



## Analysis of the Islamic Penal Code Regarding the Responsibility of Medical Staff in the Field of Medical Equipment

Fatemeh Bakhtiari<sup>1\*</sup>, Zahra Bakhtiari<sup>2</sup>, Mohammad Reza Aghajani<sup>3</sup>

1. Department of Law, Faculty of Law, Mofid University, Qom, Iran.

2. Department of Law, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

3. Department of Theology, Faculty of Humanities, Payam Noor University, Tehran, Iran.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** The wide range of medical equipment and its widespread use, on the one hand, and the growing trend of injury to patients, on the other, redouble the need for research on the responsibility of physicians and medical staff. The present article has been written with the aim of analyzing the Islamic Penal Code on the responsibility of medical staff in the field of medical equipment and showing its challenges in this field.

**Method:** Leading research has been compiled by descriptive-analytical method and by collecting information in the form of a library and referring to laws and legal articles.

**Ethical Considerations:** In all stages of writing this article, while respecting the rights of others, honesty and trustworthiness have also been observed.

**Results:** The findings indicate that in Article 319 of the Islamic Penal Code adopted in 1991, the principle was the absolute responsibility of the medical staff. However, Article 495 of the Islamic Penal Code adopted in 1392 provides for liability based on fault, which will create problems for proving the fault of medical staff in prescribing and using medical equipment for patients.

**Conclusion:** Analysis and evaluation of the new Islamic Penal Code shows that although our legislator has approved articles on the responsibility of medical staff, but in practice with serious challenges, including guaranteeing the responsibility of the patient and the nurse deprived of specialized medical courses. Facing and ignoring other medical-related words. Also, in accordance with the laws and regulations of the United Kingdom and the United States regarding medical equipment, the patient's right to information should be taken into account when drafting laws.

**Keywords:** Responsibility; Medical staff; Medical equipment; Doctor; Fault; Injury

**Corresponding Author:** Fatemeh Bakhtiari; **Email:** Fbakhtiari920@yahoo.com

**Received:** March 28, 2021; **Accepted:** November 30, 2021; **Published Online:** October 06, 2022

### Please cite this article as:

Bakhtiari F, Bakhtiari Z, Aghajani MR. Analysis of the Islamic Penal Code Regarding the Responsibility of Medical Staff in the Field of Medical Equipment. *Medical Law Journal*. 2022; 16(57): e59.



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

## مجله حقوق پزشکی

دوره شانزدهم، شماره پنجاه و هفتم، ۱۴۰۱

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>

انجمن حقوق پزشکی و اخلاق سلامت

## تحلیل قانون مجازات اسلامی در خصوص مسئولیت کادر درمان در حوزه تجهیزات پزشکی

فاطمه بختیاری<sup>۱\*</sup>، زهرا بختیاری<sup>۲</sup>، محمدرضا آقاجانی<sup>۳</sup>

۱. گروه حقوق، دانشکده حقوق، دانشگاه مفید، قم، ایران.
۲. گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.
۳. گروه الهیات، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

## چکیده

**زمینه و هدف:** طیف وسیع تجهیزات پزشکی و گسترش استفاده از آن از یک طرف و روند رو به رشد صدمه و آسیب بر بیماران از سوی دیگر، ضرورت پژوهش در خصوص مسئولیت پزشک و کادر درمان را دوچندان می‌کند؛ مقاله حاضر با هدف تحلیل و واکاوی قانون مجازات اسلامی در مورد مسئولیت کادر درمان در حیطه تجهیزات پزشکی و نشان‌دادن چالش‌های آن در این زمینه نگاشته شده است.

**روش:** پژوهش پیش رو با روش توصیفی - تحلیلی و از طریق جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و با مراجعه به قوانین و مقالات حقوقی تدوین گردیده است.

**ملاحظات اخلاقی:** در تمام مراحل نگارش مقاله حاضر، ضمن رعایت حقوق دیگران، صداقت و امانتداری نیز رعایت شده است.

**یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از آن است که در ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ اصل بر مسئولیت مطلق کادر درمان بود، حال آنکه در ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ مسئولیت مبتنی بر تقصیر در نظر گرفته شده است که همین امر مشکلاتی برای اثبات تقصیر کادر درمان در تجویز و به کارگیری تجهیزات پزشکی برای بیماران ایجاد خواهد کرد.

**نتیجه‌گیری:** با تحلیل و ارزیابی قانون مجازات اسلامی جدید مشاهده می‌شود، گرچه قانونگذار ما، موادی در خصوص مسئولیت کادر درمان تصویب کرده است، اما در عمل با چالش‌های جدی، از جمله ضمان بر عهده بیمار و پرستار محروم از دوره‌های تخصصی پزشکی قرارداد و بی‌توجهی به سایر حرف و ابسته به پزشکی رو به روست. همچنین با عنایت به قوانین و دستورالعمل‌های اجرایی انگلستان و آمریکا در خصوص تجهیزات پزشکی می‌بایست حق بیمار در مورد آگاهی در هنگام تدوین قوانین مد نظر قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** مسئولیت؛ کادر درمان؛ تجهیزات پزشکی؛ پزشک؛ تقصیر؛ آسیب

نویسنده مسئول: فاطمه بختیاری؛ پست الکترونیک: [Fbakhtiari920@yahoo.com](mailto:Fbakhtiari920@yahoo.com)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۰۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۰۹؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۷/۱۴

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

Bakhtiari F, Bakhtiari Z, Aghajani MR. Analysis of the Islamic Penal Code Regarding the Responsibility of Medical Staff in the Field of Medical Equipment. Medical Law Journal. 2022; 16(57): e59.

## مقدمه

یکی از نشانه‌های توسعه جوامع، پیشرفت در دانش پزشکی و گسترش تجهیزات پزشکی است. اعلامیه راهنمای توصیه‌هایی برای بررسی و راه‌اندازی دستگاه‌های پزشکی خاص انگلستان در سال ۲۰۱۹، هرگونه ابزار، لوازم، نرم‌افزار و موادی که خواه به تنهایی و چه به صورت ترکیبی برای انسان به منظور نظارت، درمان، تسکین بیماری، اصلاح آناتومی یا روند فیزیولوژی و کنترل بارداری استفاده می‌شود را تجهیزات پزشکی دانسته است. علیرغم استفاده مفیدی که این اقلام در بهبود سلامت افراد دارند، گاه برخلاف کاربرد خود سبب آسیب می‌شوند. در علم پزشکی، تجهیزاتی استاندارد به شمار می‌آیند که حد مطلوبی از وزن، طول و یا حجم داشته باشند تا کمیت وسیله، مورد قبول بوده و همینطور با رعایت مقررات فنی، شاخصی از کیفیت برای کالای پزشکی حاصل شود. با این حال گاه کادر درمان با تجویز و به کارگیری تجهیزات غیر استاندارد، مرتکب خطای پزشکی در معاینه و انجام آزمایشات و هدایت مسیر درمان می‌شوند و به بیماران آسیب می‌رسانند که همین امر نیازمند حمایت قانونی است. کادر درمان مطابق فرهنگ لغت برخط فارلکس ایالات متحده آمریکا، مجموعه سازمان‌یافته پزشکان دارای مجوز و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است که به موجب قانون مجاز به ارائه مراقبت‌های پزشکی هستند.

