



Commitment or Authority of Medical Staff to Prioritization of the Patients in the Pan Demies

Pegah Sarmadi^{1*}, Nasrollah Jafari¹, Zahra Raiyati¹

1. Department of Law, Meybod University, Meybod, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: According to general principles, the right to treatment exists equally for all members of the society. However, by the epidemic of the new disease such as Corona and by attention to its special features such as lack of knowledge of definitive treatment, lack of medical equipment appropriate to the large number of patients and inability to predict the patient's recovery or deterioration, the possibility of full enjoyment of this right seems so difficult. Therefore, in the assumption of being two critically ill patients and in need of life-saving treatment and absence of necessary facilities, the possibility of priority and select of patient, the criteria of preference and determination of the limits of civil liability of the medical staff are very important and need jurisprudential-legal analysis.

Methods: In this research trying to consider the issue in foreign and internal legal systems by descriptive-analytical method.

Ethical Considerations: In the present study, adherence to the scientific method, ethical principles, fiduciary, duty and intellectual and intellectual property have been respected.

Results: Although the medical staff has the right to prioritize the treatment of patients, but the criteria of priority and preference of patients are not clear. It seems that a set of individual and social criteria that are appropriate to the circumstances in each case can be helpful in determining the patient selected for treatment.

Conclusion: Research findings indicate that in some of foreign legal systems such as Britanie, the regulator mentioned expressly to the possibility of priority to the medical staff by passing special instructions, so in the inner legal system despite the fact that the legislator does not stipulate specifically, according to the principles of Islamic law and Imami jurisprudence, including the rule of "giving priority to the most important" and also in order to protect the general interests of the society, the medical staff can prioritize patients with the higher possibility of survival in treatment and if priority is given to treatment, they will have no civil liability.

Keywords: Right to Life; Treatment; Pan Demy; Priority; Medical Ethics

Corresponding Author: Pegah Sarmadi; **Email:** pegahsarmadi@meybod.ac.ir

Received: November 19, 2022; **Accepted:** April 19, 2023; **Published Online:** July 08, 2023

Please cite this article as:

Sarmadi P, Jafari N, Raiyati Z. Commitment or Authority of Medical Staff to Prioritization of the Patients in the Pan Demies. *Medical Law Journal*. 2023; 17(58): e18.



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

مجله حقوق پزشکی

دوره هفدهم، شماره پنجاه و هشتم، ۱۴۰۲

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

انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

الزام یا اختیار کادر درمان در اولویت‌دهی بیماران در پاندمی‌ها

پگاه سرمدی^{۱*} ID، نصراله جعفری^۱، زهرا رعیتی^۱

۱. گروه حقوق، دانشگاه میبد، میبد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: طبق اصول کلی «حق درمان» برای تمام افراد جامعه به صورت برابر و یکسان وجود دارد، اما در صورت شیوع بیماری‌های جدید و ناشناخته همچون کرونا و با توجه به ویژگی‌های خاصی که دارند، از قبیل عدم شناخت درمان قطعی، کمبود تجهیزات درمانی متناسب با تعداد بسیار بیماران و عدم قابلیت پیش‌بینی بهبودی و یا وخامت حال بیمار، امکان بهره‌مندی کامل از این حق دشوار به نظر می‌رسد. بنابراین در فرض وجود دو بیمار بد حال و نیازمند به اقدامات درمانی حیات‌بخش و کمبود امکانات لازم، امکان اولویت‌دهی و انتخاب بیمار، معیارهای ترجیح و تعیین حدود مسئولیت مدنی کادر درمان بسیار مهم و نیازمند تحلیل و بررسی فقهی - حقوقی می‌باشد.

روش: این مقاله به صورت توصیفی - تحلیلی می‌باشد و با روش کتابخانه‌ای با بهره‌گیری از ابزار فیش‌برداری تهیه و تدوین شده است.

ملاحظات اخلاقی: در پژوهش حاضر، پابندی به روش علمی، اصول اخلاقی، امانتداری و مالکیت فکری و معنوی رعایت شده است.

یافته‌ها: هرچند در شرایط اضطرار، حق اولویت‌دهی در درمان بیماران برای کادر درمانی وجود دارد، لیکن شاخصه‌های اولویت و ترجیح بیماران به صورت دقیق، مشخص نیست. به نظر می‌رسد مجموعه‌ای از معیارهای فردی و اجتماعی و متناسب با اوضاع و احوال در هر مورد، می‌تواند در تعیین بیمار برای درمان، راهگشا باشد.

نتیجه‌گیری: دستاورد تحقیق حاکی از آن است که در برخی نظام‌های حقوقی خارجی همچون بریتانیا، مقنن غالباً به صراحت در قالب وضع آیین‌نامه‌های خاص در زمان شیوع بیماری‌ها، به امکان اولویت‌دهی کادر درمان اشاره نموده است، در حالی که در حقوق داخلی علیرغم عدم تصریح قانونگذار به صورت خاص، بر اساس مبانی حقوق اسلام و فقه امامیه، از جمله قاعده «تقدیم اهم بر مهم» و نیز در راستای حفظ منافع کلی جامعه، کادر درمانی قادر به اولویت و ترجیح بیماران دارای امکان حیات بیشتر در درمان بوده و در صورت اولویت‌دهی در درمان، فاقد مسئولیت مدنی می‌باشند.

واژگان کلیدی: حق حیات؛ درمان؛ پاندمی؛ اولویت‌دهی؛ اخلاق پزشکی

نویسنده مسئول: پگاه سرمدی؛ پست الکترونیک: pegahsarmadi@meybod.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۲۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۳۰؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۱۷

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

Sarmadi P, Jafari N, Raiyati Z. Commitment or Authority of Medical Staff to Prioritization of the Patients in the Pan Demies. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e18.

مقدمه

در شرایط عادی و در یک جامعه آرمانی (از حیث دارابودن نظام درمانی مجهز و متخصص)، امکان بهره‌مندی اشخاص از حق حیات و یک روش درمانی مناسب و کامل، اصولاً به صورت برابر و یکسان خواهد بود. به طور مثال در فرض وجود تجهیزات درمانی کافی و مراجعه هم‌زمان دو بیمار مشابه به مراکز درمانی، کادر درمان بر اساس اصول حقوقی و اخلاقی، از جمله رعایت حق برابری بیماران، حق ترجیح و اولویت یکی بر دیگری در درمان را نخواهند داشت و هر دو بیمار در یک زمان و با استفاده از امکانات موجود، به صورت برابر درمان می‌شوند، در حالی که در زمان شیوع بیماری‌های واگیر (پاندمی) و تعداد زیاد بیماران نیازمند به اقدامات درمانی، رعایت اصول حقوقی - اخلاقی همچون عدالت درمانی، عدم تبعیض و دستورالعمل‌های موجود، دشوار و حتی در برخی موارد غیر ممکن به نظر می‌رسد. به طور مثال شیوع ویروس کووید-۱۹ در دسامبر ۲۰۱۹ و همه‌گیری بیماری حاد تنفسی کرونا، از یک جهت منجر به کمبود امکانات پزشکی همچون کپسول‌های اکسیژن و دستگاه‌های ونتیلاتور شد و از سوی دیگر عدم شناخت کافی از بیماری، عدم درمان قطعی و عدم قابلیت پیش‌بینی شرایط حیاتی بیمار، روند درمان را دشوار ساخت. سؤال قابل طرح در این خصوص این است که آیا کادر درمان در چنین شرایطی و با مراجعه هم‌زمان دو بیمار با شرایط مشابه، مجاز به ترجیح و اولویت‌دهی بیماران با قابلیت درمان بیشتر و تأخیر و یا سلب اقدامات درمانی و حیات‌بخش نسبت به سایرین هستند یا خیر؟ آیا ترجیح بیماران، در تعارض با اصول اساسی اخلاقی و حقوق بشری همچون حق برابری و حق حیات افراد قرار نمی‌گیرد؟ در صورت پذیرش امکان ترجیح، معیارهای موجود کدام‌اند؟ در نوشتار زیر تلاش می‌شود تا ضمن بررسی موضوع در برخی نظام‌های حقوقی خارجی، وضعیت حقوق داخلی و آرای فقها نسبت به امکان ترجیح بیماران در درمان، معیارهای انتخاب بیمار و دامنه مسئولیت مدنی کادر درمان مورد تحلیل قرار گیرد.

