

مسئولیت مدنی پزشک در قبال بیماران اورژانسی

(با مطالعه تطبیقی حقوق ایران و انگلستان)

ابراهیم تقی زاده^۱

محمود عباسی^۲

سحر علیپور^۲

چکیده

در این مقاله، کوشش شده است تا موضوع مهمی چون مسئولیت مدنی پزشک در قبال بیماران اورژانسی (آن هم به شکلی تطبیقی) برای نخستین بار در ادبیات حقوقی کشورمان به نحو مستقل مورد بررسی قرار گیرد. جهت دستیابی به این مهم، مسئولیت مدنی پزشک در قبال بیماران اورژانسی از دو بعد مورد بررسی قرار گرفته است: الف: مسئولیت مدنی پزشک در قبال ترک نجات یا امتناع از درمان بیماران اورژانسی؛ ب: مسئولیت مدنی پزشک در ازای قصور در درمان بیماران اورژانسی.

یافته های پژوهش نشان می دهد که بر اساس ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی، صرف ترک نجات جان یا امتناع از درمان بیماران اورژانسی توسط پزشک (ترک فعل) از مصادیق بارز تقصیر به شمار می آید و مسئولیت مدنی پزشک را به دنبال خواهد داشت. و چنانچه از این ترک فعل نتیجه مجرمانه ای چون فوت یا نقص عضو نیز حادث شود پزشک به دلیل سهل انگاری بر اساس مواد ۲۹۵ و ۴۵۰ ق.م.ا ضامن خواهد بود.

۱- دانشیار، گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- دانشجوی دوره دکتری حقوق خصوصی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: Alipor.sahar@gmail.com

از طرفی هرچند بر اساس قانون، اخذ رضایت به درمان و جراحی در فوریت‌های پزشکی از بیمار یا ولی وی (در صورت در دسترس نبودن) لازم نیست لیکن چنین استثنائی مجوز تقصیر نخواهد بود فلذا پزشک در صورت تقصیر در جریان درمان یا جراحی بر اساس مواد ۴۹۷-۴۹۵ و ۴۵۰ ق.م.ا. مسؤولیت مدنی خواهد داشت.

در نظام حقوقی انگلستان نیز به دلیل فقدان قوانین موضوعه اصل بر عدم مسؤولیت تارک فعل (پزشک) در قبال نجات بیماران اورژانسی است. با وجود این رویه-های قضایی متفاوت در این کشور نشان می‌دهد امروزه بر این اصل استثنائاتی مبنی بر پذیرش وجود یک «رابطه خاص» (میان پزشک و بیمار) وارد شده است. بعلاوه پزشکان در طول درمان موظف به رعایت یک استاندارد مراقبتی هستند؛ با وجود این، رویکرد دادگاه‌ها بر اساس طبقه بندی بیماران به بیماران غیر هوشیار اورژانسی و هوشیار اورژانسی، متفاوت است.

واژگان کلیدی:

بیماران اورژانسی، مسؤولیت مدنی، تقصیر، نظام حقوقی انگلستان

مقدمه

از جمله بارزترین اعمال نیکوکارانه و حیاتی که مهمترین جنبه وجودی یک انسان یعنی زندگی او و نهایتاً بقاء جامعه در گرو آن است نجات جان دیگری از خطری است که وی را در حالت اضطراری و اورژانسی قرار داده است؛ این عمل مورد تاکید فراوان اخلاق و تعالیم دینی است؛ بخصوص زمانی که نجات دهنده شخصی باشد که بر اساس قانون و شرع به نجات و درمان چنین شخصی متعهد باشد.

به طور کلی یاری رساندن و کمک به یکدیگر و بخصوص زمانی که جان یک انسان در خطر است صرفاً به افکار عمومی محدود نیست بلکه از آنجا که در آن از روابط آدمیان و مهمتر از آن رابطه پزشک و بیمار با یکدیگر سخن می رود و به ویژه مهمترین جنبه وجودی یک انسان یعنی حیات و ممت وی در گرو آن است با علم حقوق نیز پیوندی ناگسستنی می یابد. لذا بر مقلن است تا بدان عنایت نموده و ضمن بررسی موشکافانه جنبه های مختلف مسئله و تعیین تکلیف در مورد هر یک، به این رابطه نظمی در خور و هماهنگ با مصالح و محدودیت ها عطا کند.

با وجود آنکه این مسئله مدت ها است مورد توجه حقوقدانان و اندیشمندان غربی و به ویژه آمریکایی ها و انگلیسی ها بوده و از شروع بررسی ها و مجادلات پیرامون مسؤولیت پزشک در قبال بیماران اورژانسی در کشور آمریکا بیش از یک قرن می گذرد و به تبع آن در دادگاههای کشور انگلستان، این موضوع چند دهه- ای را پشت سر می گذارد (Woozley, 1983, p273). لیکن در کشور ما وضع به گونه ای دیگر است چرا که این مسئله با وجود اهمیت آن و ارتباط مستقیمش با

جان انسانها و حتی اختصاص چند متن قانونی بدان در نوشته های حقوقی و رویه قضایی آنچنان که شایسته است راه نیافته است.

به طور کلی پذیرش و اعمال مسؤولیت مدنی برای پزشک در قبال بیماران اورژانسی از دو بعد قابل بررسی است:

بعد اول: مسؤولیت مدنی پزشک در قبال ترک نجات یا امتناع از درمان بیماران اورژانسی

بعد دوم: مسؤولیت مدنی پزشک از باب قصور در جریان درمان بیماران اورژانسی

الف - مفهوم شناسی موضوع

۱- مفهوم مسؤولیت^۱

مسؤولیت در لغت به معنی مؤاخذه، بازخواست، مورد پرسش و سؤال واقع شدن است و غالباً به مفهوم تفکیک وظیفه و آنچه که انسان عهده‌دار و مسؤول آن باشد آمده است (عمید، ۱۳۶۵ش، ص ۲۳۴).

در اصطلاح، تعهد قانونی شخص به دفع ضرری است که وی به دیگری وارد آورده است خواه این ضرر ناشی از تقصیر وی باشد یا از فعالیت او ایجاد شده باشد؛ در واقع مسؤولیت رابطه‌ای حقوقی است که ناشی از فعل یا ترک زیان آور باشد. این رابطه از طریق ایفای تعهد مسؤول یا اجرای کیفر درباره او زایل می‌گردد (جعفری لنگرودی، ۱۳۷۸ش، ص ۳۳۲۴).

۲- مفهوم مسؤولیت مدنی^۲

مسؤولیت مدنی به عنوان شاخه ای از مسؤولیت حقوقی، عبارت است از تعهد و الزامی که شخص به جبران زیان وارد شده به دیگری دارد اعم از اینکه

زیان مذکور در اثر عمل شخص مسؤول یا عمل اشخاص وابسته به او و یا ناشی از اشیاء و اموال تحت مالکیت یا تصرف او باشد (حسینی نژاد، ۱۳۷۰ش، ص ۱۳). از دیرباز این به عنوان یک واقعیت شناخته شده که هر کس به دیگری ضرری وارد کند بایستی جبران نماید (بابایی، ۱۳۸۵ش، ص ۸۹). هم چنین است مسؤولیت شخص در اثر تخلف از انجام تعهدات ناشی از قرارداد (الهی منش، ۱۳۸۵ش، ص ۴۶). در هر موردی که شخص موظف به جبران خسارت دیگری باشد در برابر او مسؤولیت مدنی دارد یا ضامن است.

۳- مسؤولیت پزشکی^۲

عبارت است از الزام پزشک به جبران خسارت ناشی از جرم و خطا یا ضرری که در نتیجه اقدامات پزشکی یا عدم اقدام به موقع به دیگری وارد کرده است (عباسی، ۱۳۸۹ش، الف، ص ۲۴).

۴- مفهوم فوریت^۴

فوریت به معنای فوری بودن، آنکه چیزی به عجله، آمده است (دهخدا، ۱۳۷۳ش، ص ۱۷۲۳۶). واژه فوری نیز بدین گونه معنا شده است: آنچه که اجرای آن به سرعت انجام گیرد، به سرعت، سریعاً، فوراً، برفور، بفوریت (دهخدا، ۱۳۷۳ش، ص ۱۷۲۳۶).

از لحاظ پزشکی فوریت‌ها عبارتند از مراقبت هایی که هنگام وقوع حوادث برای جلوگیری از مرگ یا تقلیل درد و رنج و پیشگیری از صدمات و عوارض بعدی برای مجروح یا مصدوم به عمل می‌آید (غفاری، شمس علی نیا، ۱۳۸۵ش، ص ۶۰). بدین ترتیب می‌توان عمل جراحی یا طبی فوری را از آن دسته اعمال پزشکی دانست که عدم انجام آن فوت یا ضرر به سلامتی بیمار را به دنبال خواهد داشت (آموزگار، ۱۳۸۵ش، ص ۱۳۲).

۴- مصادیق فوریت

بر اساس ماده یک آیین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی، فوریت‌های پزشکی تعریف شده است. از طرف دیگر ماده ۲ آیین نامه مذکور مصادیق فوریت‌های پزشکی را بیان کرده است. بر اساس این ماده، «فوریت‌های پزشکی (اورژانس) شامل موارد زیر می‌شود: ۱. مسمومیت‌ها ۲. سوختگی‌ها ۳. زایمان‌ها ۴. صدمات ناشی از حوادث و سوانح و وسائط نقلیه ۵. سکت‌های قلبی و مغزی ۶. خونریزی‌ها و شوک‌ها ۷. اغماء ۸. اختلالات تنفسی شدید و خفگی‌ها ۹. تشنجات ۱۰. بیماری‌های عفونی خطرناک مانند مننژیت‌ها ۱۱. بیماری‌های نوزادانی که نیاز به تعویض خون دارند ۱۲. سایر مواردی که در شمول تعریف ماده ۱ قرار می‌گیرد».

بنابراین با مذاقه در بند ۱۲ همین ماده می‌توان نتیجه گرفت که موارد فوریت مذکور در ماده ۲ احصائی نیست و از باب تمثیل است.

ب- قلمرو مسؤولیت مدنی پزشک در قبال بیماران اورژانسی

واضح است زمانی که بیمار با مراجعه اختیاری و انتخاب خود به پزشک مراجعه می‌کند قراردادی بین او و پزشک به وجود می‌آید که مناقشه‌ای در آن نیست اما در خصوص دسته‌ای از بیماران که به صورت بیهوش به بیمارستان برده می‌شوند یا اتفاقاً در یک حادثه پزشک بر بالین آنها حاضر می‌شود و بیمار هیچ گونه اختیاری در انتخاب پزشک خود ندارد وضعیت به گونه‌ای دیگر است.