## روش

پژوهش پیش رو با روش توصیفی - تحلیلی و از طریق جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و با مراجعه به قوانین و مقالات حقوقی تدوین گردیده است.

## یافته‌ها

قانونگذار در ق.م.ا مصوب ۱۳۷۰، نظریه مسئولیت بدون تقصیر را پذیرفته بود که در سال ۱۳۹۲ از این دیدگاه خود، عدول کرد و نظریه مسئولیت مبتنی بر وقوع تقصیر را ملاک قرار داد. این در حالی است که مقنن می‌تواند با تصویب مقررات

متناسب و انجام اصلاحاتی در خصوص ضمان کادر درمان از وقوع صدمه به بیماران و تحمیل هزینه‌های مضاعف هم به آحاد جامعه و هم به مراکز درمانی جلوگیری کند.

۱. پیشینه تحقیق: در خصوص موضوع مطروحه کتابی با عنوان مسئولیت مدنی ناشی از فرایند درمان توسط حمیدرضا صالحی نگاشته شده است که به بررسی تقصیر پزشکی و نقش آن در مسئولیت مدنی صاحبان حرف پزشکی می‌پردازد، پرواضح است نوشته مذکور متفاوت از پژوهش حاضر بوده، چراکه در مقاله پیش رو نه به بررسی مسئولیت مدنی، بلکه به تحلیل قانون مجازات اسلامی در خصوص مسئولیت کادر درمان و نه فقط پزشکان می‌پردازیم که در این مورد شواهدی نیز از قوانین آمریکا و انگلستان در حوزه تجهیزات پزشکی نیز ارائه کرده‌ایم. از این رو برای تبیین این امر، در طی دو مبحث کلی، مطالب را سامان دادیم. مبحث اول اشاره به ماهیت تعهد کادر درمان و ضرورت ایجاد مسئولیت برای آن‌هاست و در مبحث دوم به مسئولیت کادر درمان با توجه به قانون مجازات اسلامی می‌پردازیم.

## بحث

۱. ماهیت تعهد کادر درمان و ضرورت ایجاد مسئولیت برای آن‌ها: اصل کلی در قلمرو تعهدات، تعهد به نتیجه است. با این وجود، پایبندی بدان در تمام قراردادهای خصوصاً زمینه بهداشت و درمان تبعات سوئی دارد؛ به دلیل آنکه رهایی از مسئولیت و یا تشدید آن هر دو صدمات جبران‌ناپذیری بر پیکره نظام درمانی و علی‌الخصوص بیماران خواهد زد، چراکه از یکسو موجب پایمال شدن حقوق و ارزش‌های انسانی و از سوی دیگر منجر به عدم رغبت کادر درمان به معالجه خواهد شد. بنابراین ضرورت ایجاد می‌کند که قانونگذار با گام‌هایی سنجیده در این مسیر وارد شود. در این قسمت در دو بند به بررسی ماهیت تعهدات کادر درمان و همچنین به بیان ضروریاتی که اقتضای ایجاد مسئولیت برای این اشخاص را می‌کند، خواهیم پرداخت.

## ۱-۲. ضرورت ایجاد مسئولیت برای کادر درمان:

پیچیدگی در حوزه تجهیزات پزشکی، حفظ نظم، تأمین سلامت، مدیریت خطر جرم و الزام به ارائه اطلاعات توسط کادر درمان را ایجاد می‌کند که همه این موارد را می‌توان از دغدغه‌های مهم حقوق، از جمله حقوق جزا دانست. همین امر اقتضا می‌کند که اقدامات کادر درمان در این حوزه با دقت بیشتری مورد واکاوی قرار گرفته و در صورت ضرورت جرم‌انگاری شود که در این قسمت در چند بند بدین موضوع اشاره شده است.

## ۱-۲-۱. حفظ نظم عمومی: نظم عمومی، نتیجه وجود

قوانینی است که در پناه آن، وجود شوونات و منافع اجتماع و اشخاص مورد صیانت جدی واقع می‌شود. اخلاق در آن، سبب جریحه‌دار شدن وجدان جامعه خواهد شد؛ مجموعه این قوانین و مقررات، اساس و موجودیت سازمان جامعه را استوار نگاه می‌دارد و در مقابل، عدم رعایت آن‌ها موجب تشنج در جامعه می‌شود (۱-۲). واضح است که نظم عمومی، ضامن منافع عموم بوده و خواسته اکثریت آحاد جامعه است و چنانچه فردی برخلاف آن عمل کند، قابل قبول نیست (۳). در این میان، کادر درمانی که با عمد یا تقصیر، ملزوماتی را تجویز و یا به کار می‌گیرند که منافع و سلامتی بیماران را به خطر می‌اندازند، منجر به بی‌نظمی می‌شوند. در این خصوص، وظیفه دولت آن است که حمایت‌های همه‌جانبه‌ای را از خدمات بهداشتی و مراقبت‌های پزشکی تمام افراد به عمل آورد که این مهم، با تصویب قوانین مناسب، قابل انجام است. برای مثال، پزشک جراحی که با عدم دقت کافی نسبت به غیر استاندارد بودن لوازمی که مشمول مقررات استاندارد اجباری است، آن‌ها را به کار گرفته و اقدام به بخیه محل جراحی بیمار می‌کند و به دلیل آن به مرور عفونت شدید در محل جراحی ایجاد می‌شود؛ در حقیقت وی با رفتار خود جان، آرامش و به طور کلی منافع شهروندان را به خطر انداخته است. با عنایت به تمام موارد مذکور، دولت، با قانونگذاری شایسته به عنوان یکی از ابزارهای وزین حکومت، می‌بایست همه تلاش خود را به کار گیرد تا میان منافع بیماران و منافع اشخاص فعال در حوزه

۱-۱. ماهیت تعهد کادر درمان: در حقوق موضوعه برای بیان ماهیت تعهدات قراردادی که مسئولیت کادر درمان نیز جزئی از آن است دو نوع تعهد اعم از تعهد به نتیجه یا تعهد به وسیله در نظر گرفته شده است که در ادامه به بیان هر یک خواهیم پرداخت.

