Original Article Open Access

Medical Law Journal

2026; 20: e49

Journal Homepage: http://ijmedicallaw.ir

Liability of Legal Persons Involved in Blood Transfusion

Ahmad Ommi[1*], Hanieh Mahmoudzadeh[1]

1. Department of Law, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Blood is essential to human life, and no substitute for it has yet been developed. Blood transfusion is therefore a necessary therapeutic intervention in the treatment of many diseases. Patients consent to blood transfusions with the expectation of recovery; however, for various reasons, their condition may not only fail to improve but may also deteriorate. In this context, determining the extent of liability borne by the legal persons involved is of particular importance.

Method: This study was conducted using a descriptive-analytical approach, drawing on jurisprudential and legal sources as well as library-based research.

Ethical Considerations: The ethical principles applicable to library-based research, including textual originality, honesty, and academic integrity, were observed throughout this study.

Results: The history of blood transfusion encompasses numerous discoveries, innovations, observations, and techniques that have contributed to significant advances and the development of effective treatments currently in use. The twentieth century witnessed major advances in blood transfusion techniques, practices, and safety measures. Accordingly, transfusion medicine is now on the threshold of significant changes, adding to the complexity of this field. One of these complexities concerns the issue of liability throughout the transfusion process.

Conclusion: Diseases resulting from the transfusion of contaminated blood can have severe physical and financial consequences for the recipient. Multiple natural and legal persons are involved in the blood transfusion process to ensure its completion. In transfusion medicine, the process encompasses all stages, from blood collection from the donor to post-transfusion care and the administration of blood and blood products to the patient or recipient. Each of the persons involved bears specific responsibilities for ensuring the proper conduct of this process. Failure to comply with medical standards and statutory obligations may result in the transmission of contaminated blood through transfusion, thereby giving rise to liability. Under certain conditions, legal persons may also incur liability in this regard.

Keywords: Blood; Blood Transfusion; Liability; Transfusion Medicine; Legal Persons

Corresponding Author: Ahmad Ommi; **Email:** a_ommi@iau.ac.ir

Received: May 12, 2025; **Accepted:** December 01, 2025; **Published Online:** November 2, 2026

Please cite this article as:

Ommi A, Mahmoudzadeh H. Liability of Legal Persons Involved in Blood Transfusion. Medical Law Journal. 2026; 20: e49.

Copyright©2026, the Authors. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format for any purpose, even commercially) and Adapt (remix, transform and build upon the material for any purpose, even commercially) under CC BY 4.0 terms.

دسترسی آزاد

مجله حقوق پزشکی

دوره بیستم، ۱۴۰۵

Journal Homepage: http://ijmedicallaw.ir

مسئولیت اشخاص حقوقی دخیل در انتقال خون

احمد امی[1]*، هانیه محمودزاده[1]

۱. گروه حقوق، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: خون برای ادامه زندگی انسانی امری حیاتی بوده و تاکنون نیز جایگزینی برای آن پیدا نشده است، لذا در بسیاری از بیماری‌ها انتقال خون هست که درمان آن بوده و هدف بیمار از قبول تزریق خون، بهبودی است، لیکن ممکن است به موجب دلایلی نه‌تنها حال وی بهبود نیابد، بلکه وخیم‌تر هم شود که در این بین میزان مسئولیت اشخاص حقوقی مهم است.

روش: این تحقیق با بهره‌گیری از منابع فقهی و حقوقی به روش توصیفی ـ تحلیلی و از منابع کتابخانه‌ای نگارش یافته است.

ملاحظات اخلاقی: در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: انتقال خون تعداد زیادی از کشفیات، ابداعات، مشاهدات و روش‌ها را برجسته می‌کند که منجر به پیشرفت‌های قابل توجه شده و منجر به درمان‌های مؤثر که هم‌اکنون وجود دارد، شده است. قرن بیستم شاهد پیشرفته‌ترین روش‌ها، فعالیت‌ها و ایمنی‌ها در زمینه انتقال خون می‌باشد، لذا طب انتقال خون در آستانه ورود به تغییرات مهمی است که در کنار سایر پیچیدگی‌های آن قرار می‌گیرد. یکی از این پیچیدگی‌ها، بحث مسئولیت در این پروسه است.

نتیجه‌گیری: بیماری‌های ناشی از انتقال خون آلوده تبعات بسیار سختی از حیث جسمی و مالی برای منتقل‌الیه دارد. در پروسه انتقال خون، اشخاص حقیقی و حقوقی متعددی دخالت دارند تا این روند به طور کامل انجام شود. در طب انتقال خون و انتقال خون و فرآورده‌های خونی از مرحله گرفتن خون از اهداکننده تا مراقبت بعد از تزریق و انتقال خون به شخص بیمار یا گیرنده خون. برای انجام صحیح این پروسه، هر کدام از این اشخاص مسئولیت‌هایی دارند که در صورت عدم رعایت نظامات پزشکی و تکالیف قانونی، احتمال انتقال خون آلوده از طریق تزریق خون وجود دارد که این امر یقیناً مسئولیت‌آور خواهد بود که اشخاص حقوقی نیز با شرایطی دارای مسئولیت هستند.

واژگان کلیدی: خون؛ انتقال خون؛ مسئولیت؛ طب انتقال خون؛ اشخاص حقوقی

نویسنده مسئول: احمد امی؛ **پست الکترونیک:** a_ommi@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۲؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۴/۰۹/۱۰؛ **تاریخ انتشار:** ۱۴۰۵/۰۹/۰۲

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Ommi A, Mahmoudzadeh H. Responsibility of Legal Entities Involved in Blood Transfusion. Medical Law Journal. 2026; 20: e49.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد.

مقدمه

حقوق و پزشکی از گذشته‌ای دور با یکدیگر در پیوند و مرتبط هستند، به گونه‌ای که همواره نظارت بر اعمال پزشکان دغدغه قانون‌گذاران بوده است و تلاش شده تا فعالیت این دسته از متخصصان ضابطه‌مند و به سامان گردد، ولی با پیچیده‌ترشدن جوامع نگاه قانون‌گذار به سامان بخشی فعالان پزشکی به تدریج دگرگون شده است. به عنوان نمونه نگاهی به قوانین کهن مانند قانون حمورابی روشن می‌سازد که قانون‌گذار برای جلوگیری از مداخله نااهلان و نیز برای جلوگیری از خودسری‌های پزشکان چه مسئولیت‌های سنگین و انتقادپذیری را در نظر گرفته است، ولی این مهم به توجه جدی قانون‌گذار به نظارت بر پزشکان و دیگر متخصصان گواهی می‌دهد.

بحث واگذاری اعضا و پیوند آن یکی از موضوعاتی است که محل برخورد علمی بین دانشمندان علوم پزشکی، حقوق، اخلاق، ادیان، عرف‌های اجتماعی و حتی محل برخورد آرای شرایع آسمانی، یعنی مسیحیت و اسلام و یهودیت است (۱). خون عضوی است که به طور مستمر در بدن شخص تولید می‌شود و با انتقال آن، نقص ظاهری در بدن ایجاد نخواهد شد. خون به عنوان یکی از مهم‌ترین اجزای بدن، نقش حیاتی در کمک به سلامت و نجات جان انسان‌ها دارد. در گذشته دیدگاه‌های عجیبی نسبت به خون انسان داشتند. رفته‌رفته با پیشرفت علم پزشکی و توجه به جایگاه اخلاقی و کرامت انسانی، خون به تبع انسانیت انسان، از ابعاد دیگری مورد نظر دانشمندان علوم مختلف و حتی ادیان قرار گرفت. برخی از این دیدگاه‌ها غیر مرتبط با کاربردهای سابق خون نبودند. به عنوان مثال، فقهای عظام در بیان حکم خرید و فروش خون، به دلیل اینکه سابقاً خون فقط برای آشامیدن مورد استفاده قرار می‌گرفت قائل به حرمت آن بودند، هرچند این احکام امروزه با توجه به کارایی مختلف خون و حتی فرآورده‌های آن متفاوت می‌باشد. پیشرفت‌های پزشکی در زمینه‌های درمانی مختلف آثار فقهی و قانونی متفاوتی را دربر خواهد داشت و قطعاً با تغییر موضوع، حکم نیز تغییر خواهد نمود. می‌توان مدعی شد که انتقال خون، به طور خاص از وضعیت منحصر به فردی در مقایسه با دیگر حوزه‌های سلامت و درمان برخوردار است. در چند سال اخیر با پیشرفت‌های حاصل‌شده در خصوص پالایش و استحصال فرآورده‌های مختلف خونی، این حوزه به عنوان یکی از بخش‌های استراتژیک نظام سلامت هر کشوری محسوب می‌شود.