به طور مثال می‌توان از پزشکی گفت که بعضی از عابرین او را دعوت می‌کنند یا بر اثر برخوردی که شخصاً برای او پیش می‌آید برای کمک به مجروحی که در حادثه‌ای در جاده عمومی مصدوم شده و بیهوش است، مداخله می‌کند. یا

حالتی که بیمار در بیمارستانی بستری می شود ولی پزشکی را که بر وی عمل جراحی انجام می دهد نمی شناسد و همینطور بیمار اورژانسی که پزشک معالج خویش را انتخاب نمی نماید. در این حالات مسؤولیت پزشک، قراردادی است یا قهری؟

برای جواب دادن به این سؤال بایستی رابطه پزشک با بیمار را در دو حالت مختلف تحلیل نمائیم تا معلوم شود که بین آنها رابطه یا قراردادی وجود دارد یا خیر؟

۱- حالت مداخله پزشک به میل شخصی یا به دعوت کسانی که با بیمار رابطه ای ندارند(دعوت عموم):

بر اساس ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴ هرگاه فردی در معرض خطر جانی باشد دیگران مکلف هستند به وی کمک نمایند و اگر به این وظیفه وجدانی خود عمل نکنند قانون آنان را مجازات خواهد کرد. پزشکان به مناسبت دانش، تخصص و حرفه خاص خود می توانند مفیدتر واقع شوند. لذا بایستی اقدامات و کمکهای اولیه را انجام دهند و الا با مجازات شدیدتری مواجه خواهند شد. حقیقتاً پزشکان از اداء این تعهد انسانی و قانونی خویش غفلت نخواهند کرد. اما صرف قبول ایشان به انجام معالجه، عملی قانونی است که قانون شروط و آثار آن را تنظیم نموده است و بایستی بیان کنیم که چگونه و چه موقع پزشک مسؤول است؟

غالباً دخالت پزشک بنا به دعوت مردم صورت می گیرد و در چنین صورتی محلی برای گفتن این که بین پزشک و دعوت کنندگان قرارداد وجود دارد، نیست؛ زیرا این فرضی به دور از واقعیت است که بگوئیم دعوت کننده قصد داشته است به جهت مصلحت بیمار با پزشک قراردادی ببندد بلکه دعوت او امیدی صرف

به پزشک است که عنایت و مراقبت خویش را شامل صدمه دیده بنمایند و به طریق اولی قراردادی بین پزشک و صدمه دیده وجود ندارد (السنهوری، ۱۹۴۶م.). در مواردی نیز که پزشک از کنار حادثه‌ای عبور می‌نماید و خود شخصاً مداخله پزشکی می‌نماید با توجه به اوضاع و احوال و طبیعت رابطه نمی‌شود گفت که قراردادی وجود دارد.

اکنون که قائل به عدم وجود قرارداد فیما بین پزشک و صدمه دیده شده‌ایم به عقیده برخی نویسندگان امکان توصیف رابطه آنها جز در قالب اداره فضولی مال غیر وجود ندارد (عباسی، ۱۳۷۷ش، ص ۱۱۹). البته از ظاهر ماده ۳۰۶ قانون مدنی ایران چنین بر می‌آید که اداره فضولی ویژه امور مالی است و احکام آن در مواردی که خدمتی به سود دیگری انجام می‌شوند و ارتباط به اموال او ندارد، اجرا نمی‌گردد. اما با توجه به مبنای حکم ماده ۳۰۶ که تقویت همبستگی اجتماعی و تشویق مردم به یاری کردن همدیگر می‌باشد و قوی تر بودن این مبانی در امور غیر مالی بخصوص حفظ سلامتی و جان افراد، باید از این ظاهر در گذشت و قلمرو این نهاد را به امور مادی محدود نکرد.

البته باید گفت رویه قضایی تا کنون نسبت به سرایت دادن حکم ماده ۳۰۶ق.م به موارد غیرمالی مستقر نشده و نظریه مذکور به رغم قابل دفاع بودن جنبه عملی به خود نگرفته است. حتی با فرض پذیرش اینکه رابطه پزشک و بیمار در مثال فوق از مصادیق اداره مال غیر باشد در حال حاضر و با توجه به رویه قضایی، این رابطه صرفاً مراجعه پزشک به بیمار و مطالبه هزینه‌های درمان را توجیه می‌کند اما در هر صورت چنانچه پزشک در معالجات خود باعث ورود خسارت جانی به بیمار شود به حکم قانون مجازات اسلامی ضامن است و ارتباطی به رابطه حقوقی وی با بیمار و ماده ۳۰۶ ندارد.

پزشک به موجب تعهدات شغلی که دارد موظف به مواظبت و احتیاط و رعایت نظامات شغلی می باشد و در صورتی که در چنین حالتی مرتکب تعدی و تفریط شود با عنایت به عدم وجود قرارداد، مسؤولیت وی، قهری می باشد.

۲- حالت پزشک معین شده از جانب بیمارستان یا شرکتها و

کارخانه‌ها:

گاهی پیش می آید که پزشکی در یک بیمارستان یا شرکت یا کارخانه‌ای عقد اجاره‌ی خدمات منعقد می نماید و به معالجه بیمارانی که به آن بیمارستان مراجعه یا به شکل اورژانسی برده می‌شوند، می پردازد. در این حالت شکی در وجود قرارداد پزشک و مؤسسه یا شخصی که با او قرارداد بسته است، وجود ندارد و آن قرارداد روابط دو جانبه و حدود تعهدات طرفین را تعیین می کند. اما پزشک در اجرای این قرارداد روابطی با بیماران برقرار می نماید و باید دید که ماهیت حقوقی این رابطه چگونه است؟

قراردادی که بیمار با بیمارستان منعقد می کند غیر از پیمانی است که با پزشک می بندد؛ موضوع قرارداد با بیمارستان عرضه خدمات معمول به بیمار است مثل آنکه پزشک به موقع بر بالین بیمار حاضر شود، بیمار بطور مناسب تغذیه شود، تخت مناسبی برای او آماده گردد و داروها نیز به موقع به او داده شود اما موضوع قرارداد با طبیب، انجام دادن عملیات پزشکی بر روی بیمار است، مثل تشخیص بیماری، درمان آن و عمل جراحی.

در مواردی که پزشک در استخدام بیمارستان یا شرکتی است و بیمار هم با آن بیمارستان قرارداد بسته پزشک ملتزم به ارائه خدمات خویش به اشخاصی است که با آنها هیچگونه ارتباط قراردادی ندارد؛ بیمار نیز خود را جهت معالجه در اختیار شخصی قرار می‌دهد که وی را انتخاب نکرده است و ملزم به مراجعه به وی

است. در این مواقع بر طبق قرارداد بیمار با بیمارستان، به نظر می‌رسد مدیر بیمارستان (یا رئیس و مدیر شرکتی که پزشک در آن استخدام است) مسؤول تقصیر و یا زیانی است که از ناحیه پزشک و سایر کارکنان به بیمار مراجعه کننده وارد می‌شود. مثلاً چنانچه پرستار بدون رعایت دستور پزشک آمپولی را در رگ تزریق کند یا دارویی را به اشتباه به بیمار بدهد، رئیس بیمارستان از باب کارفرما بودن، مسؤول است (صالحی، فلاح، ۱۳۹۱ش، صص ۷۹-۸۰).

طبق نظری دیگر در چنین شرایطی ماهیت رابطه بیمار و پزشک بر اساس تعهد به نفع شخص ثالث، قراردادی است (شجاعپوریان، ۱۳۷۳ش، صص ۴۸). به این بیان که رابطه پزشک و بیمار نتیجه عقد اجاره اشخاص است که فیما بین پزشک و صاحب کارگاه یا بیمارستان منعقد شده است و پزشک در مقابل صاحب کارگاه یا رئیس بیمارستان تعهد دارد که به نفع و مصلحت بیمار (ثالث) کاری را انجام دهد و بیمار است که از شرط منتفع می‌گردد. لذا بیمار می‌تواند دعوی مستقیم بر علیه متعهد (پزشک) برای اجرای تعهد خویش اقامه نماید و مسؤولیت پزشک در چنین حالتی مسؤولیت قراردادی و ماهیت آن «اجاره اشخاص» است (حکیم، بی تا، صص ۲۲۳، گیلانی قمی، ۱۳۷۱ش، صص ۴۵۵). و گروهی آنرا در قالب «عقد نامعین» تعریف می‌کنند (محقق داماد، ۱۳۸۹ش، صص ۱۳۵).

به نظر می‌رسد چنین تعبیری مبنی بر قراردادی دانستن این رابطه خالی از اشکال نمی‌باشد زیرا حقیقتاً پزشک هیچ رابطه قراردادی با بیمار نداشته و نمی‌توان گفت که در قرارداد پزشک با بیمارستان تعهدی ضمنی به نفع بیماران شده است، هر چند که مسلماً حرفه پزشکی مقتضی در نظر گرفتن مصلحت بیمار در همه شرایط است. همان گونه که بعضی حقوقدانان به صراحت آنرا پذیرفته‌اند (ابوعزه، ۱۴۱۱ه، صص ۵۱).

ج- مسؤولیت مدنی پزشک در قبال ترک نجات یا امتناع از درمان بیماران اورژانسی

در مقابل خطاهای فنی که از نقض اصول و مقررات شغلی و حرفه‌ای به وجود می‌آید و موجب مسؤولیت پزشک می‌گردند خطاهای دیگری نیز وجود دارند که فی‌ذاته مرتبط با اصول پزشکی نبوده بلکه بعضی به ماهیت رابطه بین پزشک و بیمار بر می‌گردند و بعضی منشا اخلاقی داشته و مطابق قانون، موجب مسؤولیت پزشک می‌شوند (البیه، ۱۹۹۳م، ص ۲۰۵).

نظر غالب در بین حقوقدانان نیم قرن اخیر این بوده که به طور کلی پزشک ملزم به قبول دعوت بیمار یا نزدیکانش نمی‌باشد و مانند بقیه افراد آزادی کامل در ممارست به حرفه خود داشته بنابراین التزامی در پذیرفتن معالجه نداشته و از این جهت مسؤول نمی‌باشد این نظر منطبق با مکتب حقوق فردی است (همان، ص ۱۳۵).

به طور کلی در جایی که پزشکی از روی رضایت و به اختیار با انعقاد قراردادی معاینه و درمان بیماری را بر عهده گرفته باشد، تردیدی در مکلف بودن وی به اجرای تعهدات قراردادی خود وجود ندارد. از همین رو در پذیرش مسؤولیت مدنی وی نیز در فرض ارتکاب تقصیر در انجام وظایفش تشکیک جدی نگردیده است اما آیا چنین سخنی در خصوص بیماران اورژانسی نیز صدق می‌کند؟

بر اساس بند اول ماده واحده، «هر کس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن

جلوگیری کند، بدون این که با این اقدام خطری متوجه خود او یا دیگران شود و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک، از اقدام به این امر خودداری نماید، به حبس جنحه ای تا یکسال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد».

از طرفی در ماده واحده برای سه گروه مجازات مشدده در نظر گرفته شده است:

۱- کسانی که به اقتضای حرفه خود می توانند کمک موثری بنمایند: مجازات اینان حبس جنحه ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال تعیین گردیده است. مثال بارز این گروه پزشکان و پرستاران هستند.

۲- مسولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی: این اشخاص اگر از پذیرفتن شخص آسیب دیده و اقدام به درمان یا ارایه کمک های اولیه به او امتناع نمایند، به حداکثر مجازات مذکور در فوق محکوم می شوند.

۳- کسانی که حسب وظیفه و قانون مکلفند به اشخاص آسیب دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند، کمک نمایند: اینان اگر از اقدام لازم و کمک به آن ها خودداری کنند به حبس جنحه ای از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد. مثال بارز این اشخاص پلیس و آتش نشانان هستند.

بر این اساس، تکلیفی عام بر عهده کلیه شهروندان و از جمله پزشکان مبنی بر نجات دادن جان افراد در معرض مخاطره نهاده شده و وظیفه آنان تابع مقررات و شرایط یکسانی با سایر شهروندان است.