## ۱-۱-۱. تعهد به نتیجه - تعهد به وسیله: مطابق ماده اول

قانون مسئولیت مدنی «هرکس بدون مجوز قانونی عمداً یا در نتیجه بی‌احتیاطی به جان یا سلامتی یا مال یا آزادی یا حیثیت یا شهرت تجارتي یا به هر حق دیگری که به موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده لطمه‌ای وارد نماید که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود، مسئول جبران خسارت ناشی از عمل خود می‌باشد.» برای مسئول شناختن کادر درمان در استفاده و تجویز تجهیزات پزشکی به صرف تقصیر و وقوع آسیب به بیماران نمی‌توان کادر درمان را مسئول دانست، بلکه باید رابطه سببیتی میان اقدامات ارتكابی این اشخاص و صدمه واقع شده، وجود داشته باشد. در یک قرارداد پیمانکاری ساختمان، پیمانکار متعهد به تکمیل بنا است. در واقع وی تعهد دارد که واحد ساختمانی مربوطه را با رعایت تمام اصول ایمنی به سرانجام برساند که در حقیقت این همان نتیجه نهایی قرارداد است. حال آنکه برخی دیگر از قراردادها، مانند قرارداد مراکز درمانی با بیماران، تعهد به وسیله است، زیرا علم پزشکی را نمی‌توان، دانشی کامل دانست که بتوان تمام امور را با جزئیات آن دقیق سنجید، به دلیل آنکه بسیاری از امور اثرگذار دیگری نیز حین به کارگیری وسیله پزشکی وجود دارد که پزشک بر آن‌ها تسلطی ندارد. تعهد به وسیله در امور پزشکی به معنای آن است که کادر درمان تمام سعی خود را به کار می‌برد تا بتواند به آن نتیجه مورد انتظار که همانا سلامتی بیمار است، برسد چه این نتیجه به دست آید، چه آنکه به این هدف نرسد. در واقع همین که جراح با رعایت استانداردهای مرسوم عرف پزشکی و با به کار بستن احتیاطات ضروری اقدام به معالجه بیمار می‌کند کفایت خواهد کرد که این امر همان تفکری است که قانونگذار در زمان تصویب قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ در نظر داشته است.

۱-۲-۳. مدیریت خطر جرم: کیفرشناسی جدید، اجتماعی امنیت‌مدار را به تصویر می‌کشد که برای تأمین امنیت با تحت کنترل‌درآوردن اشخاصی که در معرض بزه‌کاری هستند، خطر ارتکاب رفتار مجرمانه را کاهش دهد. کیفرشناسی در این حوزه سعی بر آن دارد به طبقه‌بندی بزه‌کاری بر اساس میزان خطر بزه‌کاری، نوع جرم، میزان آسیب و خسارت وارده، آسیب‌پذیری بزه‌دیده و سایر مؤلفه‌ها بپردازد. در واقع شناخت خطر ارتکاب جرم، واکاوی خطر با توجه به میزان و اهمیت آن و در نهایت اتخاذ تدابیری جهت کنترل خطر را، باید «مدیریت خطر جرم» دانست. به بیان دیگر «شناسایی، تحلیل و کنترل نتایج بالقوه نامطلوب که ارائه صحیح مراقبت‌های بهداشتی به بیماران را تهدید می‌کند» (۷) را می‌توان تعریفی دیگر از مدیریت خطر جرم دانست. فرهنگ لغت بلک خطر را چنین تعریف کرده است: «۱- احتمال آسیب دیدگی یا زیان؛ ۲- مسئولیت ناشی از جراحت یا ضرر یک اتفاق یا رویداد» (۸). با توجه به تعریف ارائه‌شده از خطر نکات ذیل برداشت می‌شود: ۱- رفتاری که احتمال وقوع آسیب یا ضرر را دارد، به عنوان مثال وقتی که جراحی، دقت و تمرکز کافی در به کارگذاشتن دستگاه استنت قلبی (باطری قلب) در عروق بیمار را ندارد که همین امر احتمال ورود صدمه و آسیب به فرد را در پی دارد؛ ۲- ایجاد مسئولیت برای پزشکی که با علم به غیر استاندارد بودن کالای پزشکی، اقدام به تجویز این وسیله کرده و در نتیجه سبب جراحت به بیمار می‌شود. «در این رویکرد، ریسک به معنای خود خطر است و هدف مدیریت کردن خود پیشامد نامطلوب است. این در حالی است که در آنچه که تحت عنوان مدیریت کیفری ریسک جرم وجود دارد، سوژه اصلی «مجرم» است و تلاش بر این است مرتکبین را به حسب فراوانی ارتکاب جرم از ناحیه آنان و شدت آن مورد طبقه‌بندی و کنترل قرار گیرند» (۹). در حقیقت در مدیریت خطر مجرمان، به فراوانی وقوع جرم، شدت خطر و تبعات جرم نیز توجه می‌شود. در این دیدگاه، بزه‌کار و رفتار بزه‌کارانه که در اجتماع وجود دارد باید توسط حکومت مدیریت شده و تحت کنترل درآید. به بیانی دیگر، در این رویکرد با تمرکز بر میزان و شدت جرم ارتكابی و

درمان، تعادلی مناسب ایجاد کند، در غیر این صورت، به مرور، فرهنگ زیر پانهادن قانون شکل می‌گیرد و سرانجام نظم عمومی نقض خواهد شد.

۱-۲-۲. تأمین سلامت جسمی و روانی: سلامتی، مفهومی پویا و غیر ثابت است که در هر دوره‌ای، با تحولاتی همراه می‌باشد که می‌تواند از شرایط ژنتیکی و محیط اطراف شخص، تأثیر پذیرد. سلامتی را می‌توان وضعیت مثبتی از ثبات جسمانی، ذهنی، روانی و اجتماعی دانست که البته مطلق و دائمی نیست، اما با این وجود همه مردم فعالانه برای ارتقا و تثبیت آن می‌کوشند (۴)، از طرفی حق تأمین سلامت اشخاص آسیب‌پذیر، از حقوق ارزشمند بشر محسوب می‌شود تا آنجا که در ماده ۸ اعلامیه جهانی اخلاق زیستی و حقوق بشر سال ۲۰۰۵، چنین عنوان شده است: «در راستای گسترش دانش علمی، عمل پزشکی و فناوری‌های مرتبط، آسیب‌پذیری انسانی باید مورد توجه قرار گیرد. گروه‌های آسیب‌پذیر باید مورد حمایت و تمامیت فردی آنان مورد احترام قرار گیرد» (۵). دهه‌های اخیر، شاهد پیشرفت‌های بزرگی در پزشکی بوده است. فناوری‌هایی که مسئولیت و نتیجه آن‌ها تشخیص آسان‌تر و دقیق‌تر، درمان مؤثرتر و توانایی آحاد مردم در زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر است (۶)، ولی چنانچه در این راستا به واسطه تجویز و به کارگیری تجهیزات غیر استاندارد آسیبی به مصرف‌کننده وارد آید، قطعاً موجب پاسخگویی عاملان آن خواهد بود، چراکه در این میان بیمار حق دارد که هماهنگ با وضعیت خود مراقبت‌ها و لوازم پزشکی متناسب را دریافت کند و همچنین انتظار اثربخشی و درمان مطلوبی را داشته باشد. چشم‌داشت معقولی است که با استفاده از تجهیزات پزشکی شرایط جسمی شخص رو به بهبودی گذارد، نه اینکه با غیر استاندارد بودن ملزومات، سلامت جسمی و روانی فرد رو به وخامت رود. حقوق کیفری موظف به صیانت از این حق از طریق اتخاذ تدابیری مطلوب است، به طوری که هرگاه اشخاص فعال در عرصه تجهیزات پزشکی با اقدامات خود این حق مسلم را تحت تأثیر منفی قرار دهند، شایسته برخورد بوده و با مجازاتی متناسب بدین رفتارها پاسخ داده شود.

