده ۸۴ آئین دادرسی در امور مدنی و ماده ۱۹۵ قانون تجارت، با توجه به اینکه تاریخ تأسیس شرکت پژوهش و پالایش خون ایران پس از

شورای محترم نگهبان از ۱۳۷۷/۷/۲۱ بوده و منشأ ابتلا خواهان ها به بیماری های ویروسی هپاتیت و ایدز، به سالهای قبل از ۱۳۷۶ باز می گردد و در آن زمان مرکز پژوهش و پالایش و نه شرکت پالایش و پژوهش خون، زیر مجموعه سازمان انتقال خون، خوانده ردیف ۲، بوده که دادگاه در زمینه مسئولیت این خوانده اظهار نظر نموده است. علیهذا اگر چه انتقال تجهیزات و کارکنان مرکز پژوهش و پالایش به شرکت جدید صورت گرفته که می تواند فرض مسئولیت اداری و کیفری کارکنان را تداوم بخشد، اما این دادگاه در رسیدگی حقوقی و مدنی فارغ از اظهار نظر در این خصوص بوده و اصولاً با محکومیت واحدی که در مسئولیت تضامنی در رابطه با خواندگان دولتی ردیف ۱ و ۲ اعلام نموده است، نظر دادگاه تأمین گردیده، لهذا اعلام می دارد، شرایط حقوقی تحقق مسئولیت مدنی در رابطه با شرکت پژوهش و پالایش خون ایران موجود نبوده و دادگاه حکم به رد دعوای خواهان ها در رابطه با خوانده ردیف ۳ صادر می نماید.

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کلاس پرونده	خسارت مادی	خسارت معنوی	هزینه درمان گذشته	جمع دیه
1	محمدرضا	عونی هریس	محرملی	5430	۸۳/۱۰۶۰/۲۰۴	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم			
2	سیامک	عظیمی	سیاوش	2698	۸۳/۱۰۶۰/۲۱	مشمول بند اول کمیسیون پزشکی		ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰	
3	سهیل	امیری	علی اشرف	9728	۸۳/۱۰۶۰/۲۱۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان		ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰	
4	محمدتقی	حلاج پور	رستم	648	۸۳/۱۰۶۰/۲۱۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم			
5	داود	کاظم پور اوصالو	عوضعلی	1	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم			
6	ابوالفضل	فدایی	ابراهیم	238-015872-1	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۴	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم			
7	علی	رخشان	مسعود	6814	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم			
8	غاکبر	اکبری پور شیجانی	گداغلی	2119	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۶	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم			
9	علی	رودباری	محمد	181-006136-9	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم			
10	روشن	قوردویی میلان	بطلال	33	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۸	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم			