تنها تفاوت با سایرین در این است که در ماده واحده برای پزشکان ناقض این تکلیف مجازات کیفری شدیدتری نسبت به دیگران مقرر گردیده است. توضیح آن

که مطابق قانون موصوف در مواردی که تحت شرایط مندرج در این ماده واحده تکلیفی مبنی بر یاری رساندن به وجود آید و مکلف از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می‌توانسته کمک موثری بنماید و چنین نکند به جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال و یا به حبس از سه ماه تا دو سال محکوم خواهد شد. علاوه بر این هرگاه کسانی که بر حسب وظیفه مکلفند به اشخاص آسیب دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند از اقدام لازم و کمک به آن‌ها خودداری کنند مطابق بند دوم همین ماده واحده به حبس جنحه ای از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد. همان گونه که ملاحظه می‌شود در بند دوم مجازات باز هم شدیدتر در نظر گرفته شده است. سئوالی که مطرح می‌شود این است که پزشک متخلف مشمول کدامیک از این دو مجازات است؟

به نظر می‌رسد باید میان دو فرض تفکیک قایل شد. در جایی که پزشکی بر اساس قراردادی در برابر بیماری موظف به معالجه نمودن و کمک به وی باشد و چنین نکند مشمول بند دوم و مجازات شدیدتر است. همچنین است پزشکانی که در بیمارستان‌ها مشغول به خدمت هستند. اما پزشکی که تصادفاً و بدون قرارداد قبلی بر سر بالین بیمار یا مصدومی حاضر می‌شود وی تنها به اقتضای حرفه خود متعهد به کمک نمودن است و در نتیجه در صورت تخلف مشمول مجازات اولی خواهد بود.

اما در مورد مسؤولیت مدنی پزشکان بابت ترک نجات بیماران باید اظهار داشت که دادگاه می‌تواند نظر به تخصص و حرفه یک پزشک و این که انتظار جامعه از او در این مواقع اضطراری بیش تر از سایرین است و احتمالاً قادر به رایه کمک های موثرتری است و به همین دلیل هم مقنن مسؤولیت کیفری شدیدتری برای او در نظر گرفته مسؤولیت بیش تری در جبران خسارات قربانی در مقایسه

با افراد عادی بر عهده وی گذارد؛ منتها نباید از یاد برد که تحمل مسؤولیت کیفری و مدنی افزون تر بر عهده پزشکان در مواردی مجاز است که آنان می-توانستند به اقتضای حرفه و تخصص خود کمک موثری بنمایند. در غیر این صورت تکلیف و مسؤولیت آنان تفاوتی با سایرین ندارد.

سوال آخر اینک:

اگر در صورت عدم انجام وظیفه قانونی پزشک، بیمار اورژانسی فوت نماید و پزشکی قانونی علت مرگ بیمار را عدم اقدام به موقع پزشک عنوان نماید تکلیف دادگاه صادر کننده حکم چیست؟ آیا بایستی با استناد به بند ۲ ماده واحده حکم مقتضی را صادر نماید یا با توجه به فوت بیمار مکلف است با استناد به قانون دیات مبادرت به صدور حکم نماید؟

با توجه به فوت بیمار به نظر می‌رسد بر اساس قانون مجازات اسلامی چون جنایت به سبب تقصیر مرتکب واقع شده شبه عمدی بوده زیرا بر اساس تبصره ماده ۱۴۵ تقصیر اعم است از بی احتیاطی و بی مبالاتی. از طرفی بر اساس ماده ۴۵۰ قانون مجازات اسلامی، مجازات جنایت شبه عمدی دیه است. بایستی متذکر شد که موضوع معنونه از مصادیق عمل واحد دارای عناوین متعدد جزایی نمی-باشد چرا که قانون گذار براساس بند ۲ ماده واحده صرف خودداری از انجام وظیفه کسانی که بر حسب قانون مکلفند به اشخاص آسیب دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند را، جرم تلقی و آن را قابل مجازات می‌داند حال چنانچه از ترک فعل پزشک نتیجه ای واقع شود به آن ترک فعل دارای نتیجه یا جرم ناشی از ترک فعل می‌گویند، مثل همان امتناع پزشک و نهایتاً مرگ بیمار. در این صورت مسؤولیت پزشک مشمول ماده ۲۹۵ و ۴۵۰ قانون مجازات و دیه خواهد بود (عباسی، احمدی، بداشتی، ۱۳۹۲ش، ص ۴۱). (در ماده ۲۹۵

می‌خوانیم: هرگاه کسی فعلی که انجام آنرا بر عهده گرفته یا وظیفه خاصی را که قانون بر عهده او گذاشته است، ترک کند و به سبب آن جنایتی واقع شود چنانچه توانایی انجام آن فعل را داشته باشد، جنایت حاصل به او مستند می‌شود و حسب مورد عمدی، شبه عمدی، یا خطاء محض است، مانند اینکه مادر یا دایه‌ای که شیر دادن را بر عهده گرفته است کودک را شیر ندهد یا پزشک یا پرستار وظیفه قانونی خود را ترک کند. همچنین بر اساس ماده ۴۵۰ ق.م.ا: در جنایت شبه عمدی، خطاء محض و جنایت عمدی که قصاص در آن جایز یا ممکن نیست در صورت درخواست مجنی علیه یا ولی دم دیه پرداخت می‌شود)

و اگر چنین نتیجه‌ای حاصل نگردد مورد صرفاً از مصادیق موضوع بند ۲ ماده واحده خواهد بود (عباسی، ۱۳۸۹ش، ب، صص ۲۱۹-۲۲۰). چرا که بر اساس ماده واحده وقوع مرگ یا نقص عضو شرط محکومیت پزشک نیست (آقایی نیا، ۱۳۸۴ش، ص ۳۰). صرف ترک فعل و امتناع پزشک جرم را محقق می‌کند. البته به شرط آنکه این امتناع ناشی از اهمال و سهل انگاری باشد؛ در این صورت است که بحث مسؤولیت مدنی مطرح می‌شود (ابوعامر، ۱۹۹۲م، ص ۷۸).

۱- دیدگاه های مکاتب و فقها در خصوص تکلیف پزشکان به نجات

جان بیماران اورژانسی:

۱-۱- دیدگاه مکاتب

از یک سو پیروان مکتب فردگرایی (اصالت فرد)، معتقدند که از جمله حقوق هر پزشک این است که از پذیرش درخواست معالجه یک بیمار، بدون آن که هیچ گونه مسؤولیت کیفری یا حقوقی متوجه وی شود، بتواند خودداری نماید، حتی اگر هیچ پزشک دیگری جهت معالجه آن بیمار در دسترس وجود نداشته باشد.

زیرا حرفه پزشکی حرفه ای آزاد است و پزشک هم در انتخاب بیمارانش آزادی کامل دارد (قاسم زاده، ۱۳۷۶ش، ص ۵۷).

از سوی دیگر، در برابر این دیدگاه، دیدگاه افراطی دیگری در آیین یهود مبنی بر پذیرش تکلیف بی قید و شرط پزشکان ارایه گردیده است که مطابق با آن پزشکان حتی در جایی که خطری جدی نیز زندگی آنان را تهدید کند مکلف به معالجه بیماران هستند.

دیدگاههای دیگری چون، نظریه وظیفه اجتماعی (شجاعپوریان، ۱۳۷۳ش، ص ۱۷۹)، نظریه ایجاب برای عموم (السنهوری، ۱۹۴۶م)، نظریه احتکار (السنهوری، ۱۹۴۶م) نیز وجود دارد که همگی سعی بر این داشتند که برای توجیه مسؤولیت پزشک در حالت امتناع از معالجه، این مسؤولیت را در چارچوب مسؤولیت قراردادی بنا نمایند؛ اما مازو مسئله را تحت عنوان مسؤولیت قهری طرح نموده و گفته موضوع خطا را بایستی تفسیر موسع نمود به طوری که خطا شامل خودداری از انجام کار نیز می گردد (شجاعپوریان، ۱۳۷۳ش، ص ۱۸۲). کما اینکه در مسؤولیت قراردادی نیز همین گونه است و پزشکی که تعهد به عیادت و معالجه بیمار دارد، خودداری از کاری که به عهده گرفته، تقصیر محسوب می شود؛ از لحاظ منطقی نیز هیچ دلیلی وجود ندارد که انجام کاری که انسان متعارف مرتکب نمی شود تقصیر باشد ولی انجام ندادن کاری که انسان متعارف به جا می آورد، خطا محسوب نشود. وقتی که پزشک دعوت بیمار را برای معالجه قبول نمود یا در موارد اضطراری خود شروع به مداخله پزشکی نمود او بایستی تعهد خویش را انجام دهد در غیر اینصورت وی مسؤول عدم اجرای تعهدش است.

بنابراین، اگر پزشک به یکباره و در شرایط غیر مناسب و بدون دلیل از معالجه بیمار دست بکشد مرتکب خطا شده و این امر موجب مسؤولیت وی خواهد بود.

۲-۱- دیدگاه فقها

در فقه امامیه توجه ویژه‌ای به مسئله حفظ نفس محترمه شده به گونه‌ای که حکم وجوب یا حرمت در صورت تزامم یا حفظ جان خود یا دیگری، در بسیاری از موارد تخصیص خورده است. فقهای امامیه عمدتاً به مسئله تکلیف به نجات جان اشخاص در معرض خطر شدید و یا عدم چنین تکلیفی در قالب دو مثال سنتی (اطعام مضطر والتقاط لقیط) پرداخته‌اند. بایستی متذکر شد که از آنجایی که این فروع ذکر شده توسط فقها خصوصیتی ندارد لذا می‌توان حکمی که در آن داده می‌شود را به سایر موارد مشابه و از جمله مسئله پزشک و تکلیف وی به نجات جان یک بیمار اورژانسی نیز تعمیم داد. در ابتدا بایستی گفت که همانند بسیاری از مسائل حقوقی میان فقها در خصوص الزام فرد و پزشک در نجات جان دیگری اختلاف نظر وجود دارد.

بسیاری از فقها معتقدند که بر صاحب طعام است که طعام خود را به مضطر بدهد و اگر از اینکار امتناع ورزد و بین صاحب طعام و مضطر مجادله صورت گیرد و بر اساس این مجادله صاحب طعام به قتل برسد خون او هدر است چرا که قتل وی به حق است و اگر مضطر به قتل برسد، قتلی است که صاحب طعام ضامن آن است زیرا قتل وی ظالمانه بوده است (شیخ طوسی، ۱۳۸۷ش، ص ۲۱). اما موضع شیخ در این باره در اثر دیگرش یعنی در «الخلاف» فرق می‌کند (شیخ طوسی، ۱۴۱۷ه، ص ۹۵). که به نظر می‌رسد شیخ از روایاتی که در کتاب «مبسوط»

در خصوص اثبات وجوب اعطای طعام به مضطر گفته، غافل بوده است. و از نظر ابن حمزه نیز چنانچه صاحب طعام به آن محتاج نباشد، بر او اعطای طعام به مضطر واجب است (ابن حمزه طوسی، ۱۴۰۸هـ.، ص ۳۶۴). و هم چنین مشهور فقهای امامیه (شیخ طوسی، ۱۳۸۷ش.، ص ۳۶۶، الحلی، ۱۴۰۵هـ.، ص ۳۵۶، علامه حلی، ۱۴۱۵هـ.، ص ۱۲۳) برگرفتن ملقووط (نجات طفل رها شده) را واجب کفایی دانسته چرا که لقیط نیز مضطر است و به حضانت، لباس و غذا نیاز دارد و اطعام مضطر همان طور که گفته شد بلاخلاف، واجب است.

اما از طرفی دیگر برخی از فقهای امامیه دادن طعام به مضطر را بر صاحب طعام واجب نمی‌دانند از نظر این فقها اصل برائت ذمه است و الزام صاحب طعام به اعطای طعام به دلیل نیاز دارد که چنین دلیلی در دست نیست (ابن ادریس، ۱۴۱۱هـ.، ص ۱۲۶).