یا اینکه با بازشناسایی وضعیت‌هایی که زمینه‌ساز وقوع جرم هستند سعی در کنترل و مدیریت خطر و مصون‌داشتن جامعه از جرم دارد. قانونگذار ما در ماده ۶۲۱ قانون تعزیرات مصوب ۱۳۷۵ در اندیشه حمایت از بزه‌دیده و توجه به آسیب‌پذیری وی، آدم‌ربایی شخص زیر ۱۵ سال را با حداکثر مجازات، یعنی ۱۵ سال حبس پاسخ می‌دهد، حال آنکه از سنجش و در نظرگرفتن چنین معیاری در جرائم علیه بیماران و مصرف‌کنندگان تجهیزات پزشکی استفاده نشده است، چنانچه صدمه‌پذیری بزه‌دیده که ارتباط بلاواسطه با سرزنش بزه‌کار دارد، ملاکی برای میزان مجازات در این ماده باشد، در جرائمی که در اثر استفاده از ملزومات پزشکی غیر استاندارد، علیه بیمار رخ می‌دهد، این ملاک، کمتر و ضعیف‌تر نبوده و نباید این آسیب را کمتر از آسیب آدم‌ربایی به حساب آورد. بنابراین با توجه به تنوع لوازم پزشکی و با توجه به طیف گسترده افرادی که با این اقلام ارتباط دارند، از حقوق کیفری انتظار می‌رود که با مدیریت مناسب و اتخاذ تدابیر شایسته به حمایت از افسار آسیب‌پذیر مبادرت ورزد.

**۲-۱-۴. برخورداری از آموزش و اطلاعات:** بیمار حق دارد آموزش لازم درباره نحوه استفاده درست از لوازم پزشکی و همینطور دانسته‌های اساسی درباره وسیله تجویزی را کسب کند تا بتواند به نحو مطلوب از کالای خریداری‌شده بهره‌مند شود. در بند ۸ سند خط مشی تجهیزات پزشکی انگلستان در سال ۲۰۲۰ وظایفی بر دوش مدیران مراکز درمانی نهاده شده، مبنی بر اینکه بایستی اطمینان حاصل کنند که تجهیزات پزشکی برای بیماران بدون دستورالعمل‌ها و آموزش‌های مناسب تجویز نشده باشد، در غیر این صورت موجبات مسئولیت آن‌ها فراهم می‌شود. در واقع بایستی گفت «پزشک در قبال معالجه سوء مسئول است، چراکه نتوانسته در مورد خطرات به بیمار هشدار دهد» (۱۳). اهمیت آموزش و کسب اطلاعات تا به اندازه‌ای است که رضایت به هر اقدام درمانی و به کارگیری هر وسیله پزشکی منوط به رضایت شخص است، ولی در عین حال «مردم نمی‌توانند نسبت به چیزهایی که از آن آگاهی ندارند، رضایت دهند. بنابراین رضایت بدون آگاهی

اعتباری ندارد» (۱۴). بر این اساس، اطلاع‌رسانی به بیمار را باید جزئی از روند درمان محسوب کرد، چراکه برای داشتن رضایتی مؤثر، اطلاعات می‌بایست به صورت آگاهانه کسب شود و توضیحات منطقی و منصفانه مربوط به درمان مورد نظر، از جمله تأثیر احتمالی آن و هرگونه خطرات غیر معمول و خاص توسط پزشک به بیمار ارائه شود (۱۵). همچنین «بیمار حق دارد اطلاعات ضروری را از پزشک خود به دست آورد. برای رضایت آگاهانه به جز در فوریت‌های پزشکی، این اطلاعات، شامل روش خاص درمانی و تشخیصی، عوارض درمان و مدت احتمالی ناتوانی است» (۱۶)، البته عوامل بسیاری بر روی میزان اطلاعاتی که کادر درمان ملزم به ارائه آن به بیمار هستند تأثیر می‌گذارد که از جمله آن‌ها، «صلاحیت بیمار در تصمیم‌گیری پیرامون درمان مورد نظر، میزان علاقمندی بیمار در کسب اطلاعات مربوط، خطرات، سطح تأثیر احتمالی بر روی بیمار» (۱۷) را می‌توان عنوان کرد. بایستی گفت چنانچه آموزش و اطلاعات کافی در اختیار بیمار قرار نگیرد، شرایط استاندارد کالا رعایت نشده است. برای مثال، شخصی که لنز طبی تهیه می‌کند، باید آموزش و اطلاعات لازم در مورد نحوه استفاده و نگهداری آن را در اختیار داشته باشد، چراکه مصرف‌کننده مدل ویال لنز طبی، باید مطلع باشد که استفاده بیش از ۸ ساعت از آن موجب آسیب به بینایی خواهد شد، حال آنکه همین مشکل در مدل فصلی لنز طبی وجود ندارد. بنابراین حق برخورداری از آموزش و اطلاعات به اندازه‌ای با اهمیت است که نه‌تنها بهره‌مندی از وسیله پزشکی را منتفی کرده، بلکه ملزوماتی را که می‌توانسته سودمند واقع شود، خطرناک می‌سازد. از حقوق کیفری انتظار می‌رود با مداخله شایسته خود، نسبت به رفتار کادر درمانی که این حقوق اساسی بیمار را زیر پا گذاشته‌اند، برخورد مناسبی داشته باشد.

**۲. مسئولیت کادر درمان در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲:** حال که آشکار شد اساس تعهد کادر درمان، تعهد به وسیله است نه تعهد به نتیجه، به طرح این پرسش می‌پردازیم که قانون مجازات اسلامی، چه در قانون سابق مصوب ۱۳۷۰ و چه در قانون جدید مصوب ۱۳۹۲، چه