تأمین خون و فرآورده‌های سالم، مهم‌ترین هدف انتقال خون است و خون و فرآورده‌های آن با اهمیت وصف‌ناپذیری که دارد و نقش به سزایی که در درمان بیماری‌ها دارد، در صورت آلوده‌بودن می‌تواند باعث یک فاجعه پزشکی و درمانی شود، کما اینکه در پرونده خون‌های آلوده در ایران این اتفاق افتاد، پس باید خون، در شرایط خاص و با تجهیزات خاصی گرفته شود تا قابل استفاده در زمینه‌های پزشکی و درمانی شود. به دلیل ارتباط کاملِ گرفتنِ خون و تزریق آن با نظم و سلامت عمومی و اخلاق حسنه، لازم است متولی تهیه خون و تولید فرآورده‌های آن یک سازمان دولتی باشد، زیرا خون گرفته‌شده ممکن است آلوده باشد و باید مورد آزمایش‌های متعدد قرار گیرد. انجام این آزمایشات باید توسط و تحت نظارت سازمان مذکور باشد تا در صورت آلوده‌بودن خون، منشأ آن مشخص باشد. به عبارتی، سازمان انتقال خون باید ضمن ارتقای کمی و کیفی شاخص‌های خود، برای همه این مراحل، فرآیند و معیاری تعیین کند.

در این زمینه به دنبال بررسی مسئولیت حقوقی، به جهت احراز رابطه سببیت و اثبات وقوع قصور یا تقصیر، تمسک شده است. برای نیل به هدف ایمنی و سلامت انتقال خون و کنترل هرچه بهتر جریان انتقال خون در کشور و همچنین حفظ حقوق همه اشخاص دخیل در پروسه انتقال خون، هر کشوری باید دارای یک مقررات ملی خون مناسب با نیازهای بهداشتی خود باشد. نکات مهمی که باید در این مورد رعایت شود می‌تواند مبتنی بر آیین‌نامه‌های اخلاقی و توصیه‌نامه‌های بین‌المللی سازمان‌های بین‌المللی از جمله جامعه بین‌المللی انتقال خون (International Society of Blood Transfusion) و سازمان بهداشت جهانی (WHO: World Health Organization) یا کشورهای پیشرو در این زمینه با تطبیق بر قواعد عمومی شرعی و فتاوی فقهای عظام باشد. دعاوی مطرح در حقوق پزشکی از اهمیت بالایی برخوردار است و

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد.

کوچک‌ترین غفلت و خطای پزشک یا دست‌اندرکاران پزشکی، ممکن است زیان‌های جسمی و روحی فراوانی به بار آورد و یا حتی ممکن است به مرگ بیمار بیانجامد و در عرصه‌های داخلی و خارجی پرونده‌هایی از این نمونه کم نیست و به یک مورد پرونده تزریق خون‌های آلوده پایان نمی‌پذیرد.

بیماری‌های ناشی از انتقال خون آلوده تبعات بسیار سختی از حیث جسمی و مالی برای منتقل‌الیه دارد (۲-۵)، مسئولیت دولت، سازمان انتقال خون، بیمارستان و آزمایشگاه را در این زمینه نباید نادیده گرفت. تعهد دولت در این‌باره تعهدی مبتنی بر اسناد مختلف بین‌المللی و قوانین داخلی در تأمین حق بر سلامت و دسترسی به درمان و نیز رعایت حقوق فردی آحاد جامعه بوده، لذا تعهدی سلبی و ایجابی به شمار می‌آید. سازمان انتقال خون و بیمارستان هم با شرایطی دارای مسئولیت هستند که باید مورد بررسی قرار گیرند و در این تحقیق بر آن شدیم در چهار بحث به مسئولیت اشخاص حقوقی دخیل در انتقال خون بپردازیم.

روش

این تحقیق با بهره‌گیری از منابع فقهی و حقوقی به روش توصیفی ـ تحلیلی و از منابع کتابخانه‌ای نگارش یافته است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

انتقال خون تعداد زیادی از کشفیات، ابداعات، مشاهدات و روش‌ها را برجسته می‌کند که منجر به پیشرفت‌های قابل توجه شده و منجر به درمان‌های مؤثر که هم‌اکنون وجود دارد، شده است. قرن بیستم شاهد پیشرفته‌ترین روش‌ها، فعالیت‌ها و ایمنی‌ها در زمینه انتقال خون می‌باشد، لذا طب انتقال خون در آستانه ورود به تغییرات مهمی است که در کنار سایر پیچیدگی‌های آن قرار می‌گیرد (۶). یکی از این پیچیدگی‌ها، بحث مسئولیت در این پروسه است.

بحث

۱. مسئولیت دولت نسبت به زیان ناشی از انتقال خون آلوده: در این مبحث به چرایی مسئولیت دولت و میزان مسئولیت در حقوق ایران و در حقوق برخی کشورها می‌پردازیم.

۱-۱. چرایی مسئولیت دولت در زمینه انتقال خون: پیشرفت‌های علمی و تکنولوژیکی در قرن بیستم، منجر به هر دو شاخص دارویی و صنعتی‌شدن خون و اجزا و ترکیبات آن گردید (۷). انتقال خون و همچنین تزریق محصولات پلاسما، به طور گسترده‌ای در تنظیمات بالینی با قابلیت کمک به بیمار مورد استفاده درمانی قرار گرفت (۸). دو مورد از میراث‌های اصلی خون‌های آلوده به (HIV) در کشورهای توسعه‌یافته افزایش استفاده از اصل احتیاط در مدیریت ریسک می‌باشد و همچنین رویکرد قوی‌تر به جنبه بیمار محوری در افزایش ایمنی و دستیابی به نتایج بالینی بهتر است (۹-۱۱)، در حالی که سطح قابل اهمیتی از مباحث علمی و سیاسی در مورد استفاده و محدودیت‌های اصول احتیاطی و همچنین اعمال آن در زمینه بهداشت عمومی (۱۲-۱۳) وجود دارد (۱۴-۱۶) بررسی دقیق پیامدهای خون آلوده به HIV یک مثال عینی در مورد اینکه چگونه و تا چه حد، اصول احتیاطی و مفاهیم سازمانی و منابع مربوط به سیستم خون کارایی دارد را فراهم می‌کند (۱۷-۱۸). تمرکز بر بررسی حکومت خطر مربوط به سیستم خون، یک رویکرد تحقیقی از ادبیات علمی اجتماعی بر اساس مسائل مربوط به خون شده است. در اوائل کار در این زمینه، ریچارد توماس (Richard Titmuss) کتابی با عنوان رابطه مبتنی بر اهدا (انتقال تبرعی) (The Gift Relationship) را در سال ۱۹۷۰ منتشر کرد. او رابطه مبتنی بر اهدا را به عنوان اهدای نوع‌دوستانه و مجانی خون به شخص گیرنده ناشناس (که رابطه خویشاوندی با وی ندارد) مفهوم‌سازی کرد. وی اهمیت آن را بر اساس مبانی ایمنی، اقتصادی و اخلاقی توجیه نموده و به طور گسترده‌ای اهمیت

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

آن را در همبستگی اجتماعی در جوامع صنعتی بیان کرد. استدلال تیموس یک بحث پرجنب و جوش در طیف وسیعی از رشته‌های دانشگاهی برانگیخت (۱۹-۲۳)، در طول چندین سال، بهره دانشگاهی، دانشمندان علوم اجتماعی بر مسائل مربوط به خون در مورد بررسی پویایی سیاسی که رسوایی ناشی از آلودگی خون با HIV را ساماندهی می‌کرد، متمرکز شد (۲۴). در اینجا همچنین منافع بررسی ارتباط مستمر رابطه مبتنی بر اهدا در تحقیقات ژنتیک، در اقتصاد در حال گسترش در بافت انسانی(۲۵) و تهیه سازمانی خون و اعضاء (۲۶) مورد بازبینی قرار گرفت (۲۷-۲۹) نقش قانون در حاکمیت خطر ابتلا مربوط به سیستم خون در چارچوب این ادبیات در حال بررسی می‌باشد. بررسی قانونی، اغلب بر مسائل مربوط به مسئولیت ناشی از قسمت‌های آلودگی خون متمرکز می‌باشد (۳۰-۳۲) نقش دولت در این میان به عنوان متولی تهیه خون بسیار مهم و حائز اهمیت است. به رسمیت‌شناختن خطرات بهداشت عمومی در چارچوب محدوده ملی، مانند آن‌هایی که ناشی از بیماری‌های عفونی می‌باشد، ممکن است منجر به نیاز به اجرای اقدامات محدود به منظور جلوگیری از گسترش بیماری شود، هرچند این امر ممکن است تأثیر اقتصادی منفی بر تجارت و زندگی روزمره شهروندان بگذارد (۳۳). خطرات بهداشت عمومی و از جمله انتقال خون آلوده اغلب نیازمند حاکمیت سازمان‌ها در تعادل رقابت ملاحظات حفظ سلامت شهروندان است. از سوی دیگر، حق سلامت در منشور بین‌المللی حقوق بشر که تحت عنوان «حق بالاترین استاندارد قابل حصول از سلامت جسمانی و روانی» بیان شده؛ وظیفه‌ای را برای دولت‌ها در جهت ترفیع و حمایت از سلامت افراد جامعه وضع نموده است (۳۴).