در میان فقهای معاصر نیز چیزی علاوه بر سخن اکثر فقهای امامیه دیده نمی‌شود و جملگی بر وجوب اطعام مضطر نظر داده‌اند (الموسوی گلپایگانی، ۱۴۱۳هـ.، ص ۲۴۰).

و بر اساس نظر مشهور فقها آن گونه که از دو فرض اطعام مضطر و التقاط لقیط بر می‌آید بر وجوب نجات جان انسان که توسط هر شخصی و به طریق اولی پزشک نظر دارند اگرچه فقها صراحتاً بدان به طور خاص نظر نداده‌اند لیکن اعتقاد به مسؤولیت مدنی پزشک تحت شرایطی مخالفتی با احکام شرع ندارد، همان طور که فقها صراحتاً به مسؤولیت پزشک در صورت قصور تحت شرایطی حکم داده‌اند. از آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که: در خصوص خودداری پزشک از درمان در مواقع ضروری اصل این مسئله همان گفتار رسول اکرم (ص) است که فرمود: هر خانه ای که اهل آن شب را به صبح برسانند در حالی که شخصی در

آن گرسنه سر بر بالین بگذارد خدا ذمه خود را از آنان برمی‌دارد (ابن حنبل، ۱۳۱۳ه.، ص ۳۳).

پس ترک نجات کسی که در معرض هلاکت قرار گرفته مانند آب و غذا ندادن به در راه مانده است و تفاوتی ندارد، در یک جا شخص از دادن مال خود (آب) و در جایی دیگر از دادن منفعت و به کار بردن تخصص خودداری می‌نماید (ابن قائم، بی تا، ص ۴۳۶).

همان طور که مالک ترک خلاصی صید مسلمان را منجر به ضامن شناختن تارک دانسته و در آن خصوص فرمود: خلاصی صید، حفظ مال مسلمان است و آن واجب است و کسی که واجب را ترک کند ضامن است (به این صورت که چنانچه کسی صید مسلمان را در دام یافت بایستی آنرا به صاحبش بازگرداند) شکی نیست که نجات جان بیماری که در انتظار کمک پزشکان است مهمتر از رهایی صید از دام برای بازگرداندن آن به صاحب صید است.

د- مسؤولیت مدنی پزشک در قبال قصور در درمان بیماران اورژانسی

بدیهی است که طبابت کردن مصون از خطر نیست. خطری که پزشک را به واسطه فعالیت حرفه‌ای مسؤول می‌سازد. در نظام حقوقی ایران پزشک علی‌القاعده در قبال آن دسته از اعمال و اقدامات پزشکی مسؤول است که نتیجه زیانبار و خسارت‌زا به همراه داشته باشد. قانون مجازات ۱۳۹۲ مبنای تقصیر را پذیرفته است؛ ماده ۴۹۵ در این باره مقرر می‌دارد: هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا

مجنون بودن او معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود.

تبصره ۱: در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هر چند برائت اخذ نکرده باشد.

از این ماده چنین بر می‌آید که پزشک اصولاً مسؤول زیانهای وارده به بیمار است، مگر اینکه عدم تقصیر او اثبات شود یا برائت اخذ کرده باشد. در این فرض نیز در صورتی پزشک از مسؤولیت معاف است که مرتکب تقصیر نشده باشد به دیگر سخن از سیاق ماده فوق مبنای فرض تقصیر یا به تعبیری اماره تقصیر قابل استنباط است؛ به این معنی که برای مسؤولیت اثبات تقصیر لازم نیست، ولی پزشک می‌تواند عدم تقصیر خود را ثابت کند چنانچه ثابت کند که مقررات پزشکی و موازین فنی را کاملاً رعایت کرده و مرتکب هیچ گونه بی احتیاطی نشده است (صفایی، ۱۳۹۱ش، ص ۱۴۹). هرگاه پزشک از بیمار یا ولی او برائت اخذ کرده و به عبارت دیگر عدم مسؤولیت خود را شرط نموده باشد بار اثبات تقصیر بر عهده زیان دیده خواهد بود بنابراین، شرط برائت از ضمان، پزشک را از مسؤولیت در صورت اثبات تقصیر معاف نمی‌کند و فقط بار اثبات را جابجا می‌نماید، باین معنی که اگر برائت از ضمان اخذ نشده باشد بار اثبات عدم تقصیر بر دوش پزشک و در صورت اخذ برائت بار اثبات تقصیر بر عهده زیان دیده است. (صفایی، ۱۳۹۱ش، ص ۱۴۹). با توجه به این سخن نتیجه می‌گیریم که در زمانی که امکان اخذ برائت از بیمار به دلیل بیهوش بودن وجود ندارد و ولی وی نیز در دسترس نیست و پزشک مجبور است به دلیل وضعیت اضطراری بیمار را درمان کند بدون اخذ رضایت و برائت چنانچه تقصیری مرتکب شود و چنانچه ادعای عدم تقصیر می‌کند، بار اثبات عدم تقصیر بر دوش خودش است.

همان طور که گفته شد فوریت حالتی است استثنائی که از اهمیت زیادی برخوردار بوده و بروز آن موجب خروج از برخی قواعد عمومی که رعایت آن در حالات عادی برای توجیه اعمال جراحی و طبی لازم دانسته شده است، می‌شود. اما علیرغم محوریت موضوع «فوریت» در توجیه اعمال پزشکان و جراحان متاسفانه این موضوع چندان ازسوی نویسندگان حقوقی مورد تبیین و توضیح واقع نشده است و بر همین مبنا ما مسائلی از آنرا شرح می‌دهیم.

۱- مرجع تشخیص اعمال جراحی یا طبی فوری

هر چند قانون گذار اشاره‌ای به مرجع تشخیص فوریت ننموده است ولی با توجه به رویه جاری حقوق (ماده ۸۳، ق.آ.د.ک)، آیین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی و نظریه ی شماره ۷/۱۸۳-۷۳/۲/۱۰ که مقرر داشته است: «مرجع تشخیص موارد فوری و ضروری مذکور در بند ج ماده ۱۵۸ قانون مجازات پزشک معالج می باشد»، تشخیص این مهم به عهده پزشک معالج می باشد؛ که در صورت شکایت برای احراز فوریت می‌توان از سازمان نظام پزشکی قانونی کسب نظر کرد.

۲- تاثیر فوریت اعمال جراحی یا طبی در سقوط شرط رضایت

هیچ پزشکی نمی‌تواند بیماری را که با معالجه وی مخالف است معالجه نماید و تنها رضایت بیمار است که به او اجازه انجام عمل طبی را می‌دهد. هر گونه تجاوز به آزادی بیمار یا حقوق وی بر جسمش، حتی اگر برای مصلحت بیمار باشد موجب مسؤولیت کیفری و مدنی پزشک خواهد بود. لیکن آیا این رضایت در همه حالات لازم است. برای پاسخ به این سؤال لازم است بین حالت فوریت و حالت عادی قائل به تفاوت شد.

چنانچه بیمار در حالتی باشد که بتواند رضایت خویش را اعلام نماید اخذ رضایت از او قبل از معالجه لازم و ضروری است اما گاهی اوقات بیمار در حالتی است که نمی‌تواند رضایت خویش را به معالجه اعلام نماید و انجام معالجه نیز به سرعت ضروری می‌باشد؛ برای نمونه می‌توان به بیماری اشاره نمود که در اثر تصادف یا سوختگی یا سانحه‌ی دیگر به حالت اغماء یا بی‌هوشی افتاده و نجات وی موکول به انجام فوری عملیات جراحی است؛ در این مورد آیا باید دست روی دست گذاشت چرا که نمی‌توان رضایت وی یا اولیاء وی را اخذ کرد؟

شکی نیست که مصلحت خود بیمار خروج از قواعد عمومی را ایجاب می‌کند و پزشک می‌تواند از اخذ رضایت بیمار صرف نظر نماید.

در این حالات پزشک می‌تواند از رضایت صرف نظر کند بدون اینکه به فکر مسؤولیت باشد و به طور کلی حالت ضرورت او را از مسؤولیت معاف می‌نماید اگر معلوم شود که تاخیر، فرصت نجات را از دست می‌دهد زیرا فرض بر این است که اگر بیمار به هوش بود، غریزه حب بقا او را به رضایت به آنچه پزشک برای کمک به وی انجام داده است مجبور می‌کرده است.

لیکن به این سخن اعتراض شده بدین صورت که ممکن نیست در مواردی که شخص اقدام به خودکشی نموده فرض کنیم که به معالجه رضایت داده است. بایستی گفت این اعتراضات بر اساس صحیح اقامه نشده است زیرا مصلحت جامعه است که به محافظت زندگی افراد خود اقدام بنماید به علاوه شخص وقتی شروع به خودکشی می‌کند دچار جنون آنی می‌شود و این منافاتی ندارد که او بعد از برگشت عقلش از عمل خویش پشیمان شده و مطالبه ادامه زندگی نماید (آموزگار، ۱۳۸۵ش، ص ۱۳۵).

هـ- ارکان مسؤولیت مدنی پزشک در قبال بیماران اورژانسی

به طور کلی جهت احراز مسؤولیت مدنی پزشک در قبال بیماران اورژانسی (صرف نظر از آنکه این مسؤولیت، ناشی از ترک نجات یا امتناع از معالجه باشد یا ناشی از قصور در درمان) سه رکن لازم است. هرچند در رکن عمل ناروا و رابطه سببیت این دو بعد، تفاوت مشاهده می‌شود که شرح آن در ادامه خواهد گذشت.

۱- عمل ناروا

عمل را اعم از فعل و ترک فعل دانسته‌اند و مسؤولیت مدنی پزشک در قبال بیماران اورژانسی از باب ترک یا امتناع از معالجه، ناشی از ترک فعل پزشک می‌باشد و مسؤولیت مدنی پزشک در قبال بیماران اورژانسی از باب قصور در درمان عموماً ناشی از فعل است.

به طور کلی در نظام حقوقی ما پذیرفته شده که قاعده در مسؤولیت مدنی بر این است که مسؤولیت ناشی از تقصیر باشد (کاتوزیان، ۱۳۷۸ش، ص ۳۰). یعنی در کنار ضرر، فعل فاعل و رابطه سببیت میان آن دو، اثبات تقصیر فاعل نیز جهت مسؤول شناختن وی علی‌الاصول مورد نیاز است.

ترک عملی تقصیر است که بر خلاف حکم قرارداد، قانون یا عرف باشد یعنی از این سه، حکمی مبنی بر لزوم انجام عمل ترک شده یا نهی عدم انجام آن رسیده باشد. بر همین مبناست که گفته شده است: نسبت به کارهایی که شخص انجام نداده است در صورتی باید او را خطاکار دانست که ثابت شود موظف به انجام دادن آن‌ها بوده و در این باره به تعهد خود عمل نکرده است. پس در این گونه تقصیرها وجود تعهد قبلی از ارکان ضروری خطا است. بدین ترتیب در ترک فعل تقصیر نوعی منطبق بر تعریف پلنیول است یعنی نقض تعهد از پیش موجود (غفاری فارسانی، ۱۳۸۷ش، ص ۲۹۷).

۲- ضرر

در این موارد ضرر می‌تواند به ۳ دسته تقسیم شود. ضرر بدنی، معنوی و مالی.