موضعی در قبال این تعهد داشته و کدام یک بهتر از این وظیفه پاسداری می‌کنند؟

۱-۲. تجویز یا به کارگیری تجهیزات پزشکی توسط پزشک: در فقه، در خصوص این موضوع که در صورت اخذ یا عدم اخذ برائت از بیمار، پزشک مسئول است یا خیر، اختلاف وجود دارد؛ «گروهی از فقها بر این باورند که رضایت بیمار و مهارت پزشک به تنهایی برای رفع مسئولیت پزشک کافی نبوده و بدون اخذ برائت پزشک ضامن است. در مقابل، ابن ادریس معتقد است در صورتی که پزشک مهارت کافی داشته باشد و اقدامات درمانی وی نیز با رضایت بیمار انجام شده باشد، هیچ مسئولیتی در برابر نتیجه درمان خود نسبت به بیمار ندارد» (۱۸). این دیدگاه اخیر قابل نقد است، چراکه در ابتدا می‌بایست میان اقدام درمانی که خطر مرگ را در پی ندارد و اقدامی که خطر مستقیم برای حیات شخص دارد، تفاوت گذاشت. در شرایطی که جراحی کوچکی ایجاد شده که پزشک با باند غیر استانداری مبادرت به پانسمان محل جراحی کرده و بعد از مدتی به دلیل غیر استاندارد بودن باند، محل جراحی عفونت ساده‌ای می‌کند، ولی در عین حال خطر جانی ندارد را نباید با فرضی که جراح قلب اقدام به کار گذاشتن باطری قلب غیر استانداری در بدن بیمار می‌کند، یکسان دانست؛ به دلیل آنکه این وضعیت خطر بسیار جدی برای حیات بیمار دارد. اگر قائل به نظر ابن ادریس باشیم، نباید تفاوتی میان این دو وضعیت گذاشت. نکته بعدی اینکه، بیمار رضایت به اقدامات درمانی داده، ولی قطعاً رضایتی بر تلف جان و نفی سلامتی خود نداده است. پس نمی‌توان پذیرفت رضایت او به درمان مساوی رضایت او به تلف جان خویش است. در ق.م.ا مصوب ۱۳۹۲ به صراحت در مورد تجهیزات پزشکی سخنی به میان نیامده، ولیکن با مراجعه به مواد ۴۹۵ الی ۴۹۷ که مربوط به معالجه بیمار توسط پزشک است، می‌توان این مواد قانونی را به درمان بیمار از طریق این ملزومات تعمیم داد، چنانچه پزشک جهت درمان شخص، اقدام به، استفاده از تجهیزات پزشکی کند، ماده‌ای که می‌تواند مبنای مسئولیت وی را به خوبی نشان دهد، ماده ۴۹۵ خواهد بود، که 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... تبصره ۱: در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هرچند برائت اخذ نکرده باشد.» این ماده، اظهار می‌دارد که پزشک، بایستی مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی اقدام به معالجه بیمار کند و اگر ثابت شود که تقصیر کرده است ضامن خواهد بود. با این حال در ق.م.ا سابق در ماده ۳۱۹ چنین مقرر می‌داشت: «هرگاه طبیبی، گرچه حاذق و متخصص باشد، در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند، هرچند با اذن مریض یا ولی او باشد باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است» که مقنن اصل را بر مسئولیت مطلق پزشک قرار داده بود و ضمان را مشروط به اثبات تقصیر طبیب نمی‌دانست و صرف اثبات رابطه سببیت میان اقدام پزشک و بروز خسارت جانی، برای اثبات مسئولیت پزشک، کافی بود، ولیکن در قانون مجازات جدید، با تصویب ماده ۴۹۵، مسئولیت و ضمان کادر درمان، مشروط به تقصیر است. به نظر می‌رسد «عدم ضمان پزشک از باب قاعده احسان که بر قاعده اتلاف حکومت دارد، است و مسئولیتی متوجه وی نیست» (۱۹). در حقیقت «در قاعده احسان، علاوه بر قصد انجام عمل نیکو، نفس عمل نیز باید نیکو باشد، به این معنا که رعایت جوانب امر را کرده و مرتکب خطای کیفری نشده باشد، زیرا اصل اولی، در مورد ایراد جنایت، حرمت و ضمان است. این اصل به موجب قاعده احسان، تخصیص خورده است. مورد متیقن از خروج مورد، جایی است که شخص، عمل احسان را با رعایت تمام جوانب انجام دهد» (۲۰). در واقع جهت استناد به قاعده احسان در مورد رفتار پزشکان بایستی گفت چنانچه تمام موازین علمی و فنی رعایت شود، آن‌ها ضامن نیستند، در غیر این صورت نمی‌توان به این قاعده تمسک جست. اگر موازین فنی که همان مقررات مصوب در مورد به کارگیری تجهیزات پزشکی استاندارد و آگاه‌انیدن بیمار بر شرایط و خطرات استفاده از این تجهیزات است، به خوبی رعایت نشده

باشد، می‌توان با اخذ منطوق صدر ماده و جمله مستثنی‌منه، چنین استنتاج کرد که در گام اول، هر پزشکی با فرض رابطه سببیت برای ورود صدمه بدنی، ضامن است، مگر آنکه ثابت کند موازین فنی را رعایت کرده است تا از مسئولیت رهایی یابد. بنابراین بار اثبات عدم قصور و تقصیر به دوش پزشک و کادر درمان می‌افتد و به نوعی، حمایت لازم از بیمار، صورت می‌گیرد، چراکه به جای قراردادن وظیفه اثبات تقصیر به دوش بیمار، وظیفه اثبات عدم تقصیر را بر عهده پزشک نهاده‌ایم، اگر چنین برداشتی را صحیح ندانیم بیمار آسیب‌دیده فاقد دانش کافی چگونه تقصیر پزشک را باید اثبات کند؟ حال آنکه قانون مجازات سابق رویکرد حمایتی قوی‌تری در این مورد اتخاذ کرده بود. در عین حال، اشکالاتی بر ماده ۴۹۵ وارد شده که با امعان نظر، دو نکته قابل تأمل است:

نکته اول: در ابتدای این ماده، قانونگذار با ذکر عبارت «هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است...» مسئولیت بدون تقصیر را پذیرفته، ولی با این وجود، با قید «مگر آنکه» که در ادامه آمده، بنای تقصیر را در نظر دارد و به دنبال همین امر، پزشک با برائتی که از بیمار اخذ می‌کند. همچنین با تمرکز بر نحوه تنظیم این ماده، قانون در عمل کارایی لازم را نخواهد داشت، چراکه با آوردن عبارت «قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود» در این ماده «برائت تحصیل شده منوط به عدم تقصیر است و در صورت تقصیر، پزشک ضامن است، حتی اگر برائت تحصیل کرده باشد» (۲۱). در حقیقت وجود یا عدم وجود برائت چندان تفاوتی نمی‌کند «قانونگذار عدم ضمان را به فقدان خطای جزایی مشروط کرده است و ثبوت ضمان را به وجود خطای جزایی. بنابراین با توجه به تبصره ۱ ماده ۴۹۵ برائت در عدم ضمان بلااثر است» (۲۲). در واقع ماده ۴۹۵ ق.م.ا «تأثیر برائت در اسقاط ضمان را به شرطی مقید کرده است که مانع ثبوت ضمان است و ثبوت ضمان به قیدی منوط شده است که مانع تأثیر برائت است، یعنی آنچه شرط تأثیر برائت است خود موجب عدم ضمان است، لذا با وجود شرط مذکور و انتفای موضوع برائت، اخذ آن