۱-۲. مسئولیت دولت در زمینه انتقال خون در حقوق ایران و سایر کشورها: در این راستا امروزه دولت‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی اجتماعی مردم، وظایفی را بر عهده دارند. یکی از حوزه‌هایی که دولت‌ها همواره در آن نقش مؤثری ایفا نموده‌اند، حوزه امور پزشکی و به ویژه موضوع فرآورده‌های خونی است. بدیهی است که دولت‌ها نمی‌توانند در رابطه با تهیه و تولید فرآورده‌های خونی که با جان انسان‌ها در ارتباط است، بی‌تفاوت باشند، بدین‌جهت نیز در اغلب کشورها مقرراتی در این زمینه وضع شده است تا سلامتی خون اهداشده به بیماران تضمین و تأمین گردد، مثلاً در حقوق فرانسه، از آنجایی که طبق نظر حقوقدانان، انتقال خون، نوعی خدمت عمومی محسوب می‌شود، در صورتی که بتوان در زمینه کنترل یا 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 به جبران خسارت زیان‌دیده محکوم نمود (۳۵). در کانادا در سال ۲۰۰۶، دولت خسارت قربانیان ناشی از انتقال خون آلوده که به هپاتیت C مبتلا شدند، از جمله کسانی که ادعا می‌شود توسط پلاسمای آلوده گرفته‌شده از زندانیان آلوده شدند را جبران نمود (۳۶). دولت انگلیس برای حل و فصل دعاوی ناشی از انتقال خون و فرآورده‌های خونی آلوده تلاش نمود. در اکتبر ۲۰۱۰، دولت تصمیم گرفت با توجه به هزینه‌های هنگفت و بحران مالی، همانند کشور ایرلند بعد از یک تحقیق مشابه آنچه در سال ۱۹۹۱ صورت گرفت، خسارات را جبران کند (۳۷). افراد از حق بر سلامتی برخوردارند و این حق، در کنار تحقق تدریجی آن، دارای «حق بر سلامتی»، همان‌طور که پیش از این اشاره شد، یک‌سری حداقل‌ها هم هست که واجد اثر فوری هستند. بنابراین تعهد دولت‌ها نسبت به تحقق این حداقل‌های رفاهی، تعهد به نتیجه فوری است. بهره‌مندی از این محتوای حداقلی در سلامتی، از ضروریات کرامت ذاتی انسان قلمداد می‌شود. در این چارچوب، «حق بر سلامتی» به نبود بیماری و برخورداری از وضعیت مطلوب جسمی و روانی تعبیر می‌شود (۳۸).

در حقوق ایران، از آنجایی که مراکز انتقال خون، تحت نظارت سازمان انتقال خون و آن نیز زیرمجموعه وزارت بهداشت قرار دارند یک سازمان دولتی است، صرف نظر از مسئولیت خاص دولت نسبت به خطای کارمندان خود و در راستای وظایف اداری بر مبنای حقوق عمومی، به موجب «ماده ۱۱ قانون

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

مسئولیت مدنی» در صورتی که سازمان انتقال خون را مسئول بدانیم، در واقع دولت را مسئول دانسته‌ایم و این نه از باب مسئولیت دولت بر مبنای حقوق عمومی و ناشی از خطای کارمندان خود است، بلکه از باب مسئولیت مدنی همانند یک شخصیت حقوقی حقوق خصوصی نسبت به فعالیت‌هایی که خارج از اداره کشور انجام می‌دهد. دلیل دیگری که می‌توان برای این مسئولیت ذکر کرد، عدم نظارت صحیح و قانونی بر سازمان‌های تابعه است، لذا می‌توان فرض کرد همه آن‌ها به طور هم‌زمان موجب بروز این حوادث و ایجاد خسارت می‌شوند، ضمن اینکه این نظر، حقوق بیماران را بهتر تأمین می‌نماید (۳۹)، البته این امر با فرض این موضوع است که اولاً اصل رضایتمندی رعایت نشده و بیمار از تبعات درمان از طریق انتقال خون آگاه نشده باشد؛ ثانیاً انتقال ویروس‌های جدید و یا شناخته‌شده از این طریق، اتفاقی و متعارف بوده باشد. در غیر این صورت، هرگاه از ناحیه فعالیت آن‌ها به کسی زیان برسد، مسئولیت مدنی پیدا می‌کنند و بر حسب قواعد خاص آن مسئولیت، ممکن است، مسئولیت او نوعی یا مبتنی بر تقصیر باشد. چنانکه هرگاه دولت، دارنده اتومبیلی باشد که در اثر تصادف آن به شخص ثالث زیانی برسد، بر مبنای مسئولیت نوعی و مطابق ماده ۱ قانون بیمه اجباری ۱۳۴۷ مسئول جبران خسارت است (۴۰). در مورد بحث، چون دولت (سازمان انتقال خون) تهیه و ارائه خون و فرآورده‌های خونی را بر عهده دارد، هرگاه بپذیریم که تهیه‌کننده و ارائه‌دهنده تولیدات خونی بر مبنای تعهد ایمنی، مسئولیت نوعی دارد و ضامن هر نوع زیانی است که از ناحیه عیب (و آلودگی) آن به مصرف‌کننده وارد می‌شود، در اینجا دولت (به عنوان تهیه‌کننده) مسئولیت نوعی خواهد داشت و باید خسارت ناشی از انتقال خون آلوده را جبران کند. برخی از فقها در این مورد قائل به مسئولیت دولت در صورت آگاهی از آلوده‌بودن خون مورد انتقال هستند و بیان داشتند «اگر دولت و یا نهاد خاصی ... با علم و آگاهی این کار {انتقال خون آلوده} را کند، مسئول خواهد بود» (۴۱) که به نوعی مسئولیت نوعی دولت را نفی می‌کند، اما از جنبه حقوق عمومی، اگر تهیه و ارائه خون را یک نوع خدمت عمومی بدانیم، چنانکه در حقوق فرانسه چنین است مسئولیت دولت در این مورد علی‌الاصول مبتنی بر تقصیر است (۴۲). برعکس، قوانین سپر خون در ایالات متحده قوانینی را تدوین نموده که در آن خون و مشتقات تحت مسئولیت مطلق و ضمانت قرار نگرفته است، زیرا به دلیل احتمالات فراوانی که برای آلودگی خون وجود دارد (۴۳)، نگرانی ناشی از این خطرات را به طور کامل نمی‌توان ریشه‌کن کرد (۴۴). بنابراین به جای ادعای مسئولیت مطلق و یا نقض ضمنی علت ضمانت عمل، قربانی خون یا پلاسمای آلوده با یک بار اثباتی فراتر از اثبات عناصر غفلت و مسامحه رو به رو هستند، زیرا قانون‌گذاران و دادگاه‌ها هر دو تصمیم به منع یا محدودنمودن کارایی مسئولیت بدون تقصیر در این شرایط می‌گیرند (۴۵).

در هر حال تردیدی نیست که به دلیل صعوبت اثبات تقصیر مراجع دولتی در این‌گونه مواقع و به واسطه اینکه اشخاص عادی امکانات لازم را جهت تحقیق از این سازمان‌ها در اختیار ندارند؛ قانون‌گذار باید تمهیدی بیاندیشد و برای کمک به بیماران، فرض را بر وجود تقصیر این سازمان‌ها قرار دهد (۳۹، ۴۷-۴۶)، هرچند که خلاف آن با وجود شرایطی که ذکر شد، قابل اثبات خواهد بود.

۲. مسئولیت سازمان و مراکز انتقال خون: نخستین عاملی که پروسه انتقال خون دخیل است و در وهله اول و به طور معمول ممکن است به عنوان سبب این حادثه به ذهن برسد، سازمان و یا مراکز انتقال خون هستند که متصدی تهیه و توزیع خون و فرآورده‌های خونی می‌باشند. هدف از تصدی به انتقال خون، نجات بیماران از مرگ حتمی است که در عین ضرورت، بسیار خطیر است. بنابراین می‌طلبد که متصدیان امر، یعنی سازمان انتقال خون، خود را مجهز به پیشرفته‌ترین تجهیزات و کارآمدترین نیروی انسانی نماید و دولت در این زمینه بودجه کافی اختصاص داده و زمینه را هموار نماید. از وظایف سازمان، بررسی و آزمایش‌های مکفی بر روی خون‌های خریداری شده و تضمین سلامت و کیفیت آن‌هاست، اگر به هر دلیلی به این وظیفه به طور صحیح عمل ننموده و خون آلوده

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

وارد مراکز درمانی کشور گردد؛ از طریق تزریق این خون‌ها به بیماران، آنان آلوده به میکروب می‌گردند.