11	علی	یوسفی	هاشم	771	۸۳/۱۰۶۰/۲۲۹	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
12	علی اصغر	قادرى زخړه ئی	عباسعلی	293	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۰	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
13	مراد	سوکی	کسه	21	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۱	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
14	اسماعیل	رضایی	جعفر	610001546	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۲	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
15	ایمان	محسنی	محمدعلی	815	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۳	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
16	محمد مهدی	غلامی	حسین	041-38132-3	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۴	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
17	عقیل	محمدیان چاکل	علی اصغر	45986	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۵	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
18	بهرام	محمدیان چاکل	رجب	6370	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۶	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
19	بهمن	غلامی	حسین	680	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۷	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
20	حسین	شعبانیان	مجید	3855	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۸	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
21	حمیدرضا	غیاثوند	رضا	001-273458-6	۸۳/۱۰۶۰/۲۳۹	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
22	محمد	باقری	حسن	3767	۸۳/۱۰۶۰/۲۴۰	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
23	مصطفی	صفرلو	مجید	001-433423-2	۸۳/۱۰۶۰/۲۴۱	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
24	کیومرث	مصیب پور	فرج اله	449	۸۳/۱۰۶۰/۲۴۲	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
25	میلاد	زمانی	علیرضا	52-073322-3	۸۳/۱۰۶۰/۲۴۳	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
26	حمیدرضا	ملیحی	یوسف	3653	۸۳/۱۰۶۰/۲۴۴	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
27	محمد رضا	قربانی	نب اله	001-575194-5	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۰	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
28	ذکراله	اباذری	سیف اله	10042	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۱	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
29	بهرام	شیدایی	نوروز	361	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۲	مشمول ۲۰٪ ديه کامل
30	زین العابدین	عبداللهی	حسین	30	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۳	مشمول یک ديه کامل
31	محمد	معقول	پنجعلی	356	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۵	مشمول یک ديه کامل
32	غلامرضا	امیری	حسین	4997	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۷	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
33	آزاده	صالحی	محمد	15418	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۹	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
34	علی	حاجی حسینی	صفی اله	348	۸۳/۱۰۶۰/۲۶۰	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
35	سید مصطفی	میر	سید مرتضی	1395	۸۳/۱۰۶۰/۲۶۱	مشمول ۲۰٪ ديه کامل
36	سمیه	نویخت	جواد	725	۸۳/۱۰۶۰/۲۶۴	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم
37	علی اکبر	پاشاچلندر	نورعلی	22	۸۳/۱۰۶۰/۲۶۵	مشمول ۲۰٪ ديه کامل و بند سوم

							سید کاظم	باختری	سید هاشم	۸۳/۱۰۶۰/۲۶۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				145			سید حسین	مهری آذربان	سید محمد	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۰	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				1101			حمیدرضا	جندقی امیر آبادی	کوچکعلی	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				1239			اکبر	خدابنده لو	علی اصغر	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				8			اصغر	قاسمی خویگانی	محمدابراهیم	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				95			ناهدی	محمدی	ضیا	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				125-016573-3			محمد	لواف	احمد	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				16			محمدرضا	علیخانی زیارتگاهی	علیرضا	۸۳/۱۰۶۰/۲۷۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
							مهدی	احمدی	حسین	۸۳/۱۰۶۰/۲۸۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				78			محمدباقر	زینلی طالخونچه	حبیب اله	۸۳/۱۰۶۰/۲۸۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان	
				3073			کمال	سلمانی رخانی	مسعود	۸۳/۱۰۶۰/۲۸۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				558			مهدی	براتی کرسیکانی	قاسمعلی	۸۳/۱۰۶۰/۲۸۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
							هوشنگ	نصوحی	صیف اله	۸۳/۱۰۶۰/۲۸۸	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
							سید کریم	میرمعصومی	سید علی	۸۳/۱۰۶۰/۲۸۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				748			محمدرضا	ده محسنی	علی مردان	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۰	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				37			ناصر	کاظمی حسن آبادی	رحیم	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				1481			شهرام	کریمی فخر آبادی	صدرقلی	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۲	مشمول یک دیه کامل	
				143			سید عبدالجواد	شاهمرادی	میرزا محمد	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				228			جواد	بارتی کرسیکانی	قاسمعلی	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۴	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				110-017969-0			محمد	توکی افجندی	محمد	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				250			ولی اله	کاظمی حسن آبادی	رحیم	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۶	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				1338			محمدتقی	ده محسنی	علی مردان	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان	
				2800			مهدی	باغ زرشکی	سید احمد	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۸	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				5			سید حسن	موسوی فخرآبادی	عباس	۸۳/۱۰۶۰/۲۹۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				819			علی اکبر	سلیمانی	مسیب	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۰	مشمول ۲۰٪ دیه کامل	
							ایمان	مهدوی	احمدرضا	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم	
				10			عبدالعلی	محمدی کچی	محمد	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان	