گفتنی است حق بر حیات و سلامت فردی، از جمله حقوق مربوط به شخصیت به معنی امکان بهره‌مندی و استفاده برابر و عادلانه از خدمات نظام سلامت (۱) و درمان در یک جامعه و به تعبیری حق بر مراقبت پزشکی می‌باشد (۲). به بیان دیگر حق بر سلامت و عدالت در درمان، به صورت برابر، نسبت به تمام افراد جامعه صرف نظر از تفاوت‌ها و امتیازات ایشان وجود دارد تا آنجا که در ماده ۳ اعلامیه جهانی حقوق بشر به عنوان یکی از حقوق اساسی افراد مورد تأکید قرار گرفته است. همچنین میثاق حقوق مدنی و سیاسی (ذیل بند ۱ ماده ۲۱ و ماده ۲۶) و نیز میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (بند ۲ ماده ۲) به بیان اصل «عدم تبعیض» به عنوان یکی از نتایج مستقیم کرامت ذاتی انسان‌ها (۳) می‌پردازند. بنابراین بر اساس مبانی اخلاقی و حقوقی، همه افراد فارغ از جنسیت، اعتقادات، موقعیت اجتماعی و... دارای ارزش و کرامت انسانی هستند و همه به صورت برابر و بدون هیچ‌گونه تبعیض می‌توانند از امکانات نظام سلامت و مراقبت‌های بهداشتی بهره‌مند گردند.

در عین حال همان‌گونه که بیان شد، در شرایط اضطراری همچون پاندمی‌ها امکان درمان همه بیماران وجود ندارد و به ناچار باید برخی از بیماران بر دیگران اولویت پیدا کنند که در ادامه ملاک‌های ترجیح و اولویت‌دهی بیماران در حقوق خارجی و داخلی را مورد تحلیل قرار می‌دهیم.

ملاحظات اخلاقی

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

روش

این مقاله به صورت توصیفی - تحلیلی می‌باشد و با روش کتابخانه‌ای با بهره‌گیری از ابزار فیش‌برداری تهیه و تدوین شده است.

یافته‌ها

هرچند در شرایط اضطرار، حق اولویت‌دهی در درمان بیماران برای کادر درمانی وجود دارد، لیکن شاخصه‌های اولویت و ترجیح بیماران به صورت دقیق، مشخص نیست. به نظر می‌رسد مجموعه‌ای از معیارهای فردی و اجتماعی و متناسب با اوضاع و احوال در هر مورد، می‌تواند در تعیین بیمار برای درمان، راهگشا باشد.

بحث

۱. اولویت‌دهی بیمار در حقوق خارجی: همانطور که بیان شد، مستند به حق بر سلامت و عدالت، در اغلب نظام‌های حقوقی خارجی نیز مسئولیت اصلی درمان بیمار در شرایط عادی و معمول بر عهده کادر درمان (۴) و مبتنی بر اصول اخلاق پزشکی (۵)، به صورت برابر و بدون سوءنیت خواهد بود، اما رعایت عدالت درمانی نسبت به تمام بیماران توسط کادر درمان همواره مقدور نیست، چه بسا در شرایط شیوع بیماری‌های واگیردار و کمبود امکانات درمانی حیات‌بخش، کادر درمان قادر به درمان همزمان و یکسان بیماران نیستند. به بیان دیگر، هرچند کادر درمانی به موجب وظایف حرفه‌ای خود، خواستار رعایت اخلاق پزشکی در مراقبت‌های سلامت و درمان هستند، اما در صورت کمبود نیروی انسانی به ناچار برخی از اصول اخلاقی کنار گذاشته شده و مراقبت‌های جمعی در اولویت قرار می‌گیرند (۶). از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (WHO) نیز دستیابی به عدالت و مطلوبیت به نحو احسن همیشه امکان‌پذیر نمی‌باشد (۷).

بنابراین نظام‌های درمانی در پاندمی‌هایی همچون کرونا و شرایط اضطرار ناشی از آن همچون عدم شناخت دارو و درمان مشخص (۸) با چالش‌های جدی مواجه می‌شوند، از جمله اجبار به دسته‌بندی بیماران (تریاژ) بر اساس شرایط عمومی و حتی در مواردی درمان ترجیحی بیماران با احتمال بهبودی بیشتر در مقایسه با سایر بیماران.

به صورت کلی نظام‌های درمانی جهت اولویت‌دهی در درمان بیماران، سیستم‌های امتیازدهی متفاوتی همچون «SOFA»

«APACHE II» و... را به کار می‌گیرند (۹). این سیستم‌ها ابزاری جهت پیش‌بینی احتمال فوت بیماران (۱۰)، برای نجات بیمارانی با شانس بقای بیشتر و سوددهی حداکثری اقدامات درمانی می‌باشند، البته برخی تحقیقات حاکی از آن است که برخی اوقات پزشکان، بقای بیمار را دقیق‌تر از سیستم‌های امتیازدهی پیش‌بینی می‌کنند (۱۱). با وجود اثبات فواید به کارگیری این سیستم‌ها در مقابله با کووید-۱۹ (۱۲)، وضعیت بیمار مبتلا به کرونا، حتی در صورت رعایت کلیه دستورالعمل‌ها جهت تخمین شانس بقا، همیشه قابل پیش‌بینی نبوده و امکان تلف بیمار، علیرغم دارا بودن ملاک‌های لازم، وجود دارد (۱۳).

در این خصوص لازم به ذکر است شرایط اضطراری و محدودیت در منابع، فی‌نفسه نمی‌تواند منجر به گزینش‌های جغرافیایی، ملیتی، نژادی و یا جنسیتی در درمان گردد (۱۴). بنابراین نهادهای حقوقی در کشورهایی همچون ایالات متحده آمریکا، ایتالیا و بریتانیا، غالباً تلاش می‌کنند تا ضمن تصویب دستورالعمل‌های موردی و خاص، اصول رفتاری - اخلاقی و دامنه مسئولیت مدنی کادر درمان را مشخص نمایند (۱۵). در برخی از نظام‌های درمانی جهت اولویت‌دهی، معیارهایی مانند پیشینه سلامتی، شرایط جسمانی، شرایط فعلی، سن، نفع نسبی و احتمال بهبودی بیشتر بیمار نسبت به سایر بیماران (۱۶-۱۷) به صورت تجمیعی مورد توجه قرار گرفته است که در ادامه رویکرد چند مورد از کشورها مورد اشاره قرار می‌گیرد.