در فرانسه، در سال ۱۹۸۳ شخصی به علت دریافت خون به ویروس ایدز آلوده شد و بر این اساس صندوق غرامات به وی خسارت پرداخت می‌کند. دخترش پس از مرگ او، به علت زیان غیر مستقیم از مرکز انتقال خون غرامت خواست. دادگاه تجدید نظر به لحاظ عدم وجود رابطه بین دختر و مرکز انتقال خون و عدم اثبات تقصیر، دعوی را رد کرد، اما دیوان عالی کشور در ۱۳ فوریه ۲۰۰۱ با تأکید بر تعهد مرکز انتقال فرآورده خون به تعهد به نتیجه نسبت به فرآورده خونی که ارائه می‌دهد، رأی را نقض می‌کند (۴۸-۴۹). دیوان کشور فرانسه، در راستای حرکتی که (از سال‌ها قبل) به سمت پذیرش مسئولیت نوعی پزشک ایجاد شده است، نخستین‌بار 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 توزیع‌کننده خون، یک نوع تعهد ایمنی دارد و باید خون یا فرآورده خونی که به مصرف‌کننده تحویل می‌دهد، از هر نوع عیب و آلودگی عاری باشد. بر این اساس هرگاه در اثر آلودگی یا عیب خون، به گیرنده آن زیانی برسد، مرکز انتقال خون مسئول است، مگر اینکه وجود عامل خارجی را ثابت نماید، یعنی ثابت کند که نقض تعهد ایمنی او و آلوده‌بودن خون، ناشی از یک عامل خارجی بوده که نمی‌توان منتسب به او دانست. امری که در هر نوع تعهد به نتیجه عامل معاف‌کننده متعهد نسبت به مسئولیت ناشی از نقض تعهد است. دیوان کشور فرانسه، در رأی دیگری که در همان تاریخ (۱۲ آوریل ۱۹۹۵ م.) صادر می‌کند، مقرر می‌دارد که عیب داخلی (یا آلودگی) خون که در زمان انتقال، غیر قابل کشف بوده است، عامل خارجی محسوب نمی‌شود و رافع مسئولیت مرکز انتقال خون نیست. دکترین و رویه قضایی بر این راه حل اتفاق نظر دارند. علاوه بر این راه حل که مطابق قواعد عمومی مسئولیت مدنی و توسط رویه قضایی ایجاد شده است، بر 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 تولیدکننده، مسئول زیان ناشی از عیب (آلودگی) خون هستند و مطابق ماده ۱۲-۱۳۸۶ قانون مدنی فرانسه، «خطر توسعه» که یک عامل معاف‌کننده برای تولیدکننده است، در مورد فرآورده‌های خونی وجود ندارد. این تعهد ایمنی یک نوع تعهد فرعی است که بر مبنای ماده ۱۱۳۵ قانون مدنی فرانسه بر عهده تولیدکننده (مرکز انتقال) خون قرار می‌گیرد و مستقل از تضمین عیب مخفی کالاست که مطابق قانون مدنی بر عهده فروشنده است (ماده ۱۶۴۵ قانون مدنی فرانسه). 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، با تصویب قانون ۴ مارس ۲۰۰۲ در فرانسه، ماده L.1142-1.I قانون سلامت عمومی (ناشی از ماده ۹۸ قانون ۴ مارس ۲۰۰۲ م.) که موارد مسئولیت بدون تقصیر پزشکی را برشمرده است، از مسئولیت مراکز انتقال ذکری به میان نیاورده است و به اعتقاد مفسران، شامل فرآورده‌های خونی نمی‌شود، زیرا در کتاب اول این قانون در مواد L.1211.I به بعد از فرآورده‌های فیزیولوژیکی و از جمله خون (ماده ۱-۱۲۲۱) صحبت شده است. به نظر می‌رسد که با عدم تصریح در قانون جدید، همان رویه قضایی پیشین در این رابطه حاکم باشد. بر فرض که مسئولیت مرکز انتقال خون، بعد از تصویب این قانون، مبتنی بر تقصیر باشد، در صورتی که از ناحیه خون آلوده زیانی به گیرنده برسد، چنانچه این زیان، آلودگی به ایدز باشد، بر مبنای قانون ۳۱ دسامبر ۱۹۹۱ از سوی صندوق خاصی که به همین منظور تأسیس شده است و قانون ۴ مارس ۲۰۰۲ آن را نفی نکرده است، جبران می‌شود و در صورتی که زیان ناشی از آلودگی به ویروس دیگری نظیر هپاتیت باشد، به عنوان «حادثه پزشکی» و بر مبنای همبستگی ملی که در این قانون پیش‌بینی شده و از محل صندوق خاصی که به همین منظور تأسیس شده است، جبران خسارت می‌شود.

در حقوق کامن‌لا، در این زمینه اختلاف نظر وجود دارد، مثلاً در حقوق کانادا تولیدکننده کالا بر مبنای شرط ضمنی، مسئول انطباق کالا با هدفی است که بدان منظور تهیه شده است، بنابراین اگر عیبی در آن باشد، ضامن خسارت ناشی از

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

آن است، اما در مورد فرآورده‌های خونی چون کالای تجاری محسوب نمی‌شود، بر مبنای این شرط ضمنی نمی‌توان مرکز انتقال خون را مسئول عیوب آن دانست، مگر اینکه تقصیر آن ثابت شود. بنابراین تعهد ایمنی از نوع تعهد به نتیجه و یا به عبارتی مسئولیت نوعی مرکز انتقال خون پذیرفته نشده است (۳۵). به اعتقاد نویسندگان کامن‌لا، حتی در موردی که بیمارستان یا پزشک رأسا مبادرت به گرفتن خون از شخص و تزریق آن به شخص نیازمند می‌کند، مصلحت ایجاب می‌کند که او به طور مطلق مسئول عیب و آلودگی خون نباشد، چون این امر مانع ابتکار پزشکان و بیمارستان‌ها از انتقال خون در مواقع ضروری می‌شود و این به ضرر جامعه و بهداشت عمومی است. این دیدگاه نه‌تنها در حقوق کانادا، بلکه در حقوق استرالیا نیز طرفدارانی دارد. در حقوق انگلیس این مسأله بدون پاسخ مانده است و نسبت به این موضوع که آیا خون کالای تجاری محسوب می‌شود یا خیر، هنوز تردید وجود دارد، ولی در عمل دادگاه‌ها، مسئولیت مطلق مرکز انتقال خون را بر مبنای قانون حمایت از مصرف‌کننده مصوب ۱۹۸۸، پذیرفته‌اند (۵۰).

در حقوق ایران به موجب مواد ۲ و ۴ اساسنامه سازمان انتقال خون ایران مصوب ۱۳۶۳، به طور کلی تمامی مراحل تهیه، تأمین و توزیع خون و فرآورده‌های خونی در سراسر کشور و همچنین خرید خون و فرآورده‌های خونی از دیگر کشورها به منظور رفع نیاز داخلی در انحصار سازمان انتقال خون ایران است. در ماده ۲ مقرر داشته «وظایف و اختیارات سازمان عبارت است از...» و در ادامه ماده ۴ اشعار داشته «تهیه، تأمین و توزیع خون برای مصرف‌کننده در سراسر کشور رایگان می‌باشد»، لذا نخستین عاملی که در این امر دخیل است و در وهله اول و به طور معمول ممکن است به عنوان سبب این حادثه به ذهن برسد، سازمان و یا مراکز انتقال خون هستند. با این وجود در مورد مسئولیت سازمان انتقال خون قانون خاص و متمایزی در حقوق ایران وجود ندارد و لازم است قوانین خاصی در این زمینه وضع شده و نظام خاصی برای جبران این نوع زیان‌ها ایجاد شود، با این وجود استفاده از تأسیس «تعهد ایمنی» بر مبنای مواد ۲۲۰ و ۳۵۶ قانون مدنی با منطق حقوقی ایران نیز سازگار است. در فقدان قانون و بر مبنای اصول کلی حقوقی و با توجه به تحولاتی که در نظام‌های حقوقی دنیا در این زمینه ایجاد شده است و لزوم جبران خسارت قربانی، به نظر می‌رسد که بر مبنای تعهد ایمنی می‌توان سازمان انتقال خون را مسئول هر نوع زیانی دانست که در نتیجه آلودگی خون یا فرآورده‌های خونی ارائه‌شده از سوی آن ایجاد می‌شود، به ویژه اینکه در ایران، مراکز انتقال خون تحت نظارت سازمان انتقال خون قرار دارند که یک سازمان دولتی است. بنابراین اگر این سازمان مسئول دانسته شود، بار جبران خسارت بر دوش دولت قرار می‌گیرد (۴۰، ۵۱). ممکن است بگوییم سازمان انتقال خون باید مطابق قاعده تسبیب در صورتی مسئول قلمداد گردد که مرتکب تقصیری شده باشد، اما اگر تقصیر اسباب دخیل در انتقال خون آلوده اثبات نشود، دیگر نمی‌توان به قاعده تسبیب استناد نمود و قابلیت استناد به عمل سازمان در صورت ضرورت وجود تقصیر امکان ندارد، لذا نیاز به بررسی مسئولیت آن از جنبه‌های دیگر دارد. قانون‌گذار در سال ۱۳۸۵ شمسی، در قسمت اخیر بند «پ» تبصره ۱۴ قانون بودجه سال ۱۳۸۶ کل کشور تصریح داشته است «در صورتی که عوارض و خسارت‌های ناشی از تزریق محصولات خونی با تشخیص سازمان نظام پزشکی مربوط به اهمال سازمان انتقال خون نباشد، آن سازمان مسئولیتی در قبال عوارض حقوقی مربوطه نخواهد داشت»، با این حال، این حکم قانونی و ضرورت کسب نظر از سازمان نظام پزشکی جهت احراز قصور انتقال خون در پرونده‌های مربوط به آسیب‌های مورد ادعا، مورد توجه رویه قضایی قرار نگرفته و می‌توان گفت مطرود مانده است (۵۲).