مهمل به نظر می‌رسد، زیرا اسقاط امر مفقود یا چیزی که موجبی برای ثبوت آن فراهم نیست نامعقول به نظر می‌رسد» (۲۳). به عبارت دیگر، اگر ضمان پزشک را به جای صدق تلف و سببیت ورود صدمات، مشروط به تقصیر بدانیم، دیگر چه نیازی به حکم عام صدر ماده داشتیم که بیان می‌دارد «پزشکی که موجب تلف شود ضامن است» (چه مقصر باشد و چه نباشد) و قانونگذار حکم عامی مبتنی بر تقصیر تدوین می‌کرد و همین امر، کفایت موضوع می‌کرد. اگر صدر این ماده را کنار بگذاریم و تأملی در موادی مانند ۴۹۶ همین قانون داشته باشیم که ضمان طبیب را بر اساس تسبیب با رعایت شروط ماده ۴۹۵ قرار داده، مسئولیت وی بر اساس تقصیر قوت می‌گیرد، چنانچه پزشکی جهت درمان بیمار از تجهیزات غیر استاندارد استفاده کند، در این شرایط اگر وی علم داشته که وسیله غیر استاندارد بوده، ولی با این حال به کار گرفته، چنانچه جنایتی رخ دهد، عمدی محسوب خواهد شد، مطابق بند ۴/۷ قانون تجهیزات پزشکی با دوام آمریکا در سال ۲۰۲۰ «تعیین نیاز پزشکی برای برخی از پروتزها بر اساس توانایی‌های بالقوه عملکرد بیمار آن هم با توجه به پیشینه و وضعیت حاضر وی است. این توانایی بر اساس انتظارات معقول از پروتز و خود پزشک معالج است» و چنانچه پزشک در زمان به کارگیری پروتز نه‌تنها به این توانایی‌های بیمار بی‌توجه باشد، بلکه وضعیت کنونی وسیله را نیز در نظر نگیرد، هرچند در این میان عمدی نداشته، مرتکب تقصیر شده که بایستی اثبات شود، حال آنکه صدر ماده مسئولیت مطلق را در نظر گرفته است. در این وضعیت، دشواری کار آنجاست که بیمار علاوه بر اثبات صدمه وارده به وسیله تجهیزات پزشکی غیر استاندارد، بایستی تقصیر پزشک را نیز اثبات کند که همین موضوع با توجه به پیچیدگی‌های اثبات تقصیر طبیب به دلیل عدم اطلاعات تخصصی بیماران، رسیدگی به حقوق آن‌ها با فرایندی طولانی همراه خواهد بود. در بند ۴/۷ سند راهنمای استفاده ایمن از تجهیزات پزشکی انگلستان در سال ۲۰۱۸ پزشک با استفاده و به کارگیری تجهیزات پزشکی مسئول این موارد خواهد بود «۱- اطمینان از اینکه آن‌ها به طور مناسب برای



استفاده از تجهیزات مطابق با خط مشی تجهیزات تشخیصی و درمانی آموزش دیده‌اند؛ ۲- اطمینان از اینکه، در صورتی که تجهیزات پزشکی معیوب باشد، از استفاده خارج شده و به بخش مهندسی پزشکی گزارش می‌شود؛ ۳- حوادث ناگوار مربوط به تجهیزات پزشکی باید با استفاده از سیستم گزارش وقایع گزارش شود، در غیر این صورت پزشک نظامات مربوطه را رعایت نکرده و مسئول شناخته می‌شود، حتی بایستی بیان کرد چنانچه پزشک اقدام به، به کارگیری و تجویز کالای پزشکی کند که رضایت واقعی، یعنی توأم با اطلاع بیمار در آن نباشد و آگاه‌سازی طبیب به درستی صورت نگرفته باشد را باید تقصیر وی دانست، چراکه از جمله پیشرفت‌هایی که در مدیریت مراقبت از بیمار وجود دارد توجه به این نکته است که «پزشکان باید رفتار خود را با استانداردهای حاکم در تخصص پزشکی مطابقت دهند؛ دکتر باید هزینه‌ها و فواید تجویز خود مانند پتانسیل اثرات سوء و میزان آن، بیماری و یا شرایط بیمار که نیاز به اقدامات درمانی دارد را بسنجد» (۱۳) و در محدوده ضروری اطلاعات را در اختیار بیماران قرار دهند، در غیر این صورت، موجب مسئولیت آن‌ها می‌شود.

نکته دوم: ماده ۴۹۵ تنها از مسئولیت پزشک سخن به میان آورده، در حالی که بر همگان آشکارست که جهت معالجه بیماران تنها پزشکان نیستند که در این زمینه فعالیت دارند، بلکه اشخاصی مانند فیزیوتراپیست، ادیومتریست (شنوایی سنج)، اپتومتریست (بینایی‌سنج) و افراد بسیاری که با به کارگیری یا تجویز تجهیزات پزشکی به بیماران به طور مستقیم با سلامتی افراد جامعه در ارتباط هستند که عرفاً پزشک محسوب نمی‌شوند، ولی در بهبود وضعیت بیماران نقش ارزنده‌ای دارند، حال چنانچه یکی از این اشخاص با به کارگیری لوازم پزشکی غیر استاندارد سبب آسیب بر بیماران شوند، ق.م.ا مصوب ۱۳۹۲ در این مورد سکوت اختیار کرده است؛ در تدوین قانون می‌بایست توجه خاصی به حرف وابسته به پزشکی که با سلامتی افراد جامعه ارتباط دارند، شود.

**۲-۲. دستور پزشک مبنی بر به کارگیری تجهیزات پزشکی توسط پرستار یا بیمار: هرگاه پزشک، به پرستار یا**

بیمار دستور استفاده از دارو یا تجهیزاتی را صادر کند که زیانبار یا غیر استاندارد است، مسلماً ضامن است، چراکه به تسبیب موجب آسیب شده است، در عین حال، مستند عدم ضمان پزشک در تسبیب را صاحب جواهر چنین بیان داشته: «اگر پزشک دارویی به بیمار تجویز کند، مثلاً بگوید به نظر من این دارو برای بیماری تو مفید است یا بگوید اگر من مثل تو بیمار بودم فلان دارو را می‌خوردم یا فلان کار را می‌کردم و خود پزشک در معالجه مباشرت نکند و خود بیمار بالغ و عاقل باشد و به اعتماد گفته پزشک آن دارو را بخورد، یا اولیا بیمار آن دارو را به بیمار بخوراند، مسئول نبودن پزشک موجه است، زیرا اصل عدم ضمان است» (۲۴). دقت در عبارت صاحب جواهر نشان می‌دهد که در این فرض، پزشک، دستوری به بیمار یا ولی وی نداده، بلکه کلام طبیب صرفاً جنبه ارشادی داشته و نوعی توصیه محسوب می‌شود که با صدر ماده ۴۹۶ ق.م.ا منافاتی ندارد، چراکه آن ماده پزشک را در معالجاتی که دستور انجام آن‌ها را به مریض یا پرستار داده، ضامن می‌داند به دلیل آنکه در اینجا پزشک به عنوان سبب، اقوا از مباشر است، البته این، در صورتی است که بیمار و پرستار، علم به خطای پزشک نداشته باشند در غیر این صورت خود مسئول خواهند بود. تبصره ۱ ماده ۴۹۶ ق.م.ا همین نکته را به شکل زیر بیان می‌دارد: «هرگاه مریض یا پرستار بدانند که دستور اشتباه است و موجب صدمه و تلف می‌شود و با وجود این به دستور عمل کند، پزشک ضامن نیست، بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار است.» این در حالی است که در سند راهنمای رفتار مناسب در تجویز و مدیریت دارو و تجهیزات پزشکی انگلستان در سال ۲۰۱۳، مطابق بند ۳، پزشک به نحو مطلق، در تمامی تجویزهای خود چه به شکل راهنمایی و ارشاد و چه به شکل دستور و الزام در خصوص دارو و ملزومات، مسئول شناخته شده است. همچنین در این بند از پزشکان خواسته شده که همواره برای توضیح تجویز و مدیریت تصمیمات و اقدامات درمانی خود آماده باشند. در بند ۶ از آن‌ها خواسته شده که دانش و مهارت‌های خود را درباره اقدامات درمانی حفظ و توسعه دهند؛ مطابق بند ۸ چنانچه پزشکان از اثر متقابل یا دیگر جنبه‌های تجویز و مدیریت