							65	علیرضا	دلشادی	محمد	4993	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۴	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							66	میرمنصور	رئیس زاده لنگرودی	سید محمد	382	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۵	مشمول بند اول کمیسیون پزشکی
							67	مهديه	نجیمی	غلامحسین	1929	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۶	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							68	علیرضا	احمدی	علی	2	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							69	جواد	ضیایی خیاره	احمد	372-027562-0	۸۳/۱۰۶۰/۳۰۸	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							70	حبیب	نعمت زاده	علی	9814	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۰	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							71	حسین	گلشاهی	محمد	2943	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							72	محمود	لیاقتی مبرهن	حسن	41	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۳	مشمول بند اول کمیسیون پزشکی
							73	علی	نوروزی ورنکشی	بابا	11087	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							74	رحمت	نجفی	رحمن	2604	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							75	محبوبه	جلایر	کامران	5	۸۳/۱۰۶۰/۳۱۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							76	محمود	رئیزی	حشمت اله	1012	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۰	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							77	داریوش	وفادار	یداله	824	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							78	محسن	دهنه	حسین	105-022859-1	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							79	علی	برومندیان	محمد	2018	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۴	مشمول یک دیه کامل
							80	محمدفهمیم	قادرپرست	عبدالرحیم	834	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							81	احمد	مرادپخواه	کرمعلی	89	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۶	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							82	مینا	خاکباز قربان حقی	احمد	650	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۸	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							83	عباس	خاکباز قربان حقی	احمد	34658	۸۳/۱۰۶۰/۳۲۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							84	رضا	احمدی	احمد	346	۸۳/۱۰۶۰/۳۳۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							85	محمد	ترابی زیارتگاهی	کریم	119-0012511-6	۸۳/۱۰۶۰/۳۳۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							86	زین العابدین	پورزین العابدین	اسد	16871	۸۳/۱۰۶۰/۳۳۶	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							87	مهدی	کریمی	بابامحمد	500	۸۳/۱۰۶۰/۳۳۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							88	محمدحسین	مردای	برات	94077	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۰	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
							89	عباس	احمدی	احمد	7773	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							90	حسین	قوردویی میلان	بطلال	224	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم
							91	قاسم	شاگری اصل	رضا	17	۸۳/۱۰۶۰/۳۴۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و بند سوم

						حسن	داورپناه	ابوالفضل	92
						رجبعلی	قدیری قهدریجانی	اکرم	93
				5826		جان مراد	محمودی باقرصاد	سعید	94
						محمدعلی	علی بالایی	مهدی	95
				14526		سید مهدی	حسنی سعادت سعادت	سید محسن	96
				66		غلامرضا	آبادی	مهدی	97
						عزیز اله	یزدخواستی	مسعود	98
				546		نوروزیعلی	مهدور موگویی	علی	99
	ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰			30		زکی	کریمی	قاسم	100
				۱۰۴۴۹		مصطفی	لاکوند	پویا	101
				۷۲۳۷		محمدعلی	چنگانی	مسعود	102
				۳۸		زکی	کریمی	مجید	103
				۲۱۱۷۹		علیرضا	کوچکخانی	هادی	104
	ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰			۷۷۴		خسرو	مهدور موگویی	عشرت	105
	ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰					مجید	حسینی روح	امیدرضا	106
				۱۵		صفت اله	وادی خیل	محمود	107
				۳۷۱		علی	احمدی	اژدر	108
				۱۰		رضا	عرب	حسن	109
				۱۰۲۲۶		محمدرضا	چنگانی	علیرضا	110
				۶۴۷		فتح اله	زارعی	اسمعی	111
				۲۳۰۱۸		محمد	رحمتی	حسین	112
	ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰			۲۸۲۵۲		غلام	نیک طلب	خدیجه	113
	ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰			۶۴		غلامحسین	عباسی	فرهاد	114
				۲۷۰۶		رجب	محمدی	شهرام	115
				۱۹۹۵		حسین	مهدور موگویی	یداله	116
				۲۳۲۱		حسینعلی	مهدوی افوسی	مجتبی	117
				۵۲۷۹		ولی اله	کیائی	ابوالفضل	118

119	سید ولی اله	رضوی باباحیدری	سید ابوطالب	۳۴	۸۳/۱۰۶۰/۳۷۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
120	علی	فنائی	عبدالناصر	۹۰	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
121	آرین	چوپان	علی اکبر	۰۰۱-۲۸۴۴۴۱-۱	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
122	حسنعلی	باقری بابوکانی	نعمت اله	1696	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
123	علی	کاکایی	اسداله	۴۲۰-۱۰۱۳۱-۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۴	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
124	زلفعلی	زارعی	فتح اله	۶۰۱	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
125	اسفندیار	سرناسی	یعقوب	۳۹۸	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۶	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
126	مهدی	سرناسی	یعقوب	۷	۸۳/۱۰۶۰/۳۸۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
127	محمدحسن	ترابی	اسداله	۳۶۰۵	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
128	عبدالرضا	رضایی	غلامرضا	۹۵۷	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
129	محمدعلی	راست روشن	عباس	۲۴۹۸	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۴	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
130	علیرضا	علیزاده قزلکچی	غلامعلی	۹۲۸۶۲	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
131	مهدی	فلاح ناد	رضا	۱۹	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۸	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
132	شیرعلی	مرادیخواه	کرمعلی	۱۱۰	۸۳/۱۰۶۰/۳۹۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
133	محسن	شهید مکی	عبدالحسین	۲۵۸-۰۶۲۲۰۹-۸	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۰	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
134	احمد	ابراهیمی	حسن	۱۰۲۵۵	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
135	مهدی	ترک	اسداله	۵۰	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
136	فرشته	ایزدی	محرمعلی	۳۷۳۴	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۴	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
137	مجتبی	غلامی	صفر	۱۹۳	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
138	مرتضی	ایزدی	محرمعلی	۱۵۶۵۱	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
139	مجید	حیدری	عیوض علی	۵۵	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۸	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
140	یحیی	افشار	فرامرز	۶۶۷	۸۳/۱۰۶۰/۴۰۹	مشمول بند دوم و سوم کمیسیون پزشکی
141	مریم	پورفرد	احمد	۲۴۴	۸۳/۱۰۶۰/۴۱۰	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
142	حمیدرضا	عباسپور	خداداد	۱۲	۸۳/۱۰۶۰/۴۱۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
143	احمدعلی	زمانی	علی اکبر	۷	۸۳/۱۰۶۰/۴۱۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
144	مرتضی	اکبری پور	غلامحسین	۷۵۹	۸۳/۱۰۶۰/۴۱۴	مشمول بند اول کمیسیون پزشکی
145	جواد	کفاش طرقی	اسداله	۳۸۹	۸۳/۱۰۶۰/۴۱۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان

ریال ۲۰,۰۰۰,۰۰۰

۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۱۴۶	مجید	ابراهیمی قهدریجانی	کریم	۵۶۰۲	۸۳/۱۰۶۰/۴۱۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۴۷	علی اکبر	ترابی	علی	۱۹	۸۳/۱۰۶۰/۴۱۸	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۴۸	مرضی	نباتی	علی	۰۹۲-۰۱۲۰۸۶-۵	۸۳/۱۰۶۰/۴۱۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۴۹	علی	حیدری	محمد	۱۱۴۷۷	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۵۰	محمدرضا	تلوری	علیرضا	۵۱۰-۰۰۱۹۱۸-۲	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۵۱	شمس الدین	آزادحیدری	رضا	۲۵۵	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۵۲	حسین	چگانی خوراسگانی	حسن	۶۷۴۲	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۵	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۵۳	مرتضی	چگانی خوراسگانی	محمدرضا	۱۱۲۳۲	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۶	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۵۴	رضا	حاجی علیزاده	حیدر	۱۶۸۹	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۵۵	امیر	مدنی بزرگ	سیدعلی	۲۴۰۵	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۸	مشمول بند اول کمیسیون پزشکی
	۱۵۶	حسین	مشیری	حمیدرضا	۱۲۵-۰۱۸۰۰۰-۷	۸۳/۱۰۶۰/۴۲۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۵۷	مهدی	مختارزاده اردستانی	علی	۳۸۵	۸۳/۱۰۶۰/۴۳۰	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۵۸	شهرام	فتحی جوزدانی	امراه	۱۰۸-۰۱۱۰۹۵-۱	۸۳/۱۰۶۰/۴۳۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۵۹	جبار	محمدی جوزدانی	رجبعلی	۵۵	۸۳/۱۰۶۰/۴۳۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۶۰	عباس	برنجی اردستانی	رضاقلی	۱۳۸	۸۳/۱۰۶۰/۴۳۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۶۱	فاطمه	حاجی زاده	عزیزاله	۱۷۲۵۱	۸۳/۱۰۶۰/۴۳۴	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۶۲	زهرا	عبدی	محمد	574	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۰	مشمول یک دیه کامل
	۱۶۳	فاطمه	ورمزیار	محمدعلی	۵۲۱	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۲	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۶۴	رسول	طاهری شجاع	محسن	۳۳۷۴	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۳	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۶۵	مجید	رنجبران	حسین	۳۳	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۵	مشمول بند دوم و سوم کمیسیون پزشکی
	۱۶۶	اصغر	سلمانی	حبیب	۳۹۷	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۷	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۶۷	حسن	درویش	عزیز	۱۶۷۵۸	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۸	مشمول بند دوم و سوم کمیسیون پزشکی
	۱۶۸	بهاره	مطلبی	محمد	۷۶۸۷	۸۳/۱۰۶۰/۴۴۹	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۶۹	علیرضا	مهربخش صناعی	غلامرضا	۲۰۷۴	۸۳/۱۰۶۰/۴۵۰	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۷۰	شوکت	دهقان	اله رحم	۱۰۰۷	۸۳/۱۰۶۰/۲۵۶	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان
	۱۷۱	قدم خیر	محمودی	ولی اله	۳	۸۳/۱۰۶۰/۴۱	مشمول ۲۰٪ دیه کامل و هزینه درمان

• رأی دادگاه در رابطه با مشکلات درمانی احتمالی آینده خواهان ها

چنانچه ذکر گردید خواندگان ردیف ۱ و ۲ را موظف به تأمین هزینه های درمان و داروی خواهان های پرونده از طریق دانشگاه های علوم پزشکی به شرح زیر می نماید:

۱. در رابطه با خواهان های مشمول بند ۲ نظریه سازمان پزشکی قانونی با توجه به افزایش قیمت

داروهای مورد نیاز این بیماران خواندگان ردیف ۱ و ۲ موظف به تأمین داروهای مورد نیاز

خواهان های آلوده به ویروس HIV تا آخر عمر آنها تا سقف سه میلیون ریال ماهیانه می

باشند. با توجه به اینکه کارشناسی ریالی سازمان پزشکی قانونی بر اساس برآورد هزینه های

دارویی این خواهان ها در تاریخ معینی اعلام گردیده و هدف کارشناسی بهره مندی خواهان

ها از داروهای مورد نیاز طبق تشخیص پزشکيان متخصص عفونی بوده است، بدیهی است در

صورت تغییر قیمت داروها و تجاوز هزینه از سقف مذکور، خواندگان ردیف ۱ و ۲ موظف به

تأمین کلیه داروهای مورد نیاز بیماران آلوده به HIV با نسخه پزشکان متخصص عفونی می

باشند. دادگاه تصریح می نماید اگر هر یک از خواهان ها نیاز به داروهای مشخصی طبق

نسخه پزشک (ساخت داخل یا خارج از کشور) حتی تا چندین برابر سقف ریالی مذکور داشته

باشند، خواندگان ردیف ۱ و ۲ موظف به تأمین آن می باشند. خواندگان موظفند حداکثر ۳

ماه بعد از قطعیت حکم برنامه خود را در رابطه با درمان این بیماران به مراکز درمانی دولتی و

خیریه خاص این خواهان ها که اساساً ابتلای اولیه به بیماری های ارثی را دارند اعلام و

بودجه های ضروری آنرا پیش بینی نمایند.

۲. در رابطه با خواهان های مشمول بند ۳ نظریه پزشکی قانونی، چنانچه کاملاً در نظریه پزشکی قانونی تصریح گردیده هر یک از خواهان ها که بر اساس نظریه پزشک نیاز به درمان پیدا کنند تا سقف ۱۷۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال، یکصد و هفتاد میلیون ریال، هزینه های درمانی آنان با آخرین پروتکل های درمانی از طریق دانشگاه های علوم پزشکی تأمین گردد. اگرچه از تاریخ کارشناسی مذکور چندین سال گذشته است اما با توجه به اطلاعات در اختیار دادگاه سقف مشخص شده مذکور می تواند هزینه درمان این بیماران را تأمین نماید. این هزینه ها شامل یک دوره درمانی خواهانهای نیازمند به درمان خواهد بود. در صورت عدم بهبود و باقی ماندن ویروس در بدن افراد مبتلا هزینه های ادامه درمان نیز بر عهده خواندگان ردیف ۱ و ۲ خواهد بود. قابل تأکید است هدف این کارشناسی بهره مندی خواهان ها از درمان می باشد. در صورت افزایش هزینه های درمانی خواندگان موظف به تأمین آن می باشند.

۳. خواهان هایی که به دو ویروس HIV و HCV آلوده گردیده اند از امتیازات و مواهب مندرج در دو بند بالا بصورت همزمان برخوردار می گردند.

۴. با توجه به ماهیت بیماری هپاتیت C و روند حاد شدن این بیماری و احتمال ابتلای بیماران به سیروز کبدی دادگاه با استناد به فراز پایانی ماده ۵ قانون مسئولیت مدنی حق پیگیری مجدد را از طریق مراجعه بیماران به سازمان پزشکی قانونی بر هر یک از خواهان ها محفوظ می داند و همچنین کلیه هزینه های درمان ناشی از پیشرفت بیماری کبدی و هزینه های احتمالی

پیوند کبد و هزینه پیوند کبد خواهانهایی که متأسفانه در نظریه پزشکی قانونی شامل تشخیص سیروز کبدی گردیده اند نیز بر عهده خواندگان ردیف ۱ و ۲ اعلام می نماید.

• رأی دادگاه در رابطه با خواسته وکیل خواهان ها در رابطه با تأمین هزینه دادرسی

درخصوص خواسته وکیل خواهانها دایر به محومیت خواندگان به پرداخت هزینه دادرسی وحق الوکاله با توجه به متغیر بودن مبلغ دیه که مبنای کلیه خسارات تعیین شده توسط دادگاه می باشد، واحد اجرای احکام هنگام وصول مبلغ اصل خواسته نسبت به هر خواهان آنرا احتساب و از خواندگان وصول خواهد نمود. معیار احتساب هزینه دادرسی قانون وصول برخی از درآمدهای دولت و آئین دادرسی مدنی و معیار احتساب حق الوکاله آئین نامه تعرفه وکلای دادگستری مصوب ۱۳۷۸ قوه قضائیه خواهد بود. دادگاه به جهت قطعی نبودن نرخ دیه و مالاً و مجهول بودن قیمت خواسته در اجرای بند ۱۴ ماده ۳ وصول برخی از درآمدهای دولت هزینه دادرسی را به میزان دو هزار ریال اخذ و تمبر ابطال و الصاق گردیده، بدیهی است واحد اجرای احکام مدنی مکلف است قبل از اجرای حکم نسبت به وصول مابه التفاوت هزینه دادرسی به مأخذ قانونی اقدام نماید.

حسین محمد خانی
۱۰۶۰ و معاون قضائی

دادرش شعبه
رئیس کل دادگاههای عمومی و انقلاب تهران