به هر ترتیب، سازمان و مراکز انتقال خون بر مبنای نظریات مختلفی که در باب مسئولیت اسباب وجود دارد و به آن خواهیم پرداخت همواره مسئول بوده که از حیث اثباتی نیز قابلیت استناد وجود دارد. در فرضی که سازمان انتقال خون مستقیماً با گیرنده خون ارتباط قراردادی ندارد و خون از طریق بیمارستان به بیمار ارائه و تزریق می‌شود بر مبنای تعهد

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

به نفع ثالث، در قرارداد بین سازمان انتقال خون و بیمارستان، این تعهد ایمنی به نفع بیمار وجود دارد (۳۵، ۵۳).

۳. مسئولیت بیمارستان: در گذشته، رویه قضایی فرانسه، بیمارستان را در نگهداری بیمار، متعهد به وسیله می‌دانست، مثلاً در پرونده‌ای بیمارستانی به منظور آماده سازی بیمار برای عمل جراحی، بنا بر نظر پزشک از مواد ضد عفونی‌کننده پوستی استفاده کرد بلافاصله پس از آن، پوست بیمار دچار سوختگی درجه ۱ و ۲ شد و در نتیجه عمل جراحی به تعویق افتاد. بر اساس شکایت زیان‌دیده، دادگاه بیمارستان را محکوم کرد و شعبه اول دیوان عالی کشور فرانسه نیز در رأی مورخ ۷ نوامبر ۲۰۰۰ خود با عبارتی کلی اعلام داشت «قرارداد بستری‌شدن و درمان که میان بیمار و مؤسسه درمانی خصوصی منعقد شده باشد، مؤسسه درمانی را در مورد فرآورده‌هایی که تهیه می‌کند، نظیر داروها، موظف به تعهد ایمنی به نتیجه می‌گرداند» (۴۸-۴۹). اکنون رویه قضایی، مدیر بیمارستان را در حفظ سلامت بیمار، متعهد به نتیجه قلمداد کرده است و در نتیجه، برای جبران خسارت، نیازی به اثبات تقصیر نیست، چنانکه مدیر بیمارستان، مسئول خساراتی است که در نتیجه حریق در بیمارستان به بیمار وارد آمده و حتی مسئول بیماری جدیدی است که بر مریض بستری‌شده عرضه گشته است (۵۴). همچنین است در صورتی که پرستار بدون رعایت دستور پزشک، آمپولی را در رگ تزریق کند یا دارویی را اشتباه به بیمار بدهد. در موردی که بیمار نمی‌تواند رابطه سببیت روشنی را بین ضرر و فعل یکی از کارکنان بیمارستان برقرار سازد. در حقوق انگلیس نیز گاهاً مدیریت بیمارستان را مسئول شناخته شده است. ماهیت تعهد بیمارستان‌ها در مقابل بیمار به جهت تضمین سلامتی بیمار تعهد به نتیجه است (۵۵-۵۶). منظور از تضمین سلامتی بیمار، تعهد به شفای بیمار نیست، بلکه مقصود آن است که صاحبان حرف پزشکی در فرایند درمان یا استفاده از ادوات و وسایل و داروها و نیز به علت ضد عفونی‌نکردن وسایل یا محیط، بیمار را در معرض بیماری دیگری قرار ندهند (۵۷). ضررهای واردشده به بیمار که ارتباط مستقیم و کاملی با فرایند درمان ندارد و جدا از عملیات پزشکی به معنی دقیق کلمه است موضوع تعهد صاحبان حرف پزشکی، تعهد به نتیجه است، اما ضرر ناشی از فرایند درمان یا ویژگی‌های فنی و حرفه‌ای که عنصر احتمال در آن نهفته است، اصولاً تعهد به وسیله است (۵۷-۵۸). حقوق‌دانان و قضات فرانسوی، معیارهایی را برای تفکیک مسائل مرتبط و غیر مرتبط با فرایند درمان انجام داده‌اند و خلاصه آنکه اقدامات پزشک یا بیمارستان در مواردی که مرتبط با مفهوم سنتی و دقیق فرایند درمان باشد، تعهد به وسیله و در باقی موارد تعهد به نتیجه خواهد بود، زیرا یک نوع شرط ضمنی در قرارداد درمان این است که در اثر بستری‌شدن در بیمارستان یا استفاده از امکانات آن نظیر البسه و ادوات و... دردی به دردهای بیمار اضافه نگردد (۵۶، ۵۹-۶۰). بنابراین می‌توان تعهد بیمارستان را نیز مانند تعهد پزشک در پذیرش بیمار، تشخیص بیماری، درمان آن و انجام اعمال جراحی از نوع تعهد به نتیجه دانست. همین‌گونه است در مورد تعهد مدیر بیمارستان‌های روانی که علاوه بر معالجه بیمار، تعهد برای نگهداری وی نیز دارند و باید مانع از خودکشی و آسیب‌دیدن بیمار گردند. در مورد تعهد بیمارستان و یا به طور کلی همه افراد متعددی که در جریان یک عمل جراحی یا پروسه درمان شرکت دارند، تئوری‌های مختلفی بیان شده است. تئوری خیرخواهانه که به موجب این نظر چون بیمارستان‌ها بیماران را از مراقبت‌های خیرخواهانه خود بهره‌مند می‌سازند، تحت پیگرد قرار نمی‌گیرند. تئوری بعد تئوری مسئولیت ناخدای کشتی است که مسئولیت عمل متوجه جراح است، زیرا اتاق، اتاق جراحی است و باید جراح مراقب باشد. تئوری مسئولیت قانونی نظر بعدی است که شخص حقوقی جدا از وظیفه‌ای که به عنوان کارفرما دارد، موظف است مطمئن باشد که بیماران از مراقبت‌های مناسب برخوردار هستند و نهایتاً تئوری مسئولیت کارفرما که مطابق قاعده، کارفرما مسئولیت اقدامات کارگران را به عهده دارد، لهذا بیمارستان به عنوان کارفرما مسئولیت دارد و همواره دفاع از کارکنان بیمارستان به نفع بیمارستان است. قراردادی که بیمار با بیمارستان منعقد می‌کند، غیر از پیمانی است که با پزشک می‌بندد. موضوع قرار داد با بیمارستان، عرضه خدمات معمول به بیمار است، اما موضوع قرار داد با پزشک، انجام

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

عملیات پزشکی بر روی بیمار است، مثل تشخیص بیماری، درمان آن و عمل جراحی. در تئوری‌های بیان‌شده، نظریه اول به نفع بیماران نیست و تئوری دوم هم به لحاظ اینکه پزشکان از جانب بیمارستان استخدام نمی‌گردند، قابل توجه نیست نظریه سوم و چهارم مقبولیت بیشتری دارد و برخی از نویسندگان بر اساس ماده ۱۱ و ۱۲ قانون مسئولیت مدنی، بیمارستان را مسئول خسارت وارده از سوی پزشکان می‌دانند. منتها برخی مسئولیت بیمارستان را مستقل از مسئولیت پزشکان می‌دانند و برخی نیز اصل را بر مسئولیت جراح و متخصص جراحی دانسته و مسئولیت بیمارستان را در صورت وقوع تقصیر از سوی آنان می‌دانند (۶۱)، پس قانون مسئولیت مدنی ایران، مدیر بیمارستان را مسئول تقصیر کارکنان خود می‌داند و در هر صورت به نظر می‌رسد در حقوق ایران بتوان تعهد صاحبان حرفه‌های پزشکی و بیمارستان‌ها را با استفاده از عرف و نیازهای اجتماعی به صورت تعهد ایمنی به نتیجه اعمال کرد (۶۲).