با اصرار وی مبنی بر اجرای دستور مواجه شود، تکلیف پرستار چه خواهد بود و حکم این قضیه در ق.م.ا مسکوت مانده است. اگر پرستار دستور اشتباه را اجرا کند، مشمول تبصره ۱ ماده ۴۹۶ قرار می‌گیرد و اگر ترک فعل کرده و دستور را اجرا نکند و جنایتی رخ دهد، طبق ماده ۲۹۵ موجبات مسئولیت وی فراهم می‌شود» (۲۵). تبصره ۱ ماده ۴۹۶ به همراه ماده ۲۹۵، موضوع را پیچیده می‌کند، چراکه در هر وضعیت، مسئولیت برای پرستاری که از نظر علمی در درجه پایین‌تری نسبت به پزشک قرار دارد پابرجاست، ولی با وجود این، پزشک در موقعیت مناسبی قرار دارد که هر چند آموزش‌های لازم را دیده و دستور اشتباه صادر کرده، مسئولیتی متوجه وی نیست. نکته بعدی اینکه ایجاد مسئولیت از طریق تسبیب به دو طریق ایجابی و سلبی امکان دارد: در نوع اول مسبب با انجام عملی زمینه اطلاق را فراهم می‌کند، اما تسبیب به صورت سلبی که از طریق ترک فعل است، در مواردی صدق می‌کند که انجام عملی برای حفظ مال یا جان لازم باشد و شخص از انجام آن سرباز زند. اصل کلی در این نوع از تسبیب آن است که هر کس در اجرای وظیفه شرعی یا در انجام تعهد قراردادی خود کوتاهی کند و بر اثر آن، ضرر جانی یا مالی به دیگران وارد آورد، ضامن است (۲۶). در این مورد به نظر می‌رسد دستور به کارگیری ملزومات غیر استاندارد توسط پزشک تسبیب در جنایت بوده و بتوان تقصیر و یا عمد وی دانست و رهایی از مسئولیت به موجب این ماده را باید زیر پا گذاشتن عدالت محسوب کرد. نکته دیگری که به ذهن خطور می‌کند، حضور و فعالیت اشخاصی مانند توان‌بخش‌ها در مراکز درمانی است، این افراد پرستار محسوب نمی‌شوند، ولی با این حال، با اجرای دستورات پزشک یا فیزیوتراپ در ارتقای کیفیت سلامت بیماران سهیم هستند، ایرادی که به این تبصره مانند ماده ۴۹۵ وارد است، اینست که چرا در تنظیم قانون، عنوانی مانند پرستار آمده، ولی از اشخاصی همچون توان‌بخش‌ها که در مراکز درمانی حضور مؤثر دارند، ولی پرستار محسوب نمی‌شوند نامی به میان نیاید؟ امید است نقص قانون در آینده با توجه بیشتر قانونگذار، برطرف گردد.

درمانی مطمئن نیستند، باید از سایر همکاران خود کمک بگیرند و در نهایت بر اساس بند ۱۴ این اشخاص فقط در صورتی اقدامات درمانی را بایستی تجویز کنند که دانش متناسب و کافی از وضعیت سلامتی بیمار داشته باشند. همچنین در قانون ارائه و تسهیل خدمات مربوط به بهداشت از طریق فناوری‌های ارتباطات دیجیتال موسوم به تِلِ هِلز ۲۰۱۹ آمریکا در ایالت آریزونا پزشکان از تجویز بدون بررسی و معاینه کافی وضعیت جسمی و روانی بیماران، آن هم برای برقراری یک رابطه درست پزشک و بیمار، ممنوع شده‌اند. در این خصوص باید گفت چنانچه پزشکی تجهیزات غیر استاندارد به بیمار تجویز و از وی یا پرستار بخواهد از آن استفاده کنند و آسیبی از این طریق وارد شود، به نظر می‌رسد مسئولیت را بر دوش بیمار و پرستار نهادن بی‌عدالتی آشکاری باشد، چراکه مطابق دو قانون فوق‌الذکر پزشک وظیفه دارد نهایت دانش و مهارت خود را در مورد تجویزهای خود به کار گرفته و آن را توسعه دهد. همچنین از تجویز دارو و ملزومات پزشکی بدون بررسی کامل وضعیت بیمار ممنوع شده است. بنابراین سؤالی که مطرح می‌شود، این است که چگونه پزشکی که انتظار می‌رود با دانش این حوزه آشنایی داشته، با وجود تقصیر در خصوص فقدان شناخت کافی نسبت به وضعیت بیمار و شرایط کالای پزشکی اقدام به تجویز کرده را مطابق تبصره ۱ ماده ۴۹۶ میرا از مسئولیت شناخت، ولی پرستاری که محروم از دوره‌های تخصصی پزشکی بوده و همچنین شخص بیماری را که «به دنبال کمک بوده و اغلب آسیب‌پذیر است و مطمئناً نگران، ناراحت و نیز ترسیده است» (۱۲) و تخصصی هم در حوزه تجهیزات پزشکی ندارد را مسئول بدانیم؟ دستور ذکر شده در تبصره فوق، متأسفانه هم شامل به کارگیری تجهیزات پزشکی فاقد استاندارد بر روی بیماری است که در وضعیت حاد به سر می‌برد، به گونه‌ای که امکان مرگ یا ورود آسیب جبران‌ناپذیر بر وی وجود دارد و هم شامل بیماری می‌شود که در وضعیت مناسب‌تری است؛ این عمومیت، جای انتقاد دارد و توجه بسیاری را در تدوین ماده می‌طلبد. همچنین در این مورد، «معلوم نیست که اگر پرستار به پزشک تذکر دهد، ولی

## نتیجه‌گیری

وجود قوانین جزایی مناسب در حوزه تجهیزات پزشکی و به طور کلی گستره سلامت، ضامن حفظ حقوق اقشار آسیب‌پذیر جامعه خصوصاً بیماران خواهد بود. با بررسی قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ دریافتیم که مقنن مسئولیت مطلق را برای پزشک در قبال سلامتی بیمار در نظر گرفته بود و حتی در صورت عدم اثبات تقصیر، ضامن آسیب‌های وارده به بیمار بود که جهت گریز از این مسئولیت پیش از عملیات اجرایی درمان ناچار از اخذ براءت بود. در عین حال قانونگذار پس از ۲۲ سال، با تنظیم مواد ۴۹۵ و ۴۹۶ در ق.م.ا مصوب ۱۳۹۲، مسئولیت مبتنی بر تقصیر را برای پزشک لحاظ کند، هرچند مستند به قانون مجازات اسلامی جدید، قانونگذار ما تلاش کرده است که مواد متناسبی در این حوزه به تصویب برساند، ولی با این حال در این خصوص مشکلات و چالش‌های جدی وجود دارد که همین امر مانع از عدالت‌گستری و موجبات به خطرات جان و سلامتی آحاد جامعه خواهد شد. این واقعیت وجود دارد که اقدامات کادر درمان در تجویز و به کارگیری تجهیزات پزشکی علی‌الخصوص اگر غیر استاندارد باشد، می‌تواند خطرات جدی برای حیات افراد ایجاد کند. با توجه به پیشرفت‌های چشم‌گیر تجهیزات پزشکی آن هم با گستردگی بسیار و با سطح خطر متفاوت، که نیازمند دانش به روز است، می‌طلبید در مبنای «مسئولیت مبتنی بر تقصیر» پزشک و کادر درمان، تجدید نظر صورت گیرد، چراکه با وجود پیچیدگی عملیات درمانی و به کارگیری لوازم پزشکی، بیمار ناآشنا را که در شرایط نامساعدی قرار دارد، ناتوان از اثبات تقصیر پزشک یا جراح خواهد کرد. نکته دیگر اینکه ماده ۴۹۵ تنها از مسئولیت پزشک سخن به میان آورده، در حالی که اشخاص دیگری نیز مانند فیزیوتراپیست، ادیومتریست، اپتومتریست و توان‌بخش‌ها در حیطه سلامت فعال هستند که با به کارگیری یا تجویز تجهیزات پزشکی، به طور مستقیم می‌توانند در نجات جان افراد جامعه پیشگام باشند که در عین حال، عرفاً پزشک و پرستار محسوب نمی‌شوند، ولی ممکن است با به کارگیری لوازم پزشکی غیر استاندارد، سبب آسیب

بر بیمار شوند که متأسفانه در قانون مصوب ۱۳۹۲ در این خصوص تمهیداتی اندیشیده نشده است که در این مورد می‌توان با ذکر عنوانی کلی مانند «حرف پزشکی یا کادر درمان» در قانون مجازات راه را برای فرار از مسئولیت اشخاص خاطی بست. همچنین می‌توان در قانون مجازات، از رویکرد حمایتی در قوانین انگلستان (بند ۸ سند خط مشی تجهیزات پزشکی در سال ۲۰۲۰ و بند ۴/۷ سند راهنمای استفاده ایمن از تجهیزات پزشکی در سال ۲۰۱۸) و آمریکا (قانون تل‌هلز و خط مشی برنامه پزشکی سال ۲۰۱۹ م.) بهره جست که بر اساس آن‌ها پزشک وظیفه دارد نهایت دانش و مهارت خود را در مورد تجویزهای خود به کار گرفته و آن را توسعه دهد و چنانچه دانش متناسب با شرایط کالای پزشکی یا علم کافی به وضعیت بیمار را نداشته و اقدام به تجویز کند، مسئول شناخته شود. از این رو اشاره صریح به بهره‌مندی از دانش تخصصی کافی توسط کادر درمان در خصوص مراقبت‌های بهداشتی در قانون عام و مادری، چون قانون مجازات اسلامی گامی مهم در راستای حمایتی همه‌جانبه از بیماران بوده و راه را برای اجرای هرچه بهتر عدالت هموار خواهد کرد که همین امر می‌تواند در پیشگیری از مشکلات بعدی، چون مسئول دانستن پرستار و بیمار محروم از دوره‌های ضروری پزشکی در تبصره ۱ ماده ۴۹۶ همین قانون مؤثر باشد.

## مشارکت نویسندگان

فاطمه بختیاری: جمع‌آوری مطالب و تدوین مقاله.

زهرا بختیاری: ارائه ایده و موضوع، معرفی منابع.

محمدرضا آقاجانی: نظارت بر حسن انجام پژوهش و راهنمایی. 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.

### ملاحظات اخلاقی

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

## References

1. Salari Shahr Babaki M. Introduction to Criminal Law. Tehran: Eternal Forest Publications; 2016. p.103. [Persian]
2. Emami H. Civil Law. Tehran: Islamic Bookstore Publications; 1974. Vol.4 p.49. [Persian]
3. Saed MJ. Criminal Law and Bioethics. Tehran: Shahr-e Danesh Publications; 2014. p.128. [Persian]
4. Salehi H. Civil Liability Due to the Treatment Process. Tehran: Mizan Publications; 2014. p.59. [Persian]
5. Saed MJ. UNESCO Human Rights and Bioethics Documents. Tehran: Khorsandi Publications; 2008. p.152. [Persian]
6. Ventola CLV. Challenges in Evaluating and Standardizing Devics in Health Care Facilities. Journal (PT) Pharmacy and Therapeutics. 2008; 33(6): 348-359.
7. Palmer R, Watriel D. Medicine for Lawyers. Translated by Abbasi M, Abbasian L, Kiani M. Tehran: Legal Publications; 2011. p.50. [Persian]
8. A. Gerner B. The black law dictionary. Tehran: Mizan Publications; 2009. p.762-1442. [Persian]
9. Pak Nahad A. Risk-oriented criminal policy. Tehran: Mizan Publications; 2015. p.31. [Persian]
10. Mark AH, Fred DL, Turnage E. The Legal and Historical Foundations of Pations as Medical Consumers. Winston-Salem: Wake Forest University School of Law; 2008. p.10-12.
11. F. Spillane A. Negligence Liability's Role in Changing Pharmacotherapy Responsibilities. Milwaukee, Wisconsin: Marquette University Law School; 2011. p.461-465.
12. Linen H, Courses J, Paint G. A Comparative Study of Patients' Rights in European Countries. Translator: Abbasi M. Larijani B. Tehran: Al-Hawra Publications; 1998. p.75. [Persian]
13. Plummer A. Law and Ethics in Medical Research. Translated by Zali AR, Abbasi M. Tehran: Legal Publications; 2008. p.204. [Persian]
14. Najafi B. Law of International Organizations of the World Health Organization (WHO) and Health Law. Tehran: Mizan Publications; 2013. p.228. [Persian]
15. Skage DJ. Law Ethics and Medicine. Translated by Abbasi M, Mashayekhi B. Tehran: Khorsandi Publications; 2009. p.81. [Persian]
16. Mohaghegh Damad SM. Medical Jurisprudence. Tehran: Legal Publications; 2010. p.160-195. [Persian]
17. Validi MS. A Description of the Requirements of the Islamic Penal Code in Comparison and Application with the Former Law. Tehran: Eternal Forest Publications; 2013. p.678. [Persian]
18. Dehghan Chachkami H. The Position of Expediency in Iranian Criminal Legislation. Qom: Bustan Ketab Publications; 2011. p.123. [Persian]
19. Golduzian I. The Edge of the Islamic Penal Code. Tehran: Majd Publications; 2014. p.123. [Persian]
20. Judaki B, Ghani K, Amrayi M. Study of the jurisprudential-legal status of patient satisfaction and innocence and their effects. Journal of Forensic Medicine. 2016; 22(3): 173-182. [Persian]
21. Sadeghi MH. Exclusive Criminal Law (Crimes against Persons). Tehran: Mizan Publications; 2014. Vol.1 p.268. [Persian]
22. Sahib Jawaher MH. Translated by Nayebzadeh A. Tehran: Khorsandi Publications; 2013. p.197. [Persian]
23. Javadi S, Karimi A. Accumulation of items in medical damages. Quarterly Journal of Medical Law. 2018; 12(47): 41-55. [Persian]
24. Amid Zanjani AA. The Causes of Guarantee. Tehran: Mizan Publications; 2003. p.127. [Persian]