۱-۱. اولویت‌دهی در سیستم پزشکی آمریکا: در کشور آمریکا، اولویت‌دهی بیماران و تخصیص منابع کمیاب، مشکلی نوظهور نبوده و تاریخچه این معضل به بیش از ۵۰ سال قبل با طرح نحوه تخصیص دستگاه‌های دیالیز، مورد توجه قرار گرفت (۱۸). با وجود طرح مباحث مشابه و مرتبط در گذشته همچون گزارش سازمان بهداشت نیویورک در رابطه با مسائل قانونی، اخلاقی و دیگر مسائل مرتبط با تخصیص ونتیلاتورها در طول کمبود ناشی از پاندمی که در سال ۲۰۱۵ منتشر شد (۱۹)، قوانین و دستورالعمل‌های موجود، از کارایی کافی برخوردار نبوده (۲۰) و با توجه به شرایط ایجادشده از بیماری کرونا، ضمن توجه به آن‌ها، مصوبات و دستورالعمل‌های جدیدی

رسمیت شناخته و ایشان را فاقد مسئولیت کیفری و نیز مدنی می‌دانند.

۲-۱. **اولویت‌دهی در سیستم پزشکی انگلستان (بریتانیا):** در بریتانیا نیز روند مشابهی جهت اولویت‌بندی بیماران بر مبنای امکان حیات پیش گرفته شده است، از جمله می‌توان به دستورالعمل شیوع بیماری آنفولانزا (DHSC/2017) و یا دستورالعمل اخلاقی انجمن پزشکی بریتانیا (BMA) (۲۷) اشاره نمود. به موجب راهنمایی‌های انجمن پزشکی بریتانیا، تبعیض در خدمت‌رسانی علیه دیگران اساساً ممکن نمی‌باشد، اما امکان تبعیض غیر مستقیم در شرایط حاصل از کرونا وجود دارد، زیرا علیرغم مراقبت ویژه از افراد مسن‌تر با نارسایی‌های شدید تنفسی، آنان شانس بالایی برای بقا ندارند، در نتیجه از اولویت کمتری برای پذیرش در مراقبت‌های ویژه برخوردار خواهند شد. نظر به شرایط حاکم، این تبعیض غیر مستقیم، مطابق با ماده ۱۹ قانون برابری بریتانیا مصوب ۲۰۱۰، به علت آنکه ملزومات استفاده حداکثری از امکانات محدود سرویس سلامت ملی بریتانیا (NHS) را به نحو احسن محقق می‌سازد، به عنوان وسیله‌ای متناسب برای دستیابی به هدفی مشروع تلقی می‌شود (۲۸).

۳-۱. **اولویت‌دهی در سیستم پزشکی ایتالیا:** در کشور ایتالیا، اوایل سال ۲۰۲۰ در زمان اوج شیوع کرونا، کمیته «اخلاق انجمن ایتالیایی بیهوشی، احیا و مراقبت‌های ویژه (SIAARTI)» به ارائه ملاک‌های خود در اولویت‌بندی در شرایط پاندمی اقدام نمود (۱۵) و از آنجا که افراد مسن‌تر به جهت ضعف سیستم ایمنی، بیشتر مستعد ابتلا هستند (۲۹)، سن بیمار به عنوان یک شاخص در ترجیح درمان بیماران کرونایی در نظام درمانی این کشور، تعیین شد (۳۱-۳۰). با توجه به آنکه طبقه‌بندی منابع حیاتی مراقبت‌های بهداشتی از خصوصیات تصمیم‌گیری در کشورهای پردرآمد (HIC) محسوب نمی‌شود، رویارویی با این شرایط برای اولین بار، نارضایتی و اعتراض برخی از پزشکان ایتالیایی را برانگیخت و پس از آن کمیته ملی اخلاق زیستی ایتالیا (CNB) نیز در دیدگاهی مخالف، تعیین ملاک‌هایی همچون سن، جنسیت،

تدوین شده است (۱۵). به طور مثال مرکز «Hastings» در سال ۲۰۲۰، راهنمایی اخلاقی را در رابطه با نحوه تخصیص منابع کمیاب، جهت استفاده مراکز بهداشتی - درمان، هنگام رویارویی با کمبود امکانات در پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ بر پایه سه محور، عدم قطعیت، مدیریت، حفاظت و راهنمایی، فراهم کرده است تا از سردرگمی مؤسسات و مراکز درمانی، جلوگیری نماید (۲۱). همچنین بیانیه اجماعی CHEST نیز در رابطه با تریاژ و مراقبت از بیماران بدحال در طول بلایا و پاندمی‌ها، ضمن پیشنهاد حذف بیماران با شانس بقای کمتر در صورت کمبود منابع و ارزیابی مجدد وضعیت آنان در بازه زمانی مشخص، بر لزوم وجود یک نهاد نظارتی جهت بررسی حسن اجرای دستورالعمل‌ها بر طبق مستندات نیز تأکید نموده است. در این بیانیه، ملاک کوتاهی زمان بقای بیمار، بازه زمانی کمتر از یک سال بیان شده است (۲۲).

از طرفی، نظر به آن که نگرانی کادر درمان در مورد مسئولیت، می‌تواند آنان را به عملکردی ناکارآمد و غیر اخلاقی در روند درمان سوق دهد، مصونیت‌هایی برای آنان در شرایط همه‌گیری مورد توجه قرار گرفته است. در آمریکا فرمانداران برخی از ایالت‌ها پاسخ‌هایی جزئی ارائه کرده‌اند (۲۳)، از جمله فرمانداران ایالت‌های نیویورک و کانزاس که در قالب «فرمان‌های اجرایی شماره ۱۰.۲۰۲ و ۲۶-۲۰»، پزشک را مصون از طرح دعوی مسئولیت مدنی و تعقیب کیفری مرتبط با درمان بیمار می‌دانند، مگر در فرض ارتکاب تقصیر فاحش و یا سوءرفتار عمدی (۲۴-۲۵)، اما ایالت مریلند مدل واضحی از مصونیت کادر درمانی ارائه می‌دهد، قانون مریلند که از سال ۲۰۰۴ در حال اجراست، روشن می‌سازد که ارائه‌دهنده‌ای که مطابق با پروتکل‌های تعیین‌شده توسط ایالت جهت تخصیص اجباری ونتیلاتور عمل کند، از مصونیت برخوردار است و درمانگرانی که از پروتکل‌های تأییدشده داوطلبانه ایالت پیروی می‌کنند نیز «احتمالاً صرف نظر از عواقب منفی ناشی از قطع دستگاه تنفس مصنوعی بیمار» دارای مصونیت می‌باشند (۲۶). بنابراین در این سیستم، نهادهای مرتبط ضمن تصویب دستورالعمل‌های موردی، به صورت صریح امکان ترجیح بیماران را در شرایط اضطرار و خاص برای کادر درمانی به

به منظور تأمین تخت برای سایر بیماران نیازمند و تصریح به این امر که تصمیمات کادر درمان از جمله امور درمانی است و به همین جهت قابلیت رسیدگی قضایی توسط محاکم را نخواهد داشت، قرار منع تعقیب صادر نمود (۲۷).

البته باید توجه داشت که اعطای حق اولویت در درمان بیماران و امتناع از درمان و انصراف از ادامه درمان سایر بیماران و قانونی کردن آن، می‌تواند بسیار خطرناک و گمراه‌کننده باشد (۲۷)، چراکه این نوع از دستورالعمل‌ها قابلیت اجرا در شرایط اضطراری را داشته و باید منحصر به موضوع و زمان خاص خود گردد. همچنین اعطای اختیار به کادر درمان و احتمال اخذ تصمیمات گاهاً نادرست توسط ایشان تبدیل به عاملی برای سلب حق حیات از بیمار دیگر می‌گردد، به علاوه وضعیت ترجیح درمان بیماران فاقد اهلیت و ناتوان ذهنی، مبهم است، چراکه امتناع از درمان بیمار، صرفاً به سبب وضعیت ذهنی، مصداق بارز قتل عمد شناخته می‌شود (۲۷). بنابراین به جرأت می‌توان گفت هیچ معیار قطعی و خودکاری مبنی بر انصراف از درمان بیماران ناتوان ذهنی در درمان وجود ندارد. به بیان دیگر اولویت‌دهی این گروه از بیماران می‌بایست بر اساس رفاه کلی بیمار به صورت کلی و برآورد نتیجه نهایی درمان صورت پذیرد.