از آنجایی که به طور معمول بیمارانی که نیاز به انتقال خون دارند در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها بستری می‌باشند، در صورتی که خون آلوده‌ای به آن‌ها تزریق شود موضوع مسئولیت این مراکز مطرح می‌شود (۶۳). در این مورد باید بین دو فرض تفکیک قائل شد؛ فرضی که فرآورده خونی در همان مرکز درمانی تهیه می‌شود، بدین‌معنا که در خود بیمارستان مرکز خاص انتقال خون وجود دارد که از اشخاص خون می‌گیرد و در بانک‌ها نگهداری و در موارد لزوم به بیماران تزریق می‌کند. در این فرض وضعیت مرکز درمانی، از لحاظ حقوقی همانند وضعیت سازمان انتقال خون است و به عنوان تهیه‌کننده خون یا فرآورده خونی ضامن ایمنی آن است و در صورتی که در اثر آلودگی خون، به گیرنده آن، زیانی برسد، مسئول است، مگر اینکه وقوع یک عامل خارجی را ثابت کند، اما در فرضی که بیمارستان یا درمانگاه خون را از مراکز انتقال خون تهیه می‌کند و به بیماران نیازمند ارائه می‌دهد و خودش دخالتی در تهیه و گرفتن آن از داوطلبان ندارد، در خصوص مسئولیت آن‌ها اختلاف نظر وجود دارد. در حقوق فرانسه، رویه قضایی، به رغم پذیرش مسئولیت نوعی برای مراکز انتقال خون نسبت به زیان ناشی از آلودگی خون، مسئولیت مرکز درمانی را که خون تهیه‌شده از مراکز انتقال خون را به بیمار تزریق می‌کند، مبتنی بر تقصیر می‌داند، بدین‌معنا که هرگاه در راستای انتقال خون به بیمار و یا کشف آلودگی آن (پالایش خون) تقصیر بیمارستان یا درمانگاه ثابت گردد، مسئولیت دارند در غیر این صورت مسئول نیستند، زیرا در این فرض بیمارستان به عنوان تهیه‌کننده و فروشنده خون محسوب نمی‌شود. بنابراین تعهد او از نوع تعهد به وسیله است. این رویه مورد انتقاد حقوقدانان قرار گرفته است به اعتقاد آن‌ها این رویه در گذشته که بیمارستان‌ها امکانات لازم برای پالایش خون (از آلودگی) را نداشتند، قابل توجیه بود، ولی در حال حاضر قابل توجیه نمی‌باشد و برخلاف رویه‌ای است که در دادگاه‌ها و دیوان عالی به سمت پذیرش مسئولیت نوعی مراکز درمانی ایجاد شده است، زیرا دیوان عالی کشور مسئولیت نوعی درمانگاه‌ها را در مورد آلودگی‌های بیمارستانی و زیان‌های ناشی از عیب دستگاه‌های مورد استفاده در آنجا پذیرفته است (۳۵).

در نظام کامن‌لا، چنانکه قبلاً اشاره شد، در اصل پذیرش مسئولیت نوعی برای مراکز انتقال خون، تردید است و در مورد مسئولیت نوعی مراکز درمانی نیز این تردید وجود دارد و برخی از نویسندگان از آثار سویی که این مسئولیت سنگین ممکن است بر بهداشت عمومی داشته باشد (از این جهت که مانع ابتکار عمل پزشکان می‌گردد)، ابراز نگرانی کرده‌اند (۶۴). قبلاً اشاره کردیم در حقوق ایران به طور کلی مسئولیت بیمارستان‌ها را نوعی و تعهد آن‌ها را به نتیجه می‌داند. در طب انتقال خون، هرچند نص قانونی و رویه قضایی وجود ندارد، به طریق اولی این تعهد و مسئولیت به نتیجه و توعی خواهد بود. در حال حاضر بیماری که در بیمارستان بستری می‌شود، از هر جهت خود را در اختیار بیمارستان قرار داده و به آن اعتماد می‌کند و انتظار دارد که هر نوع خدمت و محصولی که در راستای معالجه به وی ارائه می‌شود، از هر نوع عیب و خطری بری باشد؛ او در این زمینه هیچ نقش فعالی ندارد، بلکه صرفاً

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

نقش منفعل و پذیرنده دارد، به علاوه پذیرش مسئولیت نوعی در این مورد موجب افزایش دقت و احتیاط این مراکز نسبت به پالایش عیوب و آلودگی فرآورده‌های خونی که به بیماران ارائه می‌دهند، می‌شود، مضافاً بیمار به طور مستقیم با بیمارستان در ارتباط است و خون را نیز از آن می‌گیرد و هیچ ارتباطی با مراکز انتقال خون ندارد، پس از دیدگاه او، بیمارستان به منزله تهیه‌کننده یا توزیع‌کننده خون محسوب می‌شود. از منظر قواعد راجع به مسئولیت ناشی از عیب تولید (که بر عهده تولیدکننده است) نیز، بیمارستان تولیدکننده محسوب می‌شود ـ مطابق قانون ۱۹ مه ۱۹۹۸ فرانسه واژه «تولیدکننده» شامل هر شخصی که به نوعی در ساخت، فروش و توزیع یک تولید دخالت داشته، می‌شود و از جمله در مورد تولیدات بهداشتی (فرآورده‌های خونی) شامل بیمارستان و پزشک می‌شود (مواد ۶-۱۳۸۶ به بعد قانون مدنی فرانسه) ـ بر این اساس، هرگاه مسئولیت نوعی ناشی از عیب تولید در حقوق ما پذیرفته شود (۶۵)، می‌توان بر مبنای آن بیمارستان و مراکز درمانی را به طور نوعی مسئول زیان ناشی از آلودگی خون دانست. در ماده ۳۲۲ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ کارآیی این نوع راه حل‌ها را خنثی نموده و موجب از بین‌بردن نتیجه جبران خسارت می‌شد و آن مسأله امکان اخذ برائت از ناحیه بیمارستان و یا مراکز درمانی بود. قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲در ماده ۴۹۵ در تبصره ۱ این ماده بیان داشته «در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد، هرچند برائت أخذ نکرده باشد.» با پیش‌بینی شرط برائت و پذیرش آن، هرچند بار اثبات بر عهده زیان‌دیده است، ولی در صورت تخلف بیمارستان از موازین و عدم رعایت نظامات قانونی قابل استناد نبوده و رافع مسئولیت وی نخواهد بود. از طرفی منظور از «شرط برائت» در زمینه مسئولیت طبیب (در فقه)، «شرط عدم مسئولیت» در حقوق موضوعه نیست، بلکه به معنای «رضایت» بیمار با شرایط آن، از جمله اطلاع‌رسانی به بیمار است (۵۱). لازم به ذکر است، در صورتی که مسئولیت بیمارستان یا مراکز درمانی نسبت به زیان ناشی از تزریق خون آلوده ثابت شود، خواه بر مبنای تقصیر و اثبات آن، خواه بر مبنای مسئولیت نوعی، این امر رافع مسئولیت مراکز انتقال خون، در فرضی که مستقل از بیمارستان و دارای شخصیت حقوقی جداگانه می‌باشند، نیست. بنابراین در برابر زیان‌دیده هم مراکز انتقال خون و هم بیمارستان به طور تضامنی مسئول جبران خسارت می‌باشند. فتوی فقها نیز در این خصوص مؤید همین موضوع است که دقت را در این پروسه لازم دانسته و گفته‌اند «در این مورد باید تهیه‌کننده و تجویزکننده پس از دقت لازم برائت بجویند» (۶۶).

۴. مسئولیت آزمایشگاه‌ها: با پیشرفت روزافزون پزشکی، آزمایش‌های تشخیصی پزشکی مثل آزمایش خون به طور معمول نتیجه‌ای دقیق دارد. بنابراین پزشک آزمایشگاه باید آزمایش را به درستی و با نهایت دقت انجام دهد و به صرف ارائه نتیجه نادرست، مسئول شناخته می‌شود (۶۷). با استفاده از ابزار و وسایل مدرن آزمایشگاهی، درصد اشتباه بسیار محدود یا منتفی شده است و در نتیجه اینکه تعهد شاغلان این حرفه، طبیعتاً تعهد به نتیجه خواهد بود (۶۸). در فرانسه هم، اگرچه در ابتدا دادگاه‌ها، تعهد پزشکان آزمایشگاه را در خصوص اعلام خلاف واقع سرطان بیمار و... تعهد به وسیله می‌دانسته‌اند (۶۹-۷۰)، ولی بعد از آن در ۱۸ نوامبر ۲۰۰۰ هیأت عمومی دیوان عالی کشور فرانسه در این‌باره رأی جنجالی و حایز اهمیتی صادر نمود که به پرونده «پرورش» شهرت یافته است (۶۷، ۷۱) و موجب دگرگونی در نظام مسئولیت مدنی پزشک گردید که بعد از آن بحث‌های فراوانی را در خصوص پرداخت غرامت به کودک معلولی که در نتیجه اشتباه مسئولان آزمایشگاه به دنیا آمده است، در میان حقوقدانان این کشور ایجاد کرد (۷۲) و اصل جبران خسارت به اطفالی که معلول به دنیا می‌آیند و مادرانشان که از امکان سقط جنین در اثر اشتباه آزمایشگاه و پزشک معالج محروم می‌شوند را تأیید کرد (۷۳). در حقوق ایران همان‌طور که گفته شد، تعهد آزمایشگاه‌ها به نتیجه است. ایمنی خون و تشخیص سالم‌بودن آن شاید یکی از مهم‌ترین پروسه طب انتقال خون است که این مهم در آزمایشگاه محرز می‌شود و باید تمام مراحل مورد نیاز در احراز این امر در آزمایشگاه با دقت صورت گیرد و حداقل نسبت به سلامت خون از