۱-۲- ضرر بدنی: ضررهای بدنی صدماتی است که به سلامت و تمامیت جسمانی انسان وارد می‌شود و به شکل نقص یا قطع عضو یا جراحت یا حتی تغییر رنگ قسمتی از پوست بدن ظاهر می‌شوند. بدیهی است مرگ شایع‌ترین صدمه بدنی است. ضرر بدنی هر دو چهره زیان مادی و معنوی را داراست. چرا که صدمه‌هایی که به سلامت شخص وارد می‌شود از یک سو هم از لحاظ روانی هم از سوی دیگر هزینه‌های درمان و از کار افتادگی و... را بر فرد تحمیل می‌کند. با این همه ضرر بدنی ماهیتی جدا از این دو دارد (کاتوزیان، ۱۳۷۷ش، ص ۲۹۵).

اولین خسارتی که در صورت ترک نجات یا قصور در درمان احتمال فراوان ورود آن به قربانی می‌رود، صدمه به تمامیت جسمانی اوست. از آن جا که در فرض مورد بحث ما امکان بروز چنین صدمه‌ای و حتی شدیدترین گونه آن یعنی مرگ بسیار زیاد است، به همین دلیل هم باید گفت، به لحاظ خصوصیت خاص فرض مورد بررسی ما، شایع‌ترین خسارات ممکن، از این نوع صدمات است.

۲-۲- ضرر معنوی

ضرر معنوی خسارتی است که چهره مالی و اقتصادی ندارد و به حقوق مالی و دارایی شخص صدمه نمی‌زند ولی سبب رنج اخلاقی و لطمه به حقوق غیر مالی اوست (عباسی، ۱۳۸۹ش، ص ۱۴۵). بدیهی است کسی که اخلاقاً انتظار دارد مورد یاری و حمایت دیگران قرار گیرد به ویژه زمانی که جانش در خطر و حفظ آن منوط به همت دیگران است، در صورت نقض چنین تکلیفی، صدمات روحی و

روانی جبران ناپذیری ببیند؛ بالاخص که آن دیگری، کسی باشد که از طرف قانون و شرع تعهد به نجات وی داشته باشد.

از طرفی در فرض ما در صورت مرگ قربانی و یا دچار شدن وی به صدمات شدید جسمانی، نزدیکان وی نیز می توانند جبران صدمات معنوی خود را مطالبه نمایند.

۲-۲- ضرر مادی (مالی)

زیان‌های مالی شایع‌ترین نوع خسارت‌ها به شمار می‌آید. در تعریف آنها آمده است: ضرر مالی زیانی است که در نتیجه از بین رفتن اعیان اموال یا کاهش ارزش اموال... و مالکیت معنوی... یا از بین رفتن منفعت و حق مشروع اشخاص به آنان می‌رسد (کاتوزیان، ۱۳۷۷ش، ص ۲۴۵).

به تبع صدمات بدنی وارده، قربانی بایستی هزینه‌هایی را صرف کند که این هزینه‌ها در برخی موارد از میزان دیه وی نیز فراتر می‌رود. ضمن آن که گاه ممکن است در اثر صدمات بدنی قوه کار قربانی کم یا از بین برود یا مخارج وی افزایش یابد و از این رهگذر خسارات مالی هنگفتی به وی وارد آید. هزینه‌های کفن و دفن در صورت مرگ قربانی را نیز باید بر این موارد افزود.

۳- رابطه سببیت

به طور کلی جرم خودداری از کمک به مصدومین توسط پزشکان تنها از طریق «تسبیب» آن هم در صورتی که پزشک در انجام تعهد «تفریط» کرده باشد واقع می‌شود نه از راه مباشرت (عباسی و همکاران، ۱۳۹۲ش، ص ۳۶). مهمترین و قابل بحث‌ترین رکن در اثبات مسؤولیت مدنی پزشک که از نجات جان قربانی امتناع می‌ورزد «رابطه سببیت» است (برخلاف قصور در درمان که رابطه سببیت آن راحت‌تر برقرار می‌شود)، چرا که عقیده بر آن است که ترک فعل را یارای علت

بودن نیست زیرا علت حتماً بایستی نیرویی با کارکرد مثبت باشد و در آن اوضاع و احوال خاص قضیه به نتیجه زیانبار منجر شود و این در حالی است که ترک فعل نیرو نیست؛ چرا که ترک فعل هیچ چیزی نیست. لذا خودداری و امتناع نمی تواند موجد اثر و نتیجه ای شود (فلچر، ۱۳۸۴ش، ص ۱۲۷).

در پاسخ به این نظر، استدلال شده است که در تسبیب در هر مورد باید به این سوال پاسخ داد که آیا اگر رفتار خواننده نبود باز هم زیان وارد می آمد یا خیر؟ پاسخ مثبت به این سوال میان رفتار خواننده و زیان وارد آمده به قربانی، رابطه سببیت برقرار می گرداند (آقابابایی، ساریخانی، ۱۳۹۰ش، ص ۹۹). این شیوه تعیین سبب حادثه که به «معیار اگر نبود» مشهور است به صراحت در ماده ۵۰۶ قانون مجازات اسلامی مورد پذیرش قرار گرفته است. در این ماده می خوانیم: تسبیب در جنایت آن است که انسان سبب تلف شدن یا جنایت علیه دیگری را فراهم کند و خود مستقیماً مرتکب جنایت نشود به طوری که اگر نبود جنایت حاصل نمی شد مانند آنکه چاهی بکند و کسی در آن بیفتد و آسیب ببیند.

با به کارگیری معیار اگر نبود در تشخیص اسباب حادثه، دیگر تفاوتی میان افعال مثبت و منفی از حیث سبب واقع شدن باقی نمی ماند. اگر اتلاف و وارد آوردن مستقیم زیان تنها با انجام دادن کار و فعل مثبت تحقق می یابد در تسبیب این گونه نیست و ممکن است خودداری از انجام فعل معین نیز موجبات ورود زیان را فراهم آورد و به مسؤولیت بینجامد. بر این اساس اگر پزشکی از کمک به بیماری محتاج خودداری کند، همان گونه با وی برخورد می شود که آمپول هوا به بیماری تزریق کند و سبب مرگش شود. از همین روست که اونوره نیز معتقد است: غذا ندادن به انسان همانند زهر دادن به او کشنده است و باید آن را سبب

قتل شمرده؛ زیرا حیات انسان دارای شرایط منفی و مثبت زیستی (توامان) است (کاتوزیان، ۱۳۷۷ش، صص ۳۶۴-۳۶۵).

و- مسؤولیت مدنی پزشک در قبال بیماران اورژانسی در حقوق انگلستان

در سیستم حقوقی انگلستان، قاعده بر عدم تکلیف پزشکان و به طور کلی شهروندان به نجات جان یکدیگر حتی به هنگام ضرورت است. استثنای مهم این قاعده در جایی است که رابطه ای خاص^۵ میان قربانی و یاری رسان بالقوه یافت شود که عرفاً بتوان در مبنای آن الزام فرد اخیر را به کمک کردن توجیه نمود. از جمله مصادیق این روابط خاص، رابطه بیمار- پزشک است.

به طور عادی، چنین رابطه‌ای از رهگذر یک قرارداد میان این دو ایجاد می‌شود. قراردادی که به موجب آن بیمار عامدانه و عالمانه از پزشکی در برابر پرداخت حق‌العلاج وی تقاضای کمک و معالجه خود را می‌نماید پزشک نیز این اجباب را به طور اختیاری می‌پذیرد. در نتیجه هیچ بیماری علی‌الاصول مجاز به اجبار کردن یک پزشک به معالجه خود بدون رضایت وی نیست. بر این اساس در هر دعوای ناشی از عدم نجات یا مداوایی که علیه یک پزشک در انگلستان اقامه می‌شود سرنوشت دعوا بسته به پاسخ این سؤال دارد که آیا میان بیمار و پزشک خوانده دعوا، رابطه‌ای وجود داشته است یا خیر. اگر بیمار (یا قایم مقام او) بتواند ثابت نماید که رابطه بیمار- پزشکی میان او و خوانده وجود داشته است، در واقع وی ثابت نموده است که تکلیفی مبنی بر معالجه نمودن و اقدام به کمک‌های پزشکی بر عهده پزشک وجود داشته و وی از انجام آن خودداری نموده لذا مسؤول جبران خسارات است.

اما در خصوص بیماران اورژانسی از آنجایی که چنین قراردادی عموماً وجود ندارد، به دلایل مربوط به نظم عمومی و همچنین تخصص و حرفه پزشکان مبنی بر معالجه بیماران، برخی دادگاه‌های انگلستان از خود سعه صدر بیشتری در مورد احراز رابطه بیمار و پزشک نشان داده‌اند به گونه‌ای که می‌توان ادعا نمود در این موارد خاص، دادگاه‌ها سعی در منقلب کردن قاعده داشته‌اند. به عبارت دیگر، از رویه آنان این گونه بر می‌آید که با وجود پذیرش این که پزشکان عموماً در انتخاب بیمارانشان آزادند و ملزم به معاینه افرادی که رابطه قراردادی بیمار-پزشکی با آنان ندارند، نیستند اما اگر اوضاع و احوال خاصی موجب شود که بیماری، انتظار معقول و متعارفی برای مورد معالجه قرار گرفتن خود یا اعتقادی متعارف مبنی بر این که پزشک عملاً شروع به درمان وی خواهد کرد داشته باشد دادگاه‌ها تمایل دارند تا وجود این رابطه خاص (بیمار-پزشک) را مفروض بگیرند (Flamm, 2000, pp123-125).

چرا که با تکیه بر مبانی تکلیف به نجات در موارد فوری و اضطراری این انتظار معقول در هر انسان متعارفی که جان‌ش در خطر است شکل می‌گیرد که هم نوعان به یاری وی بشتابند بویژه اگر بتوانند به لحاظ تخصصشان کمک موثری بنمایند.

با این حال باید دانست که اجماع و رویه واحدی در دادگاه‌های انگلستان حاکم نیست. برای نمونه در پرونده‌ای مردی ۲۲ ساله دچار حادثه رانندگی شد و به بیمارستانی محلی انتقال داده شد پزشکی که در آن بیمارستان بود به علت این که از نفس مصدوم بوی الکل استشمام کرد از پذیرش و معاینه وی خودداری ورزید و تهدید نمود اگر بیمار از آن جا برده نشود، بخاطر رانندگی در حالت مستی وی را به مامورین پلیس تحویل خواهد داد. بیمار به خانه‌اش برده شد و

پس از دو روز به واسطه لخته شدن خون در مغزش فوت نمود و دعوی فوق علیه پزشک نام برده با این ادعا که در معالجه بیمار قصور(امتناع) ورزیده است طرح گردید. دیوان عالی با اعلام این که هیچ گونه رابطه بیمار- پزشکی میان آنها وجود نداشته است به سود پزشک رای به عدم مسؤولیت وی صادر نمود. استدلال دیوان از این قرار بود:

خودداری پزشک از پذیرش بیمار برای عدم برقراری رابطه بیمار-پزشک کافی است و خوانده قابل تعقیب نخواهد بود.^۶

این در حالی است که در پرونده‌ی دیگری که با واقعیات پرونده‌های فوق شباهت کامل دارد رای متفاوتی صادر گردید. واقعیت آن بود که پزشکی از درمان زن حامله‌ای که دچار خونریزی شدیدی شده بود سر باز زد. وی در دفاع از خود اظهار داشت، نباید مورد بازخواست قرار گیرد چرا که هیچ رابطه بیمار و پزشکی میان آنان برقرار نبوده است.^۷ دادگاه به سود پزشک خوانده دعوی رای صادر نمود. خانواده متوفی که از این رای ناراضی بودند در دیوان عالی از آن فرجام خواهی نمودند و این بار دیوان عالی رای فوق را با این استدلال نقض نمود:

مطمئناً پزشکی که در یک مورد اضطراری مورد مشاوره و تقاضای کمک قرار می‌گیرد وظیفه اجابت کردن دارد و باید حداقل تا حدی که یک تلاش مبتنی بر حسن نیت ایجاب می‌کند معالجه یا مشاوره‌ای کافی تدارک بیند. در نتیجه می‌توان ادعا نمود به طور غیر مستقیم رابطه‌ای قراردادی میان هر بیمار با کلیه پزشکان و پرستاران مشغول به کار در بیمارستان‌ها منعقد می‌شود.

از طرفی دیگر طرفداران تحمیل این تکلیف بر پزشکان جهت تقویت ادعای خود به اصول اخلاق پزشکی انجمن پزشکی انگلستان^۸ و منشور حقوق عادی نیز استناد می‌جویند. از جمله اصول مزبور این است که:

یک پزشک، در تدارک مراقبت‌های پزشکی مناسب، در انتخاب کسی که (قصد) خدمت نمودن به وی را دارد، و در انتخاب محیطی که (قصد) ارائه خدمات پزشکی را در آن دارد، مختار است، مگر در موارد اضطراری.

در هر حال، امروزه در انگلستان عقیده بر آن است در مواقع اضطراری نباید به پزشکان آزادی انتخاب داده شود چرا که آنان مهارت‌ها و آموزش‌های خاصی را پشت سر گذاشته‌اند که باید بر آنان زمانی که به مراقبت‌های پزشکی اضطراری و اتفاقی نیاز فوری وجود دارد، وظیفه به کمک رسانی، تحمیل شود.

در حقوق انگلستان و آمریکا سهل انگاری به معنای عملکرد نادرست جراح به صورت غیرعقلانی در شرایطی که وی مسئولیت تأمین مراقبت و حفاظت از بیماران را بر عهده دارد، می باشد و منظور از مورد غیرعقلانی، عملکرد پایین تر از سطح استاندارد را گویند (Hogan, 2003, pp120-124). لذا ۴ عنصر حیاتی وجود دارد که با وجود آنها سهل انگاری ثابت می‌شود:

۱- وجود وظیفه

۲- عدم انجام وظیفه به درستی

۳- آسیب

۴- رابطه سببیت

بیشتر شیوه‌های رایج که یک وظیفه را ایجاد می‌نماید به وسیله رضایت‌نامه-های دو طرفه (قرارداد) می‌باشند که بر اساس آن هر دو طرف، اجرای یک چیزی را وعده می‌دهند و چنانچه یک طرف در انجام وعده‌های خود دچار شکست شود آن فرد دچار عدم انجام تعهد شده و طرف دیگر می‌تواند جبران خسارت مالی را از دادگاه طلب کند لیکن بیشتر اوقات پزشک در برابر بیمار بدون آنکه بداند وظایفی دارد (مثل تعهد به نفع شخص ثالث). برای مثال زمانی که پزشک با

بیمارستان قراردادی مبنی بر بهبود بیماران عادی و اورژانسی دارد در اکثر مواقع این بیماران هیچ قدرتی در تعیین پزشک خود ندارند لذا چنانچه پزشکی که در این بیمارستان کار می‌کند برای ویزیت یک بیمار اورژانسی فراخوانده شود لیکن وی از ویزیت خودداری کند، بیمار می‌تواند پزشکی را که حتی وی را ندیده است و بین آنها قراردادی وجود ندارد، مورد اتهام قرار دهد؛ چرا که این پزشکان دارای توافق نامه با بیمارستان مبتنی بر تامین خدماتی می‌باشند که برای یک بیمار اورژانسی دارای فواید و منافع زیادی است؛ این وظیفه پزشک توسط قوانین موضوعه شخص ثالث مورد تایید و تصویب قرار گرفته است. پس بیمار به عنوان شخص ثالث دینفع نسبت به قرارداد بین پزشک با بیمارستان می‌تواند اقدام نماید (Stauch, 2002, pp295-300). از طرفی نه تنها عدم درمان در شرایط اورژانسی منجر به مسؤولیت پزشک می‌شود بلکه ترک بیمار اورژانسی در جریان درمان و مراقبت نیز خود سهل انگاری است، و برای اثبات این مورد لازم است که:

الف) پایان بخشیدن به درمان ناشی از رضایت دو جانبه نباشد بلکه تصمیم پزشک باشد.

ب) این پایان به علتی غیرمعقول روی داده باشد.

ج) ترک بیمار هنگامی روی دهد که فرایند درمان و مراقبت پیوسته ضروری باشد (Stauch, 2008, pp313-317).

از طرفی ترک بیمار در شرایط اضطراری منجر به مسؤولیت پزشک خواهد شد. در قضیه روگرز علیه بیمارستان سمسون^۹ بیمار شکایتی تنظیم کرد مبنی بر آنکه پزشک اورژانس آن بیمارستان، در زمانی که وی حالتی اضطراری داشته با این توجیه که بهتر است پزشک دیگری وی را درمان کند او را ترک کرده و صدمات جبران ناپذیری از این حیث به وی وارد شده است؛ دادگاه اظهار داشت

که ترک بیمار در این شرایط حتی با وجود عدم تخصص نیز سهل انگاری محسوب و پزشک از این حیث مسؤولیت دارد.

در کشور انگلستان غیر قانونی بودن معالجه در صورت عدم رضایت بیمار به عنوان یک اصل قانونی پایه‌ای شناخته شده است. در این کشور قواعد خاصی پیرامون رضایت به درمان وجود دارد که بر اساس «تئوری رضایت نامه جوس کاردوزو» تبیین گردیده است (عباسی، ۱۳۸۳ش، ص ۳۶). با وجود این درمان بدون رضایت تنها در صورتی مجاز است که شروع درمان فوری، لازم و ضروری باشد. بر این اساس پزشک ملزم است که تنها در همان مورد اضطراری بدون رضایت اقدام کند و برای سایر موارد غیر ضروری بایستی منتظر ولی یا به هوش آمدن بیمار شود از طرفی در طول درمان چنانچه قصوری از پزشک سرزند وی بر طبق قوانین مربوط به «شبه جرم» مورد تعقیب قرار می‌گیرد. در حقوق انگلستان بیماران از حیث اورژانسی بودن به دو دسته تقسیم می‌شوند:

الف) بیماران غیر هوشیار و اورژانسی

یکی از استثنائات تقریباً جهانی در برابر دکترین رضایت آگاهانه هنگامی است که بیمار غیر هوشیار بوده و احتمال صدمه به دلیل خطا در درمان زیاد است. در این مواقع نه تنها اخذ رضایت در درمان بلکه وظیفه افشاء نتایج درمان و عوارض آن نیز معنایی ندارد زیرا صدمات ناشی از تأخیر در این موارد قابل ترمیم نیست. در قضیه بارنت و بیچارز،^{۱۰} دادگاه اظهار داشت که در شرایط اورژانس پزشکی که در آن بیمار روی تخت جراحی است و غیر هوشیار است جراح بایستی تمامی وظایف خود را با رعایت قانون به بهترین نحو برای بیمار انجام دهد حتی اگر این وظایف انجام جراحی‌هایی را به دنبال داشته باشد که در اصل مورد نیاز نبوده است.

در این مورد، بیماری از درد شکم رنج می‌برد که به تشخیص پزشک، بارداری خارج از رحم گزارش می‌شود و وی برای پایان دادن به این بارداری به جراحی رضایت می‌دهد. اما در هنگام جراحی پزشک دریافت که وی باردار نبوده است و علایم وی آپاندیس می‌باشد و بایستی آپاندیس وی برداشته شود. پس از جراحی و سلامتی، بیمار از پزشک شکایت نمود چرا که رضایت به این عمل نداشته است و دادگاه اظهار داشت: آیا جراح بایستی بیمار را روی تخت جراحی رها می‌کرد و به دنبال خانواده وی برای اخذ رضایت می‌گشت؟ آیا باید بعد از دریافت علت درد، شکم را بسته و اجازه می‌داد که سم و عفونت وارد سیستم دفاعی بدن وی شود؟ و وی را با یک خطر و آسیب ثانویه مرخص می‌کرد؟ یا باید آنچه وظیفه حرفه‌ای او می‌گوید انجام می‌داد؟ و آنرا به عنوان یک بخش بی‌کار در بدن در نظر می‌گرفت نه یک ارگان حیاتی. بنابراین شرایط کارآمد اورژانس، توجهات فوری پزشکی را به دنبال دارد که اطلاع رسانی به بیمار و دیگر افراد را در آن شرایط لازم نمی‌داند (Hartman, Liang, 2000, pp53-54).

در موردی مشابه در قضیه تابور و آسکویی^{۱۱} در خصوص جراحی آپاندیس بر روی یک بیمار زن، پزشک تشخیص داد که لوله‌های فالوپ زن دچار عفونت شده است لذا تصمیم به برداشتن لوله‌ها می‌کند؛ متعاقباً بیمار به دادگاه شکایت می‌کند و پزشک در دفاع خود علت برداشتن لوله را سلامتی زن و نفع وی عنوان می‌کند. دادگاه اظهار داشت که این شرایط حالت شرایط اورژانسی را برای بیمار ندارد، هر چند جراح تشخیص داده است که تاخیر طولانی در برداشتن لوله‌ها می‌تواند به صدمات جدی منتهی گردد و لیکن بیمار زمان کافی برای اتخاذ تصمیم در این مورد داشته است لذا این شرایط اورژانسی محسوب نمی‌شود.

از طرفی شرایط اورژانس بیمار بی‌هوشی که نیاز به انتقال خون دارد در حقوق انگلستان مکرراً مشکلاتی را برای پزشکان به وجود آورده است؛ این موضوع به خصوص در مواردی دشوار می‌باشد که خانواده‌های بیماران بی‌هوش بیان می‌نمایند که بیمار به دلایل مذهبی با انتقال خون مخالفت می‌نماید و خانواده رضایت‌نامه مورد نیاز را نمی‌دهند. برای تعیین اینکه آیا انتقال باید در این موارد صورت گیرد یا خیر اکثر دادگاه‌های انگلستان به کارگیری بهترین تلاشها به نفع بیمار را توصیه می‌نمایند تحت این اعتقاد و رویه، در صورتی که واضح باشد که بیمار یا خانواده وی نمی‌توانند تصمیمات درستی بگیرند و پزشکان تشخیص بدهند که بیمار نیاز به انتقال خون دارد بایستی انتقال خون صورت پذیرد. در این موارد که بیمار بی‌هوش بوده و خانواده وی نیز انتقال خون را رضایت نمی‌دهند بیمارستان از طریق شورای عالی پزشکی قانونی مورد لزوم یعنی انتقال خون را به دادگاه گزارش می‌دهد. این برای زمانی است که فوت وقت و تاخیر مشکلی را برای بیمار ایجاد نکند؛ اما در شرایطی که حتی فرصت چنین کاری نیست، دادگاه یک نشست فوری بدون در نظر گرفتن ساعت خاص را دستور می‌دهد و بعد از شنیدن بیانات خانواده و پزشک مربوطه، نماینده دادگاه ممکن است مجوز انتقال خون را صادر نماید. عموماً دادگاه‌ها مجوزهای قانونی لازم را در این موارد صادر می‌کنند. دادگاه‌ها در این زمینه اظهار می‌دارند که:

هنگامی که بیمارستان و کارمندان آن به صورت ناخواسته و غیر داوطلبانه از سوی بیماری میزبان قرار می‌گیرند و انجام فعالیت‌های موردنظر آنها با اعتقادات بیمار مغایرت داشته باشد ما معتقدیم که بایستی این امکان را به بیمارستان و کارمندان بدهیم تا بر اساس استانداردهای خود و اصول حرفه‌ای کارشناسان انجام

وظیفه نمایند.^{۱۲} هر چند مورد خلاف این حکم نیز وجود دارد؛^{۱۳} که البته بسیار استثنائی است و اولویت در این موارد با دستورات قضایی است.

ب: بیماران هوشیار اورژانسی

شرایط رضایت آگاهانه در صورتی پیچیده تر می باشد که بیمار هوشیار بوده ولی قادر به تصمیم گیری و درک صحیح شرایط پزشکی خود نمی باشد، در این موارد پزشک باید ارزیابی نماید که آیا بیمار به لحاظ پزشکی توان فکری دارد یا خیر؟ چنانچه پاسخ منفی باشد از اینرو قادر به ارایه دقیق رضایت نامه ای آگاهانه نمی باشد. اگر پزشک تشخیص دهد که بیمار به لحاظ ذهنی ناتوان می باشد، هنگامی که امکان داشته باشد باید تلاش نماید تا این رضایت نامه را از والدین یا آشنایان آن بیمار اخذ نماید. هر چند اگر هیچ منبع دیگری برای رضایت نامه مورد لزوم در دسترس نباشد، پزشک می تواند بیمار را بدون اخذ رضایت در صورتی که درمان به نفع وی باشد، درمان نماید. سوال حیاتی برای پزشکان چنین است که تحت چه شرایطی بیمار به لحاظ ذهنی قادر به دادن رضایت نامه ای به صورت آگاهانه نمی باشد؟ در این خصوص، استانداردهایی برای تعیین عدم سلامت ذهنی بیماران به لحاظ پزشکی تحت عنوان استاندارد عمومی پذیرفته شده است. بر این اساس پزشک باید ارزیابی نماید که آیا بیمار نیازمند به مراقبت های بهداشتی در سطح اورژانسی، دارای توان عقلی - ذهنی و درک معقول اطلاعات زیر می باشد یا خیر:

- طبیعت شرایط بیماری

- طبیعت و اثرات درمان پیشنهادی

- خطرات ادامه و عدم ادامه درمان پیشنهادی

هر چند در کل دادگاه ممکن است آخرین مرجع برای تعیین عقلانیت بیمار باشد (Kessler, Summerton, Graham, 2006, pp240-243). مثلاً در موضوع میلر و بیمارستان روید، دادگاه تعیین نمود که مسمومیت بیمار می‌تواند باعث ناتوانی وی در ارایه رضایت‌نامه به صورت آگاهانه در شرایط اورژانسی گردد (Mojun, 1998, p73)؛ هر چند بیمار هوشیار بود. در این مورد، بیمار بعد از یک حادثه به بخش مراقبت‌های ویژه برده شد، پزشک به بیمار اعلام نمود که نیاز به انجام آزمایشات مختلف داخلی می‌باشد. هر چند بیمار مخالفت نمود، لیکن تیم پزشکی تعیین نمودند که بیمار به صورت کامل و درست قادر به تشخیص صدمات وارد آمده به خود نمی‌باشد (به دلیل مصرف بی‌رویه الکل) و از اینرو قادر به رد یا ارایه رضایت‌نامه برای درمان خود نمی‌باشد. پزشکان به بیمار توضیح دادند که در این گونه شرایط سیاست‌های بیمارستان حکم می‌نماید که جراحی صورت گیرد. از طریق سرنگ به وی داروی بیهوشی تزریق شد. جراحی انجام شد؛ بیمار بیمارستان را ترک نمود و صبح روز بعد، از بیمارستان و جراح خود شکایت نمود. مدیر بیمارستان به دادگاه عالی احضار شد. دادگاه عالی در حکم خود اعلام کرد که: تعیین اینکه آیا بیمار قابلیت رضایت دادن دارد یا خیر به شرایط خاص بستگی دارد. در این مورد دادگاه با صدور رای، تصمیمی به نفع بیمارستان گرفت. اما در خصوص دادن خون به بیماران هوشیار اورژانسی وضعیت متفاوت است؛ در خصوص انتقال خون در بیماران هوشیار در شرایط اورژانسی، که در آن یک فرد بالغ و هوشیار نیاز به انتقال خون برای حفظ زندگی‌اش دارد، قانون عمومی وجود دارد مبنی بر این که افراد عاقل حق رد درمان را به صورت شخصی دارند. به عنوان مثال، در قضیه اریکسون و دیلگارد^{۱۴} یک بیمار نیاز به جراحی برای جلوگیری از خون ریزی معده و روده پیدا نمود. بیمار رضایت داد تا تحت

جراحی قرار گیرد، ولی برای دریافت خون، رضایت نداد. بیمارستان مسؤول در این زمینه با دادگاه برای اجازه انتقال خون به بیمار مذاکراتی انجام داد و چنین بیان نمود که انجام جراحی بدون انتقال خون به معنای خودکشی می باشد که بیمار به صورت کامل به لحاظ عقلی قادر و توانا به رضایت دادن به آن می باشد، لیکن رضایت نمی دهد. دادگاه رای داد که بیمار حرف نهایی را می زند چرا که وی هوشیار است. از طرفی برای بیماران کم سن و سال در شرایط اورژانسی قوانینی که به صورت عمومی مورد پذیرش واقع شده است شبیه به قوانینی است که برای افراد بالغ تصویب شده است. پزشکان عموماً مسؤولیت درمان یک کودک را بدون رضایت والدینش هنگامی که شرایط اورژانسی وجود داشته باشد و صدمات ناگهانی و فوت می تواند حاصل تاخیر در رابطه با تلاش برای دریافت رضایت والدین گردد، می پذیرند (Veilleux, 1996, pp22-23).

نتیجه گیری

مسؤولیت مدنی پزشک در قبال بیماران اورژانسی یکی از مهمترین شقوق مسؤولیت پزشکی تلقی می گردد که مبین تعهد پزشک به جبران ضرری است که در نتیجه اعمال و اقدامات خود، به بیماران اورژانسی وارد کرده است. آنچه مسلم است، در حقوق ایران منبع اصلی تعهد پزشک به درمان و نجات جان بیماران اورژانسی را باید ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴ و قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ دانست. بر اساس ماده واحده چنانچه پزشک از نجات بیمار و درمان وی امتناع کند صرف چنین ترک فعلی پزشک را مسؤول و بر اساس بند ۱ ماده واحده قابل مجازات خواهد بود و چنانچه از این ترک فعل نتیجه ای چون نقص عضو یا مرگ

حادث شود پزشک بر اساس مواد ۲۹۵ و ۴۵۰ ق.م.ا.مسؤول است. اما در مورد مسؤولیت مدنی پزشکان بابت ترک نجات بیماران باید اظهار داشت که دادگاه می‌تواند نظر به تخصص و حرفه یک پزشک و این که انتظار جامعه از او در این مواقع اضطراری بیش‌تر از سایرین است و احتمالاً قادر به ارایه کمک‌های موثرتری است و به همین دلیل هم مقنن مسؤولیت کیفری شدیدتری برای او در نظر گرفته، مسؤولیت بیشتری در جبران خسارات قربانی در مقایسه با افراد عادی بر عهده وی گذارد.

در نظام حقوقی انگلستان رویه قضایی و احکام دادگاه‌ها مهمترین منبع تعهد پزشک به درمان و نجات بیماران اورژانسی است؛ و از آنجا که تکلیف به نجات توسط پزشک در قوانین موضوعه نیامده، اصل بر عدم تکلیف پزشک است. با وجود این امروزه استثنائات بسیاری بر این اصل وارد شده است که از مهمترین این استثنائات می‌توان به معیار وجود یک «رابطه خاص» میان پزشک و بیمار اشاره نمود.

از طرف دیگر گرفتن اجازه از بیمار یا ولی او در فرضی است که امکان تحصیل آن وجود داشته باشد و بیمار در خطر جدی قرار نداشته باشد؛ بنابراین در موارد فوری (مانند سوانح رانندگی و حوادث غیر مترقبه) که امکان به دست آوردن چنین اجازه‌ای وجود نداشته باشد اخذ رضایت و بالطبع تحصیل برائت ضروری نبوده و پزشک ضامن نخواهد بود. در حقوق انگلستان نیز اگر چه غیرقانونی بودن معالجه در صورت عدم رضایت بیمار به عنوان یک اصل قانونی شناخته شده است لیکن تصمیم در خصوص درمان بیماران اورژانسی به مشابه زمانی است که می‌خواهند یک بیمار ناتوان ذهنی را درمان کنند؛ فلذا اخذ رضایت لازم نیست. بر اساس رویه قضایی در حقوق انگلستان بیماران از حیث

عادی یا اورژانسی بودن به دو دسته تقسیم می‌شوند. از این جهت ما در حقوق انگلستان با دو سناریو کلی مواجه می‌باشیم؛ بیماران غیر هوشیار و بیماران هوشیار، که هر یک از این دو خود می‌تواند به دو قسمت اورژانسی و غیر اورژانسی تقسیم شود که البته احکام متعدد و متفاوت دادگاه‌ها را به دنبال داشته است. از طرفی، وفق حقوق ایران، در صورت قصور پزشک در طول درمان و ورود آسیب به بیمار، پزشک بر اساس مواد ۴۹۷-۴۹۵ و ۴۵۰ ق.م.ا.مسؤول است. متناظراً در حقوق انگلستان، اگرچه هیچ مجموعه مشخصی از قوانین در زمینه سوء عملکردهای پزشکی در موارد اورژانسی وجود ندارد که یک قالب کاری مشخص را بیان کند فلذا از طرف دادگاه‌ها اصل واحدی به عنوان مبنای مسؤولیت پزشک در این موارد قرار نگرفته است، لیکن تقصیر پزشک یکی از مبانی مهم و اصلی مسؤولیت مدنی پزشک در قبال درمان بیماران اورژانسی می‌باشد و در این خصوص سوء عملکردهای پزشکی از مجرای نهاد شبه جرم قابل جبران است.

پی‌نوشت‌ها

- ¹ Responsibility, liability
- ² Civil liability
- ³ Medical Responsibility
- ⁴ Emergency
- ⁵ Special Relationship
- ⁶ Childers v. Frye.1969.E176.
- ⁷ Noble v. Sartori, 799 s.w 2d 8.1990
- ⁸ England Medical Association s Principles of Medical Ethics
- ⁹ Rogers v. Samson community hospital 276 F3d 228 (2002)
- ¹⁰ Barnett v. Bachrach 34 A.2d 626 (1996)
- ¹¹ Tabor v. Scobee 254 S.W.2d 474 (1989)

¹² John F. London memorial Hospital v. Hesston 58 NJ 576-279 2d 670 (1993)

¹³ Harrell v. st marys hospital 678 2d 455 (1996)

¹⁴ Erickson v. DiLgard 44 misc 2d 27 (1982)

فهرست منابع

الف: فارسی

- آقابابایی، اسماعیل. ساریخانی، عادل. (۱۳۹۰ش.). ترک فعل منجر به سلب حیات توسط پزشک. *فصلنامه فقه پزشکی*. ش ۷-۸. ۹۹-۷۳.
- آقای نیما، حسین. (۱۳۸۴ش.). *جرایم علیه اشخاص*. (دو جلدی). ج دوم. تهران: نشر میزان.
- الهی منش، محمدرضا. (۱۳۸۵ش.). *حقوق کیفری و تخلفات پزشکی*. چ اول، تهران: انتشارات مجد.
- آموزگار، مرتضی. (۱۳۸۵ش.). *تعقیب کیفری و انتظامی پزشک مقصر*. چ اول. تهران: انتشارات مجد.
- بابایی، ایرج. (۱۳۸۱ش.). بررسی عنصر خطا در حقوق مسؤولیت مدنی ایران. تهران: مجله پژوهش حقوق و سیاست. ش ۷. ۸۹-۴۹.
- جعفری لنگرودی، محمدجعفر. (۱۳۷۸ش.). *ترمینولوژی حقوقی*. چ اول. تهران: گنج دانش و ابن سینا.
- حسینی نژاد، حسینقلی. (۱۳۷۰ش.). *مسؤولیت مدنی*. چ اول. تهران: بخش فرهنگی دانشگاه شهید بهشتی.
- دهخدا، علی اکبر. (۱۳۷۳ش.). *لغت نامه دهخدا*. (چهارده جلدی). ج یازدهم.
- شجاعپوریان، سیاوش. (۱۳۷۳ش.). *مسؤولیت مدنی ناشی از خطای شغلی پزشک*. چ اول. تهران: انتشارات فردوسی.
- صالحی، حمیدرضا. فلاح، محمدرضا. (۱۳۹۱ش.). مطالعه تطبیقی مبانی و کلیات مسؤولیت مدنی پرستاران در حقوق ایران و فرانسه. *فصلنامه حقوق پزشکی*. سال ششم. ش ۲۶. ۹۲-۶۵.
- صفایی، حسین. (۱۳۹۱ش.). مبنای مسؤولیت مدنی پزشک با نگاهی به لایحه جدید قانون مجازات. *دیدگاههای حقوق قضایی*. ش ۵۸. ۱۵۶-۱۴۱.
- عباسی، محمود. (۱۳۸۹ش.). *مسؤولیت پزشکی*. تهران: انتشارات حقوقی.
- عباسی، محمود. (۱۳۸۳ش.). *رضایت به درمان*. تهران: انتشارات حقوقی.
- عباسی، محمود. (۱۳۸۹ش.). *حقوق جزای پزشکی*. تهران: انتشارات حقوقی.

عباسی، محمود. (۱۳۷۷ش.). مجموعه مقالات حقوق پزشکی. ج سوم. تهران: انتشارات حقوقی.

عباسی، محمود. احمدی، احمد. اله بداشتی، ندا. (۱۳۹۲ش.). خودداری از کمک به مصدومین و مسؤولیت های ناشی از آن. فصلنامه حقوق پزشکی. ش ۲۵-۵۶-۲۹.

عمید، حسن. (۱۳۶۵ش.). فرهنگ عمید. (دو جلدی). ج دوم. چ سوم. تهران: انتشارات امیرکبیر.

غفاری، فاطمه. شمس علی نیا، عباس. (۱۳۸۵ش.). پرستاری و فوریت ها و حوادث غیر مترقبه. چ اول. تهران: نشر بشری.

غفاری فارسانی، بهنام. (۱۳۸۷ش.). مسؤولیت مدنی ناشی از ترک نجات جان دیگری. تهران: انتشارات میزان.

فلچر، جورج پی. (۱۳۸۴ش.). مفاهیم بنیادین حقوق کیفری. (ترجمه سید مهدی سیدزاده ثانی). مشهد: انتشارات علوم رضوی.

قاسم زاده، مرتضی. (۱۳۷۶ش.). مسؤولیت مدنی شخص خوددار. فصلنامه دیدگاه های حقوقی. ش ۸. ۵۱-۷۱.

کاتوزیان، ناصر. (۱۳۷۷ش.). وقایع حقوقی (دوره مقدماتی حقوق مدنی). تهران: شرکت سهامی انتشار.

کاتوزیان، ناصر. (۱۳۷۸ش.). مسؤولیت مدنی و ضمان قهری. (دو جلدی). جلد دوم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

محقق داماد، مصطفی. (۱۳۸۹ش.). فقه پزشکی. تهران: انتشارات حقوقی.

ب: عربی

السنهوری، احمد. (۱۹۴۶م.). الموجز فی النظریات العامه فی الالتزامات. قاهره.

البیه، محسن عبدالحمید. (۱۹۹۳م.). خطاء الطیب الموجب المسئولیه المدنیه. فی ظل القواعد القانونیه و التقليديه. الكويت: طباعه مطابق الخط.

ابن حمزه الطوسی، ابی جعفر محمدبن علی. (۱۴۰۸ه.ق.). الوسيله الی نیل الفضیله. (تحقیق از محمد الحسون). قم: مکتبه السیر المرعی.

ابن حنبل، امام ابو عبدالله. (۱۳۱۳ه.ق.). مستند آلام احمد. (۶ جلدی). ج ۱. مصر: انتشارات میمنه.

ابن قائم، عبدالرحمن بن محمدبن قائم عاصمی مجدی. (بی تا). حاشیه ابن قائم علی الروض المربع. (۹ جلدی). ج ۷. بیروت.

ابن ادریس الحلی، ابن جعفر محمدبن منصور. (۱۴۱۱ه.ق.). السرائر. (۳ جلدی). ج ۳. الطبعة الثانیه. قم: موسسه النشر الاسلامی.

- ابوعزه، عبدالستار. (۱۴۱۱ ه.ق.). *بحوث فی الفقه الطبی. الطبعة الاول. مصر: نشر دار الاقضى.*
- ابوعامر، محمد ذکی. (۱۹۹۲ م.). *قانون العقوبات. القسم العام. بیروت: الدار الجامعیه.*
- حکیم، سید محسن. (بی تا). *مستمسک العروه الوثقی. بیروت: دار الاحیاء التراث العربی.*
- الحلی، یحیی ابن سعید. (۱۴۰۵ ه.ق.). *الجامع الشرایع. (تحقیق از الشیخ السبحانی). قم: موسسه سید الشهداء.*
- الحسینی السیستانی، سیدعلی. (۱۴۱۶ ه.ق.). *منهاج الصالحین. (۲ جلدی). ج ۲. قم: مکتبه آیه الله السید علی الحسینی السیستانی.*
- شهید اول، محمد بن مکی. (۱۴۱۴ ه.ق.). *الدروس. (۳ جلدی). ج ۳. قم: موسسه النشر الاسلامی.*
- شیخ طوسی، ابوجعفر محمدبن حسن. (۱۳۸۷ ش.). *المبسوط. (تحقیق از محمد باقر البهبودی). (۸ جلدی). ج ۶. بی جا. المکتبه المرتضویه.*
- شیخ طوسی، ابوجعفر محمدبن حسن. (۱۴۱۷ ه.ق.). *الخلاص. (تحقیق از سیدجواد شهرستانی، سید علی خراسانی و محمد مهدی نجف). (۶ جلدی). ج ۶. قم: موسسه النشر الاسلامی.*
- علامه حلی، حسن بن یوسف. (۱۴۱۵ ه.ق.). *مختلف الشیعه. (۹ جلدی). ج ۸. قم: موسسه النشر الاسلامی.*
- علامه حلی، حسن بن یوسف. (۱۴۲۰ ه.ق.). *تحریر الاحکام. (۲ جلدی). ج ۲. قم: چاپ اعتماد.*
- علامه حلی، حسن بن یوسف. (۱۴۱۳ ه.ق.). *قواعد الاحکام. (۳ جلدی). ج ۲. قم: موسسه النشر الاسلامی.*
- علامه حلی، حسن بن یوسف. (بی تا). *تذکره الفقه. (۱۲ جلدی). ج ۲. بی جا: مکتبه الوضویه لاحیاء آثار الجعفریه.*
- گیلانی قمی، میرزا ابوالقاسم. (۱۳۷۱ ش.). *جامع الشتات. تصحیح مرتضی رضوی. تهران: انتشارات موسسه کیهان.*
- محقق الحلی، نجم الدین جعفر بن حسن. (۱۴۰۹ ه.ق.). *شرایع الاسلام. (تحقیق از السید صادق الشیرازی). (۸ جلدی). ج ۴. الطبعة الثانیه. تهران: انتشارات الاستقلال.*
- الموسوی گلپایگانی، محمدرضا. (۱۴۱۳ ه.ق.). *هدایه العباد. (۲ جلدی). ج ۲. قم: دارالقرآن الکریم.*

ج: منابع انگلیسی

- Flamm, M.B. (2000). *Medical Malpractice and the Physician Defendant. Legal Medicine. 4 Ed.*

- Hartman, K. Liang, MD. (2000). Exceptions to informed consent ion medicine emergency in legal medical and health law.
- Hogan, Neale. (2003). *unhealed wounds medical malpractice in twentieth gentury*. Publishing Ile. New yourk.
- Kessler, Daniel p. Summerton, Nicholas. Graham, john R. (2006). *Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. National Health system. (USA.UK.AUS)*. Lancet; 3,68: 2,40-48.
- Mojun WM. (1998). Informed consent legal competency not determinative of person's ability to consent to medicate treatment. Miller V. Rhode hospital 626 A 2d 778m.
- Stauch MA. Kay wheat, BA. And tingle J. (2002). *Sorce Book on medical law*. Cavandish publishing limited.
- Stauch, MA. (2008). *the law of medical negligene in England and germany*. Hart publish hing.
- Veilleux. (1996). medical practitioner, liability for treatment given child without prents consent in England law reports. Ed4. *Stpaul England law*, Institute.
- Woozley, A.D. (1983). *A Duty to Rescue: Some Thoughts on Criminal Liability*. Virginia Law Review. Vol.69. No.7.

یادداشت شناسه مؤلفان

ابراهیم تقی زاده: دانشیار، گروه حقوق، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

محمود عباسی: رئیس مرکز تحقیقات حقوق و اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

سحر علیپور: دانشجوی دوره دکتری حقوق خصوصی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیکی: Alipor.sahar@gmail.com

**Civil liability of physicians for emergency patients
(With comparative study of law Iran and the United Kingdom)**

Ebrahim Taghizadeh

Mahmoud Abbasi

Sahar Alipour

Abstract

This research has tried to scrutinize an important issue that is Civil liability of physicians for emergency patients (under its comparative form) for the first time in our legal literature. To achieve this the civil liability of physicians for emergency patients is examined from two perspectives; A) civil liability for doctors who refuse to treat or leave emergency rescue. B) Civil responsibility in return for physician negligence patients under treatment.

Research findings indicate that a single article of the Penal Code on withholding aid to victims and eliminating risks to life, penalties helping to save the lives of victims or refusing to treat emergency patients only leave of the best examples is the fault of the physician's civil liability will follow. If due to omission criminals such as death or disability as the result of medical negligence occur the physician will sponsor negligence under Article 295 and 450 IPC.

On the other hand, although according to the law of consent to treatment and emergency surgery, the permission of patient or his guardian is not required, an exemption certificate will not be at fault but the fault of the doctor or surgical treatment on the basis of Article 497 to 495 and 450 IPC stresses civic responsibility.

In the legal system of England due to the lack of legislated laws the principles are based on No-responsibility (physicians) for emergency survival. However, different judicial practices in this country indicate that exceptions according to the adoption of a "special relationship" (between doctor and patient) have been entered. In addition, physicians are required to adhere to a standard of care during treatment. However, the court's approach is based on the classification of patients with non-emergency alert and emergency alert.

Keywords: emergency patients, civil liability, fault, the legal system of England