۲. اولویت‌دهی بیماران در حقوق ایران: در نظام حقوقی ایران به موجب بند نه اصل سوم قانون اساسی دولت مکلف به رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه در تمام زمینه‌های مادی و معنوی شده است. همچنین مستند به اصل بیست و نهم قانون اساسی، تأمین و دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی از وظایف دولت محسوب و حقی برای همه افراد جامعه شناخته می‌شود. به علاوه مستند به بند ۶ ماده ۱ قانون «تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» مصوب ۱۳۶۷ برنامه‌ریزی به منظور توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات درمانی و نیز بر مبنای ماده ۳ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۴ تثبیت ارزش‌های اسلامی در

جایگاه اجتماعی، ناتوانی، اقلیت‌های قومی و... را تبعیض‌آمیز و از نظر اخلاقی غیر قابل قبول بیان کرد (۱۵)، هرچند توجه به سن بیمار به عنوان یکی از معیارهای اولویت‌بخشی، مد نظر کادر درمان می‌باشد، اما اتخاذ تصمیم صرفاً بر اساس این معیار، امری غیر قانونی شناخته می‌شود (۲۷). بنابراین تصمیمات کادر درمان در اولویت درمان، می‌بایست با مشارکت تمام کادر درمان، مبتنی بر اصول حقوقی - اخلاقی، اطلاعات پرونده پزشکی بیمار، اوضاع و احوال موجود و به صورت صحیح، شفاف و قابل بازبینی (در کمیته‌های اخلاق پزشکی در بازه زمانی بعد از درمان) (۲۷) صورت پذیرد.

۴-۱. تحلیل نگارندگان: بنابراین به نظر می‌رسد که مبانی مسئولیت مدنی کادر درمان در مواجهه با شرایط خاص و دشوار بیماری‌های مسری و پاندمی‌ها تغییر یافته و ایشان در مقابل اقدامات درمانی انجام گرفته و به صورت خاص درمان ترجیحی بیماران، بر مبنای دستورالعمل‌های مطروحه فاقد مسئولیت مدنی می‌باشند. از سوی دیگر، هرچند در برخی نظام‌های درمانی خارجی همچون آمریکا و بریتانیا، امکان ترجیح بیمار در درمان بر اساس دستورالعمل‌های وضع شده، امری کاملاً قانونی است و کادر درمان در صورت اولویت درمان بیماران به شرط اقدام با حسن نیت، عدم سهل‌انگاری و یا ایراد آسیب عمدی (۳۲، ۳۳)، فاقد مسئولیت مدنی نسبت به خسارات جانی سایر بیماران نیازمند درمان می‌باشند (۲۶)، لیکن تعیین معیارهای اولویت‌دهی به صورت مشخص و قطعی و سازگاری آن‌ها با معیارهای اخلاقی، دشوار می‌باشد (۷، ۱۵). لازم به ذکر است تعیین بیمار، ادامه و یا قطع روند درمان از وظایف کادر درمان و امور درون سازمانی نظام درمانی می‌باشد و نه تنها در صلاحیت مراجع قضایی نیست، بلکه این مراجع نیز تمایلی به مداخله در روند انتخاب بیمار برای درمان ندارند (۳۳). به طور مثال در پرونده «An NHS Foundation Trust v MB (2020) EWHC/QB» دادگاه عالی بریتانیا در خصوص ادعای یک بیمار کرونایی با حال نسبتاً مساعد، مبنی بر غیر قانونی بودن ترخیص زودهنگام وی توسط یک مؤسسه خیریه، ضمن اشاره به هدف مؤسسه از ترخیص بیمار

که می‌بایست در این زمینه شاخص‌های روشن، مشخص و اخلاقی موجهی مورد توجه قرار گیرند.

هرچند در این راهنما به امکان انتخاب و ترجیح‌دهی بیماران در درمان توسط کادر درمان اشاره و به صورت مشروط (وضعیت اورژانسی بیمار و یا میزان اثربخشی اقدامات و هزینه‌های درمانی) مورد پذیرش قرار گرفته است، لیکن همان‌گونه که از عنوان مشخص است، این مصوبه صرفاً یک راهنمای اخلاقی بوده و فاقد معیارهای دقیق در تعیین بیمار و حدود مسئولیت کادر درمان است. شایان ذکر است فقدان دستورالعمل مشخص و مصوبه صریح قانونی در این حوزه موجب عدم رویه واحد برای کادر درمانی و نیز تردید نسبت به استناد ضرر به کادر درمان شده است.

بنابراین از حیث تحلیل حقوقی بر مبنای قوانین و مقررات و دستورالعمل‌های مزبور، ملاک اولویت‌دهی صرفاً وضعیت بیمار و میزان اثربخشی اقدامات و هزینه‌های درمانی می‌باشد، لیکن این سؤال همچنان باقی است که چنانچه دو بیمار از حیث وضعیت بیماری و میزان اثربخشی اقدامات درمانی در وضعیت مشابهی بودند و یا این موارد توسط کادر درمان قابل تشخیص نبود، کادر درمان با چه وظیفه و تکلیف حقوقی و اخلاقی مواجه است؟ در این خصوص با توجه سکوت قانونگذار می‌بایست به متون معتبر فقهی مراجعه نمود که در ادامه به تحلیل فقهی قضیه خواهیم پرداخت.

۲-۲. اولویت‌دهی بیماران از منظر فقه امامیه: با توجه به اصل یکصد و شصت و هفت قانون اساسی و از آن جهت که دادرسی مکلف است حکم هر دعوا را در قوانین مدون بیابد و در صورت فقدان قوانین مصوب، با مراجعه به منابع معتبر اسلامی اقدام به صدور حکم نماید، بنابراین در فرض این پژوهش و با توجه به نبود مقرر صریح قانونی مصوب از طرف مراجع قانونی، بررسی متون و قواعد اسلامی می‌تواند راهگشا باشد که در ادامه به تحلیل آن خواهیم پرداخت.

هرچند حق حیات و سلامتی، از جمله حقوق اساسی و به صورت برابر برای همه افراد است و درمان و حفظ جان همه بیماران از وظایف اصلی کادر درمان و مهم محسوب شده و

تمام امور پزشکی، بهداشتی و درمانی در زمره وظایف وزارت بهداشت قرار گرفته است.

هرچند حق درمان نسبت به بیمار یک حق فردی و درحیطه اختیار و انتخاب اوست، لیکن این امر نسبت به کادر درمانی یک وظیفه و تکلیف قانونی محسوب می‌شود (۱۶). همچنین به استناد ماده ۱۸ «آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته» مصوب ۱۳۷۸ پزشک معالج مسئول ادامه درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری بوده و در صورت ترک روند درمانی مرتکب تخلف انتظامی می‌شوند. به بیان دیگر در صورت تأخیر و یا ترک روند درمانی بیمار در شرایط عادی و ایراد خسارات جانی اعم از جراحات و یا مرگ، خسارات وارده منتسب به کادر درمان بوده و به موجب نظریه «قابلیت انتساب عرفی ضرر»، کادر درمان مسئول جبران کامل خسارات می‌باشند (۳۴).

بنابراین به صورت کلی و به موجب قواعد عمومی و اصول اخلاقی، کادر درمانی مکلف به رعایت حق بر سلامت و درمان بیماران به صورت برابر و فارغ از امتیازات اجتماعی و عقیدتی می‌باشند (۳۵)، اما در صورت افزایش تعداد بیماران، با توجه به محدودیت بودجه‌های درمانی و بهداشتی، ایجاد تعادل بین منابع موجود و نیازهای درمانی امری ضروری به نظر می‌رسد (۳۶) که در ادامه به تحلیل آن خواهیم پرداخت.

۲-۱. تحلیل حقوقی: هرچند رعایت عدالت درمانی و اصول اخلاق پزشکی و اسلامی به عنوان تکلیف برای کادر درمانی در نظام حقوقی ایران تعریف شده است، اما وضعیت و حیطه مسئولیت مدنی ایشان در خصوص قابلیت ترجیح بیماران با امکان حیات بالاتر نسبت به سایرین به صورت دقیق تعیین نشده است. لازم به ذکر است در ماده ۴۸ «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران» مصوب ۱۳۹۷، شورای عالی سازمان نظام پزشکی ضمن اشاره به رعایت اصول انصاف و عدالت میان بیماران و مراجعه‌کنندگان مختلف، توسط کادر درمان، نسبت به اولویت‌دهی بیماران در درمان صرفاً بیان شده

رویه پزشکی موجود فعلی در درمان دو بیمار بدحال نیز بر اساس اعطای اولویت به بیماری است که بر مبنای میزان مقاومت و احتمال حیات، شانس نجات بیشتری را خواهد داشت. به طور مثال در فرض حضور دو بیمار کرونایی و نیازمند اقدامات درمانی حیات بخش ضروری و با در نظر گرفتن کمبود تجهیزات درمانی، از آنجا که روند گسترش بیماری کووید-۱۹ و وخامت حال بیمار مرتبط با نقشه ژنتیکی افراد است (۴۲)، بیماری که درگیری ریوی کمتری در مقایسه با بیمار دوم دارد و البته ضرورتاً نیازمند درمان و استفاده از تجهیزات باشد، در اولویت درمانی کادر درمان قرار می‌گیرد، زیرا امکان نجات جان او نسبت به بیمار دیگر بیشتر خواهد بود.

اما همان‌گونه که سابقاً مطرح شد، باز با این ملاک نمی‌توان حکم همه موارد را یافت، چراکه در بسیاری از اوقات بیماران از حیث وضعیت بیماری و اثربخشی از وضعیت یکسانی برخوردارند، لیکن از منظر جنسیت (مرد و زن بودن) از نظر سن (کودک یا فرد بالغ) یا موقعیت اجتماعی، سیاسی، مذهبی و یا علمی متمایز می‌باشد. حال سؤال قابل طرح اینکه آیا کادر درمان می‌تواند بر مبنای این ملاک به اولویت‌دهی بپردازد؟ با پذیرش امکان ترجیح درمانی، نجات جان کدام بیمار نسبت به دیگری اولویت دارد؟

به بیان دیگر در برخی از موارد انتخاب بیماری که درمان وی از ضرورتی بیشتری برخوردار است کاملاً روشن است و به سادگی می‌توان دست به انتخاب اهم زد. به عنوان مثال می‌توان به امکان اولویت درمانی میان دو بیمار با شرایط مشابه بیماری اشاره نمود، در حالی که یک بیمار مادری باردار است. در این فرض اولویت در درمان بیمار باردار، انتخاب امر اهم بوده و منجر به نجات جان دو انسان خواهد شد.

لیکن همیشه انتخاب آسان نیست، چراکه در برخی از مصادیق از جمله مواردی که از نظر وضعیت جسمی و بیماری دو بیمار شرایط یکسانی دارند، اما از نظر سن، موقعیت علمی، موقعیت سیاسی و اجتماعی متفاوت می‌باشند انتخاب بیمار آسان نیست. به عنوان مثال انتخاب نجات یک جوان نسبت به یک

ترک درمان تخلف و موجب تحقق مسئولیت مدنی است، اما در شرایط کمبود امکانات درمانی همچون زمان شیوع بیماری‌های واگیردار و در انجام روند اقدامات درمانی، درمان و حفظ جان بیماری که از امکان بهبودی بیشتری در مقایسه با بیمار دیگر برخوردار است، اولویت بیشتری داشته و درمان بیمار با امکان بهبودی بیشتر، امر «اهم» بوده و از جمله مصادیق قاعده فقهی «ترجیح اهم بر مهم» و مجاز می‌باشد.

به استناد این قاعده در صورتی که نسبت به اجرای وظایف و تکالیف قانونی تراحم به وجود آمده و عمل به هر دو تکلیف به صورت هم زمان مقدور نباشد، فرد می‌تواند با در نظر گرفتن اوضاع و احوال و مصالح و مفاسد موجود و با فرض اهم‌بودن یکی از دیگری، امر مهم را انتخاب (۳۷) و بدان مبادرت ورزد. بروز تراحم در درمان، ضرورت انتخاب بین بد و بدتر است، هنگامی که پزشک بین دو امر ناخوشایند و انتخاب بیماری با امید به زندگی بیشتر مواجه می‌شود، عقل حکم می‌کند که جهت جلوگیری از وقوع نتیجه بدتر، امر بد را برگزیده و آن را انجام دهد. این راهکار دفع افسد به فاسد یا همان اهم و مهم نام داشته (۳۸) و یکی از رایج‌ترین شیوه‌ها در صورت مواجهه با تصمیمات دشوار است. در این فرض مکلف در قبال ترک تکلیف و انتخاب امر اهم مسئول خواهد بود (۳۹).

این قاعده که در قواعد فقهی به عنوان یکی از کاربردی‌ترین قواعد در حل تراحم میان احکام (۴۰) به شمار می‌رود قاعده‌ای بر مبنای عقل و مختص مرحله اجرا (۴۱) است. به بیان دیگر شرایط کاربرد و اعمال آن در حوزه وضع قوانین نبوده و صرفاً در مرحله اجرای قوانین و احکام و در صورت تراحم در تکالیف، افراد قادر به انتخاب و اجرای امر اهم می‌باشند. بنابراین در صورت تجویز حق اولویت‌دهی درمان بیماران برای کادر درمان، در صورت حدوث مرگ و یا صدمات جانی ناشی از تأخیر و یا ترک اقدامات درمانی، خسارات قابلیت انتساب به کادر درمان را نداشته و ایشان فاقد مسئولیت مدنی می‌باشند.

اما سؤال اساسی قابل طرح در این خصوص اینکه معیار شناسایی امر اهم و اولویت‌دهی بیماران در درمان کدام است؟

در عین حال به نظر می‌رسد در صورت تزاخم در درمان هم زمان دو بیمار، بررسی تجمعی معیارهای موجود اعم از فردی و اجتماعی راهگشا خواهد بود. تکیه صرف بر یک معیار برای تعیین و انتخاب بیماران در درمان کافی نبوده و کادر درمان بر اساس تحلیل تمام شرایط جسمانی (شاخصه‌های فردی)، پرونده پزشکی و وضعیت اجتماعی و شرایط فعلی بیماری و احتمال بهبودی بیشتر با اتخاذ تصمیم مناسب اقدام به اولویت‌دهی و درمان بیمار می‌نمایند.

۲-۲-۲. دیدگاه مخالفان اولویت: اگرچه برخی از فقها بر اساس ملاک‌های اجتماعی و مذهبی قائل به امکان، بلکه الزام کادر درمان به اولویت‌دهی بر اساس این ملاک‌ها می‌باشند، در مقابل برخی از فقها (۴۷) در خصوص قاعده تزاخم و در خصوص دوران امر بین نجات دو فرد در شرایط مساوی، قائل به هیچ‌گونه ترجیحی نشده‌اند و بر این عقیده‌اند که جان و حیات همه انسان‌ها برابر بوده و از کرامت انسانی یکسانی برخوردار می‌باشند.

به بیان دیگر بر اساس این دیدگاه، اولویت‌دهی و گزینش بیماران، امری غیر اخلاقی محسوب می‌گردد (۴۸). همه انسان‌ها برابر هستند و هیچ تمایزی بین انسان عالم و غیر عالم، فرد صالح و غیر صالح، زن و مرد، غنی و فقیر، جوان و کهنسال و... نیست و هیچ یک از این ملاک‌های فردی و اجتماعی انتخاب اهم محسوب نمی‌شود، بلکه بر اساس قاعده تزاخم، در این موارد کادر درمان، در انتخاب بیمار کاملاً مختار می‌باشند و در صورت انتخاب یکی از بیماران و نجات جان وی و مرگ دیگری (حتی مرگ فردی که از موقعیت اجتماعی و سیاسی بهتری برخوردار است) هیچ‌گونه مسئولیت شرعی، اخلاقی، قانونی و اخروی نخواهند داشت.

۲-۲-۳. تحلیل نگارندگان: همان‌گونه که بیان شد، فقهایان نیز نظریه واحدی در خصوص امکان اولویت‌دهی بر اساس شرایط اجتماعی و مذهبی ندارند. گروهی ترجیح بیمار بر اساس شرایط فردی را پذیرفته و در مقابل گروهی همه انسان‌ها را برابر می‌دانند و برای کادر درمان هیچ‌گونه الزامی

فرد مسن که امید به زندگی چندانی ندارد، انتخاب یک دانشمند و عالم نسبت به یک فرد عادی، نجات یک رهبر سیاسی نسبت به یک فرد از عموم جامعه، نجات یک هنرمند حرفه‌ای نسبت به فرد غیر هنرمند، نجات یک فرد دارای سوابق اجتماعی و نیکوکاری ممتاز و یک فرد مجرم سابقه‌دار و مثال‌هایی از این قبیل. از این رو گام مهم بعدی تعیین ملاک‌های انتخاب و ترجیح خواهد بود.

۲-۲-۱. دیدگاه موافقان اولویت‌دهی: در این راستا برخی به شاخصه‌های فردی همچون سن و گروه دیگر به شاخصه‌های اجتماعی (۴۳) و استناد به نظریه رفاه یا منفعت (۱۶) اشاره نموده‌اند. بر اساس این رویکرد تأکید بر شاخصه‌های فردی همچون سن و میزان امید به زندگی، می‌توان قائل به اولویت‌دادن افراد جوان نسبت به گروه سالمندان شد.

در واقع در صورت امکان درمان و درصد بالای حیات‌بخشی درمانی، افراد مسن با توجه به احتمال و شانس حیات کمتر و هزینه اقتصادی برای نگهداری از ایشان برای جوامع و به صورت خاص دولت‌ها، در اولویت درمانی قرار ندارند؛ رویکرد دوم انتخاب بیمار بر اساس شاخصه‌های اجتماعی و میزان سودمندی به صورت کلی برای جامعه خواهد بود. به بیان دیگر در راستای تأمین منافع کلی جامعه، فرد دارای منفعت اجتماعی اولویت می‌یابد، چراکه نجات جان او نه‌تنها برای خود فرد سودمند است، بلکه برای جامعه نیز دارای منفعت کوتاه مدت و بلندمدت خواهد بود. از این رو اولویت‌دادن به این فرد منطقاً انتخاب اهم بر مهم تلقی می‌شود.

لازم به ذکر است در متون فقهی نیز در صورت تزاخم میان نجات جان دو انسان در حال غرق با فرض ناتوانی مکلف از نجات هم زمان هر دو، برخی از فقها (۴۴) قائل به نجات جان دانشمند نسبت به فرد دیگر - که یک شخص عادی است - شده‌اند (۴۵). بنابراین معیار تشخیص امر اهم، حفظ مصالح عمومی بوده (۴۶) و اولویت با درمان بیماری است که حفظ جان او در نهایت منجر به نفع حداکثری برای اجتماع خواهد شد.

الزام عقلی یا شرعی می‌رسد که حکم آن روشن است، لیکن در بسیاری از اوقات درجه اهمیت به دلیل عدم وجود ملاک‌های اهمیت در شرع یا قانون، به درجه الزام و وجوب نمی‌رسد، بلکه اهمیت آن مورد ظن و یا محتمل است که در این صورت نیز با توجه به اینکه برائت یقینی از امتثال حکم یقینی انتخاب اهم بر مهم، می‌طلبد که صرف ظن یا احتمال اینکه این بیمار نسبت به دیگری اهمیت بیشتری، چراکه نجات وی سبب منفعت دنیوی و یا اخروی برای سایر مردم است و جامعه از وجود وی بهره بیشتری می‌برد، می‌تواند مبنایی برای نجات جان فرد قرار گیرد.

تنها تمایز پذیرش هر یک از این دیدگاه‌ها این است که بر اساس نظریه اول، اولویت‌دادن در نجات فرد دارای شؤونات اجتماعی و علمی مفید برای عموم جامعه تکلیف و وظیفه کادر درمان است و بر اساس نظریه دوم، هیچ الزامی در این اولویت‌دهی وجود ندارد و انتخاب این فرد و اولویت‌دادن به وی از اختیارات کادر درمان بوده و عدم انتخاب فرد دارای شؤونات علمی و اجتماعی با مسئولیت مواجه نمی‌باشد. به بیان دیگر از منظر این گروه انتخاب فرد دانشمند بر غیر دانشمند از اختیارات کادر درمان است که بهتر است با توجه به اختلاف دیدگاه فقهیان در این خصوص جانب احتیاط را نگه داشت و فرد دانشمند را بر غیر دانشمند ترجیح داد تا بر اساس ضرورت حفظ مصالح اجتماعی، با نجات این فرد دانشمند، جامعه از وی بیشتر بهره‌مند گردد.

نتیجه‌گیری

حق بهره‌مندی از امکانات درمانی به صورت برابر، از جمله حقوق اساسی شناخته‌شده برای تمامی افراد جامعه به شمار می‌رود، اما اجرای کامل این حق و قواعد حقوقی از قبل موجود در نظام‌های حقوقی در شرایط بحرانی و اضطراری به وجودآمده ناشی از شیوع بیماری‌های واگیر دار همچون کرونا، با اشکالات جدی مواجه شده است.

همان‌گونه که در تحقیق اشاره شده است، در برخی نظام‌های حقوقی - درمانی خارجی همچون بریتانیا و نیز تعدادی از

جهت انتخاب و اولویت‌دهی بیماران بر اساس ملاک‌های مذهبی، اجتماعی، علمی و سیاسی قائل نشده‌اند.

در عین حال می‌توان هر دو دیدگاه را به نحوی به همدیگر نزدیک نمود. در فرض پذیرش عدم الزام به اولویت‌دهی بر اساس این ملاک‌ها و بروز تزاخم بین نجات دو بیمار که یکی دانشمند است و دیگری بی‌سواد، یا یکی رهبر سیاسی و دیگری فردی عامی است و... باز اولویت‌دادن به افراد دارای وجه اجتماعی، علمی و... رعایت جانب احتیاط بوده و فاقد اشکال است، چراکه بر اساس قاعده اختیار، کادر درمان در این موارد نسبت به انتخاب بیمار مختار است و بر اساس اختیار خود می‌تواند هر یک از دو بیمار را انتخاب نماید، لیکن کادر درمانی به جهت رعایت احتیاط عقلی و شرعی و در راستای حمایت از منافع جامعه، فرد بیمار دارای شؤونات علمی یا اجتماعی را انتخاب می‌نماید.

به بیان دیگر در انتخاب بین یک بیمار دانشمند و غیر دانشمند بر اساس دیدگاه اخیر جان هر دو از حیث احکام شرعی دارای ارزش یکسان است و بر اساس نظر طرفداران این دیدگاه انتخاب فرد دانشمند همان اندازه مجاز است که انتخاب فرد غیر دانشمند. حال کادر درمان بر اساس این حق انتخاب خود به دلیل قاعده تزاخم و عدم احراز قاعده اهم بر مهم، اگر فرد دانشمند را در درمان ترجیح دهد؛ در هر حال بر اساس مبانی هر دو رویکرد مسئول نمی‌باشند. بر اساس دیدگاه گروه اول انتخاب فرد عالم و دانشمند مصداق قاعده اهم بر مهم است و بر اساس رویکرد گروه دوم نیز اولویت فرد دانشمند بر غیر دانشمند نیز فاقد ایراد و اشکال و چه بسا مصداق قاعده احتیاط یا حکم عقل و بنای عقلا باشد، لذا در هر حال انتخاب فرد دانشمند بر غیر دانشمند یا رهبر سیاسی یا مذهبی بر فرد عادی یا بیمار دارای افتخارات ملی یا مذهبی بر سایر بیماران عادی و... با هیچ منع قانونی، شرعی، اخلاقی و عقلی مواجه نیست و نمی‌توان کادر درمان را در این انتخاب خود مذمت نمود.

گفتنی است در خصوص قاعده اهم و مهم نیز باید این امر را در نظر گرفت که برخی اوقات مرتبه اهمیت به درجه وجوب و

نمی‌باشد، چه بسا ممکن است مورد توصیه شارع نیز باشد، چراکه به حکم عقل، صرف احتمال و ظن اهمیت نیز برای انتخاب کافی است و ضرورتی ندارد که اهمیت نجات یکی از دو بیمار نسبت به بیمار دیگر به درجه یقین صددرصدی برسد.

مشارکت نویسندگان

پگاه سردی: نگارش مقاله.

نصراله جعفری: راهنمایی و اصلاح نهایی مقاله.

زهرا رعیتی: جمع‌آوری داده‌ها و گردآوری منابع.

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.

ایالات آمریکا، در خصوص امکان اولویت‌دهی اقدامات درمانی حیات‌بخش بیماران، دستورالعمل‌های خاص و موردی به تصویب مراجع صالح رسیده است. در نظام حقوقی ایران علیرغم تصریح به قابلیت انتخاب بیمار در درمان برای کادر درمانی در «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران» مصوب ۱۳۹۷، مقرر قانونی مصرحی در خصوص درمان بیماران در پاندمی‌ها وجود ندارد، هرچند فقدان مصوبات خاص در این حوزه می‌تواند مشکلاتی در تعیین حدود مسئولیت کادر درمان ایجاد نماید، لیکن این امر به منزله عدم امکان اولویت‌دهی درمانی نیست. تزامم در درمان دو بیمار از مصادیق تزامم در انجام تکالیف است و بر اساس قاعده فقهی «ترجیح امر اهم بر مهم» و نیز نظریه «رفاه جمعی» می‌توان حق اولویت‌دهی درمانی را برای کادر درمان به رسمیت شناخت. در شرایط شیوع بیماری و کمبود امکانات و با فرض امکان درمان صرفاً یک بیمار، کادر درمان بر اساس شاخصه‌های فردی، جسمی و وضعیت بیمار، قادر به انتخاب بیمار با امکان بهبودی بیشتر و درمان او بوده و در صورت ایراد صدمات جسمانی و یا مرگ ناشی از عدم درمان بیمار دیگر، کادر درمانی فاقد مسئولیت مدنی می‌باشد.

لازم به ذکر است در صورت پذیرش اختیار برای کادر درمان نسبت به اولویت‌دهی و ترجیح بیمار برای دریافت خدمات درمانی حیات‌بخش، تعیین معیارهای انتخاب بیمار در تمام فروع، از جمله شرایط برابر و یکسان بیماران و امکان بازبینی تصمیمات اتخاذشده در بازه زمانی مناسب حائز اهمیت خواهد بود. در این راستا شایسته است کادر درمان با در نظر گرفتن اوضاع و احوال موجود در هر مورد و مجموعه‌ای از معیارها همچون پیشینه سلامتی، وضعیت جسمانی فعلی، سن، شدت بیماری و میزان تأثیر بالاتر درمان در روند بهبودی فرد، تصمیم‌گیری نمایند. در صورت وجود تساوی این ملاک‌ها بین دو بیمار، توجه به ملاک‌های بیرونی و غیر پزشکی دیگر، همچون موقعیت اجتماعی، علمی و سیاسی افراد نیز فاقد اشکال می‌باشد و انتخاب بیماری که منفعت اجتماعی بیشتری برای جامعه دارد، نه تنها با هیچ مانع شرعی و عقلی مواجه

References

- Mottaqi S, Seifi A, Doroudian M. The nature of the right to health and the position of the government in its realization. *Journal of Islamic Law*. 2017; 18(46): 123-148. [Persian]
- Allahveisi S, Gorji Azandariani AK. The right to health in the constitutional law of Islamic Republic of Iran. *Dadpishegan*. 2019; 2(2): 1-8. [Persian]
- Ziafati Sabbagh Z. Examples of Patients' Rights in the Light of the Normative Hierarchy of International Law. *MLJ*. 2021; 15(56): e1. [Persian]
- Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S, Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expect*. 2007; 10(3): 248-258.
- Eschun GM, Jacobsohn E, Roberts D, Sneiderman B. Ethical and practical considerations of withdrawal of treatment in the intensive care unit. *Can J Anaesth*. 1999; 46(5 Pt 1): 497-504.
- Hosseinabadi-Farahani MJ, Fallahi-Khoshknab M, Arsalani N, Hosseini MA, Mohammadi E. Discrimination in Healthcare: A Qualitative Content Analysis Study. *Med Ethics J*. 2020; 14(45): e24. [Persian]
- World Health Organization. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. 2016. Available at: <https://www.apps.who.int/iris/handle/10665/250580>. Accessed March 1, 2023.
- Asadi Aliabadi M, Tehrani Banihashemi A, Moradi Lakeh M. Stigma in Covid-19: A barrier to seek medical care and family support. *Med J Islam Repub Iran*. 2020; 34(1): 689-691. [Persian]
- Kumar S, Gattani SC, Baheti AH, Dubey A. Comparison of the Performance of APACHE II, SOFA and mNUTRIC Scoring Systems in Critically Ill Patients: A 2-year Cross-sectional Study. *Indian J Crit Care Med*. 2020; 24(11): 1057-1061.
- Haghighi M, Khoshrang H, Rimaz S, Yaghubi Kalurazi T, Atrkar Roushan Z, Ghazanfar Tehran S, et al. Evaluation of sequential organ failure assessment (SOFA) score efficiency in predicting the mortality of intensive care unit admitted Covid-19 patients. *Journal of Current Biomedical Reports*. 2021; 2(4): 168-175. [Persian]
- Sinuff T, Adhikari NK, Cook DJ, Schönemann HJ, Griffith LE, Rocker G, et al. Mortality predictions in the intensive care unit: Comparing physicians with scoring systems. *Crit Care Med*. 2006; 34(3): 878-885.
- Fayed M, Patel N, Angappan S, Nowak K, Torres FV, Penning D, et al. Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score and Mortality Prediction in Patients with Severe Respiratory Distress Secondary to Covid-19. *Cureus*. 2022; 14(7): e26911.
- Escher M, Ricou B, Nendaz M, Scherer F, Cullati S, Hudelson P, et al. ICU physicians' and internists' survival predictions for patients evaluated for admission to the intensive care unit. *Ann Intensive Care*. 2018; 8(1): 108.
- Abbasi M, Fallah MR, Golkar M. Coronavirus pandemic; from human rights considerations to citizenship requirements. *Iranian Journal of Medical Law*. 2021; 14(55): 7-22. [Persian]
- Camporesi S, Mori M. Ethicists, doctors and triage decisions: Who should decide? And on what basis? *Journal of Medical Ethics*. 2021; 47: e18.
- Khosravi H. Human Rights dimensions of optional or compulsory life-Saving interventions and treatment of Covid-19. *Journal of Law Research*. 2020; 23(Law and Covid-19): 387-412. [Persian]
- Jöbges S, Vinay R, Luyckx VA, Biller-Andorno N. Recommendations on Covid-19 triage: International comparison and ethical analysis. *Bioethics*. 2020; 34(9): 948-959.
- Savage TE, Browne T. Dialysis Rationing and the Just Allocation of Resources: An Historical Primer. *The Journal of Nephrology Social Work*. 2012; 36: 37-42.
- New York State Task Force on Life and the Law and New York State Department of Health. Ventilator Allocation Guidelines. 2015. Available at: https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf. Accessed March 1, 2023.
- Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med*. 2020; 382(21): 1973-1975.
- Berlinger N, Wynia M, Powell T, Hester DM, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19): Guidelines for institutional ethics services responding to Covid-19. New York: The Hastings Centre; 2020.
- Christian MD, Sprung CL, King MA, Dichter JR, Kissoon N, Devereaux AV, et al. Triage: Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014; 146(4 Suppl): e61S-74S.

23. Robert L, Klitzman MD. Legal Immunity for Physicians during the Covid-19 Pandemic. *NY Chest*. 2020; 158(4): 1343-1345.
24. KS: Executive order NO.20-26, temporary relief from certain restrictions and requirements governing the provision of medical services. 2020. Available at: <https://www.governor.kansas.gov/executive-order-no-20-26/>. Accessed March 1, 2023.
25. NY: Executive order NO.202. 10, continuing temporary suspension and modification of laws relating to desert disaster emergency. 2020. Available at: https://www.governor.ny.gov/sites/default/files/atoms/files/EO_202.10.pdf. Accessed March 1, 2023.
26. Cohen IM, Crespo A, White D. Potential Legal Liability for Withdrawing or Withholding Ventilators During Covid-19 Assessing the Risks and Identifying Needed Reforms. *American Medical Association. JAMA*. 2020; 323(19): 1901-1902.
27. E Hurford J. The BMA Covid-19 ethical guidance: A legal analysis. *The New Bioethics*. 2020; 26(2): 176-189.
28. British Medical Association. Covid-19-ethical issues. A guidance note. 2022. Available at: <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>. Accessed March 1, 2023.
29. Mohamadi M, Goodarzi A, Aryannejad A, Fattahi N, Alizadeh-Khoei M, Miri SH, et al. Geriatric challenges in the new coronavirus disease-19 (Covid-19) pandemic: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran*. 2020; 34: 123. [Persian]
30. Montero-Odasso M, Hogan DB, Lam R, Madden K, MacKnight C, Molnar F, et al. Age Alone is not adequate to determine Health-care resource allocation During the Covid-19 Pandemic. *Can Geriatr J*. 2020; 23(1): 152-154.
31. Riccioni L, Bertolini G, Giannini A, Vergano M, Gristina G, Livigni S, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances. *Recenti Prog Med*. 2020; 111(4): 207-211.
32. New York Public Health law, Article 30, 3000-A (Public Health) Emergency Medical Services. 2015. Available at: <https://www.law.justia.com/codes/new-york/2015/pbh/article-30/3000-a>. Accessed March 1, 2023.
33. White B, Willmott L, Cartwright C, Parker MH, Williams G. Doctors' knowledge of the law on withholding and withdrawing life-sustaining medical treatment. *Medical Journal of Australia*. 2014; 201(4): 229-232.
34. Bariklo A. Civil liability. Tehran: Mizan Legal Foundation; 2019. p.57. [Persian]
35. Ghanizadeh M, Keykha MR, Khakpour H. Study on Evidences of Patient Rights Charter Based on Religious Teachings (Quran and Narrations). *MLJ*. 2019; 12(47): 7-31. [Persian]
36. Farhanchi A, Rahimi Z, Baalbaki M. Realization of the position of the Do-not-resuscitate instruction as an ethical choice in medical services. *Med Ethics J*. 2011; 5(16): 117-132. [Persian]
37. Mohaghegh Damad SM. Rules of jurisprudence. Tehran: Islamic Sciences Publishing Center; 2001. p.131. [Persian]
38. Fazil Lankarani MJ. Qaeda Mysour. Writted and Research by Mirzadeh Ahri SM. Qom: Jurisprudential Center of the Imams; 2018. p.357. [Persian]
39. Yousefi L. Quranic and Hadith principles of application of the important and most important rule in health and wellness. *Journal of Islamic Studies in the Field of Health*. 2020; 3(1): 57-68. [Persian]
40. Deilami A, Ayatollah Jalili M. The important and most important rule and its legal functions. *Islamic Law*. 2021; 17(66): 7-26. [Persian]
41. Tavakoli Y, Takhti F. Expediency solutions in Imam Khomeini's thought and the Iranian constitution. *Islamic Revolution Research*. 2019; 8(29): 7-30. [Persian]
42. Basouli M, Derakhsh S. Assessing the need to pay attention to the ethical considerations of medical staff in dealing with patients with Covid-19. *IJME*. 2021; 14(1): 197-215. [Persian]
43. Valizadeh MM, Valizadeh A. Covid-19 Ethical challenges and solutions to dealing with It. *Med Ethics J*. 2020; 14(45): e21. [Persian]
44. A group of researchers. The Encyclopedia of Islamic jurisprudence on the religion of the Ahl al-Bayt. Qom: Jurisprudence on the Religion of Ahl al-Bayt (peace be upon them) Institute; 2002. Vol.27 p.18. [Persian]
45. A group of researchers. Dictionary of principles of jurisprudence. Qom: Research Institute of Islamic Sciences and Culture; 2010. Vol.2. [Persian]
46. Rezwani A. The parameters of giving precedence to more important things over important things in moral interferences. *Marefate Akhlaghi*. 2013; 4(13): 5. [Persian]

47. Modarressi MR, Amirkhani A, Ahmadi J. Jurisprudential Articles (Ma'unah al-Zalemin, Al-Walayah men ghabl aljaer and gavaez alsoltan). Qom: Dar al-Tafsir; 2015. p.201. [Persian]
48. Alimoradi Z, Fallah MJ, Avatefi Z. Principles of World Health Ethics for Medical Students in Islamic/ Teachings. MLJ. 2022; 16(57): 305-320. [Persian]