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

میکروب‌هایی که تاکنون شناخته شده، اطمینان حاصل شود. قصور یا تقصیر در این پروسه می‌تواند باعث به مخاطره‌افتادن حیات افراد شود، لذا از سویی با توجه به اهمیت سلامت افراد و همچنین خطر جبران‌ناپذیربودن ابتلا به بیماری‌های ناشی از انتقال خون و هزینه گزاف آن و از طرفی دیگر به دلیل پیشرفت تجهیزات آزمایشگاهی در تشخیص میکروب‌های موجود در خون، منطقی است که تعهد آزمایشگاه و همچنین پزشک ناظر، تعهد به نتیجه باشد (۵۴). در مورد آزمایش‌های صورت‌گرفته در طول درمان و تأثیرات آن بر مسئولیت افراد بحث بسیار است، ولی اصل بر این است که نوع تعهد آنان تعهد به نتیجه است، مگر موارد استثنایی مانند آزمایش‌هایی که علم به آن حد نرسیده است که نتایج آن را دقیق پیش‌بینی کند یا برخی از آزمایش‌ها که در آزمایشگاه‌های مناطق محروم و روستاها که امکانات محدودی دارند، انجام می‌شود که در این موارد قاضی می‌تواند با عنایت به اوضاع و احوال موجود در پرونده، تعهد پزشک را تعهد به وسیله تلقی نماید (۴۶). در ایران به دلیل اینکه این آزمایشات تحت نظارت سازمان انتقال خون به عنوان متولی تأمین خون سالم انجام می‌شود، هرگونه تعلل و سهل‌انگاری آزمایشگاه‌ها منجر به مسئولیت مسئول ناظر یا سازمان انتقال خون خواهد شد و بررسی مسئولیت مستقل آزمایشگاه در اینجا منتفی است.

نتیجه‌گیری

در انتقال خون نیز مانند همه مواردی که در پزشکی وجود دارد، ممکن است تقصیر یا قصوری از سوی اشخاص دخیل در این روند ارتکاب یابد، هرچند برای مسئول‌دانستن باید ارکان مسئولیت، یعنی قصور و خطای پزشکی، تحقق خسارت و ورود ضرر، رابطه علیت و سببیت میان ضرر و خطای صورت گرفته و وجود تقصیر احراز گردد، لیکن احراز رابطه سببیت در مورد زیان‌های ناشی از انتقال خون به دلیل وجود عوامل مختلف سبب آلودگی بسیار مشکل است، لذا در قریب به اتفاق موارد در انتقال خون آلوده یا تقصیری صورت نپذیرفته یا اگر تقصیری وجود دارد، امکان اثبات آن وجود ندارد. به همین دلیل در این مورد باید مسئولیت مدنی بدون تقصیر را پذیرفت و چون از نظر عقلی و علمی امکان وجود رابطه سببیت و علیت بین سبب ظاهری (انتقال خون) و زیان ایجادشده (بیماری ناشی از انتقال خون آلوده) وجود ندارد با نفی سایر اسباب، مسئولیت اشخاص دخیل در این پروسه فرض گرفته می‌شود. ماهیت تعهدات در پروسه انتقال خون برعکس تعهدات پزشکی که بر طبق قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ تعهد به وسیله است، به دلیل ارتباط مستقیم آن با نظم و سلامت عمومی و همچنین پیشرفت تجهیزات و آزمایش‌های تشخیص خون آلوده، تعهد آن به نتیجه است. علیرغم اینکه اکثر حقوقدانان در روند انتقال خون تعهد را به نتیجه می‌دانند، ولی باید بین مواردی که خون آلوده تزریقی، آلوده به میکروب‌هایی است که با آزمایش‌های ساده و به طور معمول قابل تشخیص بوده و همچنین آلوده‌بودن خون به میکروب‌های جدید که باعث بروز بیماری‌های نوظهور گردیده تفکیک و تمییز ایجاد نمود؛ در حالت اول، تعهد آزمایشگاه و سازمان انتقال خون و سایر اشخاص به نتیجه است، ولی نباید در حالت دوم تعهد آن‌ها را به نتیجه، بلکه آن را تعهد به وسیله دانست. با این وصف، مسئولیت اشخاص دخیل در طب انتقال خون اعم از دولت، سازمان انتقال خون، بیمارستان، پزشک، پرستار و آزمایشگاه، علیرغم متفاوت‌بودن حقوق و تکالیف، مشابه می‌باشد و از آنجایی که دولت (سازمان انتقال خون) وظیفه تهیه و توزیع خون و فرآورده‌های خونی را بر عهده دارد، ضامن هر نوع زیانی بوده و مسئولیت نوعی خواهد داشت و باید خسارت ناشی از انتقال خون آلوده را جبران کند. سازمان و مراکز انتقال خون به عنوان مرجع اصلی ذی‌صلاح در تهیه، تأمین و توزیع خون و فرآورده‌های خونی در کشور، در یک قاعده کلی مسئول نظارت بر ایمنی و سلامت این مواد هست و در کنار سایر اشخاص حقیقی و حقوقی دخیل در پروسه ترانسفیوژن به عنوان سبب اصلی مسئول است. هر کدام از این اشخاص نه به عنوان مباشر، بلکه به عنوان سبب مسئول می‌باشند و احراز مسئولیت آن‌ها در کنار هم در واقع جمع اسباب می‌باشد، زیرا خسارت ناشی از انتقال خون آلوده

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

نه به طور مستقیم، بلکه به سبب سهل‌انگاری آن‌ها در تشخیص درست اعم از نوع بیماری و یا خون سالم خواهد بود. اگر آزمایشگاه در روند انجام آزمایش و مراحل تشخیص سهل‌انگاری نماید و میکروب‌هایی که به طور معمول با وجود تجهیزات موجود قابل تشخیص است را تشخیص ندهد و بیمارستان به دلیل اینکه اقدامات متعارف را برای درمان این نوع بیماری‌ها به کار نگرفته و دردی بر دردهای بیمار اضافه کرده که در برخی موارد لاعلاج و یا متضمن تحمیل هزینه‌های هنگفتی بر بیمار می‌باشد، مسبب انتقال خون آلوده و مسئول خواهند بود و به همین جهت باید در این پروسه همه این اشخاص را به میزان تأثیر خود مسئول دانست.

مشارکت نویسندگان

احمد امی: جمع‌آوری و تحلیل مطالب و نتیجه‌گیری.

هانیه محمودزاده: جمع‌آوری و تحلیل مطالب.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

در این مقاله، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

References

1. Al-Fazl M. Al-Qawanin fi al-A'za al-Bashriyyah. 1st ed. Baghdad: al-Dar al-Qanuniyyah; 1990. p.7. [Arabic]

2. Leveton L, Sox HC, Stoto MA. HIV and the Blood Supply: An Analysis of Crisis Decisionmaking. Washington, DC: National Academy Press; 1995. p.203.

3. Krever H. Commission of Inquiry on the Blood System in Canada. Ottawa: Canadian Government Publishing; 1997. Vol.3 p.251.

4. Feldman EA, Bayer R. Blood Feuds: AIDS, Blood, and the Politics of Medical Disaster. New York: Oxford University Press; 1999. p.159.

5. Archer P, Jones N, Willetts J. Independent Public Inquiry Report on NHS Supplied Contaminated Blood and Blood Products. London: Archer Inquiry; 2009. p.1-120.

6. Bray TJ, Salil P, Weiss HA, Porter JD. Intervention to promote appropriate blood use in India. Transfusion Medicine. 2002; 12(6): 357-366.

7. Starr D. Blood: An Epic History of Medicine and Commerce. New York: Alfred A. Knopf; 1998. p.218.

8. Hillyer CD, Blumberg N, Glynn SA, Murphy MF, Slichter SJ, Busch MP, et al. Transfusion recipient epidemiology and outcomes research: Possibilities for the future. Transfusion. 2008; 48(8): 1530-1537.

9. Blajchman MA. Landmark studies that have led to improved blood safety over the last 35 years. Transfusion. 2005; 45(6): 1023-1030.

10. Davis RE, Vincent CA, Murphy MF. Blood transfusion safety: the potential role of the patient. Transfusion Medicine Reviews. 2011; 25(1): 12-23.

11. Callum JL, Lin Y, Lima A, Selleng K, Fung MK, Murphy MF. Transitioning from "blood" safety to "transfusion" safety: Addressing the single biggest risk of transfusion. ISBT Science Series. 2011; 6(1): 96-104.

12. Raffensperger C, Tickner J, editors. Protecting Public Health and the Environment: Implementing the Precautionary Principle. Washington, DC: Island Press; 1999. p.301.

13. de Sadeleer N. The precautionary principle in EC environmental and health law. European Law Journal. 2006; 12(2): 139-172.

14. Vogel D. The hare and the tortoise revisited: The new politics of consumer and environmental regulation in Europe. British Journal of Political Science. 2003; 33(4): 557-580.

15. Wiener JB, Rogers MD. Comparing precaution in the United States and Europe. Journal of Risk Research. 2002; 5(4): 317-349.

16. Sunstein CR. Laws of Fear: Beyond the Precautionary Principle. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. p.84.

17. Wilson K, Ricketts MN. The success of precaution? Managing the risk of transfusion transmission of variant Creutzfeldt-Jakob disease. Transfusion. 2004; 44(10): 1475-1478.

18. Wilson K. A framework for applying the precautionary principle to transfusion safety. Transfusion Medicine Reviews. 2011; 25(3): 177-183.

19. Arrow KJ. Gifts and exchanges. Philosophy and Public Affairs. 1972; 1(4): 343-362.

20. Singer P. Altruism and commerce: A defense of Titmuss against Arrow. Philosophy and Public Affairs. 1973; 2(3): 312-320.

21. Sapolsky HM, Finkelstein SN. Blood policy revisited: a new look at "the gift relationship". The Public Interest. 1977; 46(1): 15-27.

22. Plant R. Gifts, exchanges and the political economy of health care. Part 1: Should blood be bought and sold? Journal of Medical Ethics. 1977; 3(4): 166-173.

23. Drake AW, Finkelstein SN, Sapolsky HM. The American Blood Supply. Cambridge: MIT Press; 1982. p.189.

24. Bovens M, Hart P, Peters BG, editors. Success and Failure in Public Governance: A Comparative Analysis. Cheltenham: Edward Elgar; 2001. p.128.

25. Waldby C, Mitchell R. Tissue Economies: Blood, Organs, and Cell Lines in Late Capitalism. Durham: Duke University Press; 2006. p.175.

26. Healy K. Last Best Gifts: Altruism and the Market for Human Blood and Organs. Chicago: University of Chicago Press; 2006. p.15-22.

27. Tutton R. Gift relationships in genetics research. Science as Culture. 2002; 11(4): 524-542.

28. Dickenson D. Consent, commodification and benefit-sharing in genetic research. Developing World Bioethics. 2004; 4(2): 109-124.

29. Busby H. Biobanks, bioethics and concepts of donated blood in the UK. Sociology of Health and Illness. 2006; 28(6): 850-865.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد.

30. Feldman EA. Blood justice: courts, conflict and compensation in Japan, France and the United States. Law and Society Review. 2000; 34(3): 651-701.

31. Rueda A. Rethinking blood shield statutes in view of the hepatitis C pandemic and other emerging threats to the blood supply. Journal of Health Law. 2001; 34(3): 419-458.

32. Goldberg R. Paying for bad blood: strict product liability after the Hepatitis C litigation. Medical Law Review. 2002; 10(2): 165-200.

33. Fidler DP, Gostin LO. The new International Health Regulations: an historic development for international law and public health. Journal of Law, Medicine and Ethics. 2006; 34(1): 85-94.

34. Lashgarara M, Kimiafar K. Comparing patient rights in several advanced countries and presenting a model for Iran. Health Information Management. 2011; 8(2): 159-170. [Persian]

35. Kazemi M. Civil liability due to transfusion of contaminated blood. Law Quarterly. 2007; 37(3): 221-244. [Persian]

36. The Simcoe Reformer. 2006. p.4.

37. Chase S. The bloody truth: Examining America's blood industry and its tort liability through the Arkansas prison plasma scandal. William and Mary Business Law Review. 2012; 3(2): 597-638.

38. Lazzarini Z. Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic. Oxford: Oxford University Press; 1997. p.29.

39. Nasiri M. The rights of patients in the use of blood products. Medical Law Quarterly. 2014; 8(28): 111-137. [Persian]

40. Katouzian N. Civil Law: Non-Contractual Obligations, Forced Guarantee. Tehran: University of Tehran Press; 1995. Vol.1 p.276-436. [Persian]

41. Fatwa of Grand Ayatollah Alavi Gorgani; 2014. [Persian]

42. Ghamami M. Civil Responsibility of the Government. Tehran: Justice Press; 1997. p.83-89. [Persian]

43. Poole v. Alpha Therapeutic Corp., 698 F. Supp. 1367 (N.D. Ill.); 1988. p.1367-1372.

44. Hensler DR, Dombey-Moore BL, Golinelli D, Gross EB, Moller E, Lind EA. Class Action Dilemmas: Pursuing Public Goals for Private Gain. Santa Monica: RAND Corporation; 2000. p.196.

45. Klein AR. A legislative alternative to "no cause" liability in blood products litigation. Yale Journal on Regulation. 1995; 12(1): 107-138.

46. Salehi H, Abbasi M. Examining the nature of medical obligations and its effects in the light of a comparative study. Medical Law Quarterly. 2011; 5(16): 39-65. [Persian]

47. Salehi H. Civil Liability Arising from the Treatment Process. 1st ed. Tehran: Legal Publications; 2013. p.171-176. [Persian]

48. Viney G, Jourdain P. Translation of the Principles of Civil Responsibility. Translated by Adib M. 1st ed. Tehran: Mizan Publications; 2013. p.189. [Persian]

49. Mortazavi S. Laws of Obligations: Obligations by Means and as a Result. 1st ed. Tehran: Jangal Publications; 2019. p.38-166. [Persian]

50. Jones MA. Medical Negligence. 3rd ed. London: Sweet and Maxwell; 2003. p.64-67.

51. Kazemi M. Civil liability arising from medical procedures (with a comparative study). PhD Thesis. Tehran: University of Tehran; 2004. [Persian]

52. Abbasi M, Pourfathollah AA, Asghari A. Legal analysis of ethical codes of blood donation and transfusion. Medical Law Quarterly. 2013; 7(26): 151-178. [Persian]

53. Abd al-Zahir Hossein M. Tabi'at Ziman al-Tabib fi al-Fiqh al-Islami wa al-Qanun al-Wad'i. Cairo: Dar al-Nahdah al-Arabiyyah; 1992. p.74. [Arabic]

54. Jafaritabar H. From the Sleeves of Physicians: A Discourse on Civil Liability of Doctors. Kanoon Vokala Journal. 2007; (41): 55-86. [Persian]

55. Al-Shorabi AH. The Responsibility of Doctors and Hospitals. Alexandria: Munsha'at al-Ma'arif; 1998. p.90. [Arabic]

56. Jamal al-Din Zaki M. Problems of Civil Responsibility. 1st ed. Cairo: Cairo University Press; 1978. p.394. [Arabic]

57. Al-Jamili AO. Al-Khata fi al-Mas'uliyyah al-Tibbiyyah al-Madaniyyah. 1st ed. Amman: Dar al-Thaqafa for Publication and Distribution; 2009. p.225. [Arabic]

58. Shoja Pourian S. Contractual Responsibility of the Doctor towards the Patient. 1st ed. Tehran: Ferdowsi Publishing House; 2010. p.176-177. [Persian]

59. Abdur Rahman MA. Obligation to the Islamic Guarantee and its Applications in Some Contracts. Cairo: Dar al-Nahdah al-Arabiyyah; 1985. p.21-131. [Arabic]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

60. Savatier R. Traité de la responsabilité civile en droit français. 2nd ed. Paris: LGDJ; 1956. p.218. [French]

61. Abbasi M. The responsibility of the medical team in surgery. Judicial Law Journal. 2006; 70(54): 59-78. [Persian]

62. Katouzian N. Civil Rights: Certain Contracts. 4th ed. Tehran: Bahman Barna Publications; 1993. Vol.1 p.417. [Persian]

63. Adams KW, Tolich D. Blood transfusion: The patient's experience. American Journal of Nursing. 2011; 111(9): 24-30.

64. Kennedy I, Grubb A. Medical Law. 3rd ed. London: Butterworths; 2000. p.345-350.

65. Katouzian N. Liability Due to Production Defect. Tehran: University of Tehran Publications; 2004. p.87. [Persian]

66. Fatwa of Grand Ayatollah Sobhani; 2015. [Persian]

67. Memeteau G. Traité de droit médical. 2nd ed. Paris: Litec; 2000. p.334. [French]

68. Al-Hayari AH. Al-Mas'uliyyah al-Madaniyyah for the Doctor. 1st ed. Amman: Dar al-Taqwa for Publishing and Distribution; 2008. p.49-50. [Arabic]

69. Al-Abrashi HZ. Responsibilities of Doctors and Surgeons. Cairo: Dar al-Nashr for al-Jami'at al-Arabiyyah; 1951. p.86. [Arabic]

70. Mansour MH. Al-Mas'uliyyah Al-Tibbiyyah. Alexandria: Dar al-Jami'ah al-Jadidah Publishing House; 1999. p.232. [Arabic]

71. Abbasi M. Legal Developments in Medical Responsibility. 1st ed. Tehran: Law Publications; 2004. p.32. [Persian]

72. Ebert C, Keyserlingk EW. The precautionary principle and medical practice: Applying the principle to clinical scenarios. Journal of Medicine and Philosophy. 2001; 26(5): 489-504.

73. Abbasi M. Collection of Medical Law Articles. 1st ed. Tehran: Legal Publications; 2013. Vol.1 p.45. [Persian]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد