



Physician's Liability to Obligation or Avoid Treatment in Normal and Emergency Conditions in Iranian and American Law

Rasoul Rafiee¹, Hossein Abedini^{1*}, Hamid Rostaei¹

1. Department of Law, Faculty of Theology and Islamic Sciences, Meybod University, Meybod, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Determining the basis and type of Physician's liability, connecting the Physician's fault with his benevolent intention (Ihsan), distinguishing between normal and critical conditions, Distinguishing Article (495) of the Islamic Penal Code approved in 2012 with Article (510) of that law, Determining Triage system from negative discrimination, determining Standard of care in normal and Emergency conditions, By examining the laws and opinions of American Doctrines and benefiting from the Holy Quran and the opinions of Iranian jurists, has been the goal of the authors of this article.

Method: The method of this study is descriptive-analytical and its data collection instrument is documentary-library.

Ethical Considerations: This Article has completely adhered to the Moral Principles Honesty, Respect for Rights and Confidentiality- and the Principle of Material-Intellectual Property.

Results: In Iranian law, the standard of care (standard of fault) of a Physician in normal and Emergency situations is a reasonable person. But in American law, in normal conditions, reasonable person, Adverse outcomes, Duty to stay abreast are used and in Emergency conditions, they use the good Samaritan theory (Ihsan) in the direction of the Physician's immunity. In Iranian law, in normal and Emergency situations, the principle is that there is no obligation to treatment unless there is a contractual relationship between the Physician and the patient, or the Obligation to the benefit of the third party (patient) is included in the contract between the hospital and Physician. In this case, according to Article (495) of the Islamic Penal Code adopted in 2013 the Physician must prove his innocence as a claimant. In the absence of a contractual relationship between the physician and the patient and his/her action for relief or treatment, according to Article (510) of the Islamic Penal Code adopted in 2013, he/she can rely on Ihsan against the claim of the patient's fault and as a defense. Avoiding treatment based on the principle of non- obligation to treatment, the principle of Not forcing treatment and the rule of emergency does not cause the Physician's liability. In American law, under normal conditions, based on the theory of fault, the principle is principle of non-obligation to treatment.

Conclusion: After the investigation and studies, according to the laws of Iran, the rule of "Ihsan" is not the basis of the civil liability of the Physician, but the Physician can prove his innocence as a claimant or a denier (depending on the existence or non-existence of a contract) or defend himself against the patient's claim of fault. Also, in any situation, the principle should be placed on the non-obligation to treat the patient unless there is an agreement or contract for the treatment of the disease. Positive discrimination (triage), unlike negative discrimination (Unfair treatment), can help improve the treatment process in Emergency situations.

Keywords: Obligation to Treatment; Avoidance of Treatment (Bad Samaritan Law); Urgency (Emergency Condition); Ihsan (Good Samaritan Law); Fault; Iranian Law; American Law

Corresponding Author: Hossein Abedini; **Email:** Abedini@Meybod.ac.ir

Received: June 03, 2023; **Accepted:** October 29, 2023; **Published Online:** June 16, 2024

Please cite this article as:

Rafiee R, Abedini H, Rostaei H. Physician's Liability to Obligation or Avoid Treatment in Normal and Emergency Conditions in Iranian and American Law. *Medical Law Journal*. 2024; 18: e1.



مسئولیت پزشک به تعهد یا اجتناب از درمان در شرایط طبیعی و بحرانی در حقوق ایران و آمریکا

رسول رفیعی^۱، حسین عابدینی^{۱*}، حمید روستایی^۱

۱. گروه حقوق، دانشکده الهیات و معارف اسلامی، دانشگاه میبد، میبد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تعیین مبنا و نوع مسئولیت پزشک، ارتباط تقصیر پزشک با قصد احسان وی، تمایز شرایط طبیعی و بحرانی، تمییز ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ از ماده ۵۱۰ قانون مزبور، تشخیص تبعیض مثبت از منفی، تعیین استاندارد درمان در شرایط طبیعی و بحرانی، با بررسی قوانین و نظریات حقوقدانان آمریکا و بهره‌مندی از قرآن کریم و نظریات فقها و حقوقدانان ایران، مورد هدف نویسندگان این نوشتار بوده است.

روش: روش تحقیق پژوهش پیش رو، توصیفی - تحلیلی و شیوه گردآوری اطلاعات، مطالعات کتابخانه‌ای است.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله کاملاً به اصول اخلاقی، صداقت، رعایت حقوق، رازداری و اصل مالکیت مادی - معنوی پایبند بوده است.

یافته‌ها: در حقوق ایران، استاندارد درمان (معیار تقصیر) پزشک در شرایط طبیعی و بحرانی، شخص معقول و منطقی است، لیکن در حقوق آمریکا در شرایط طبیعی، معیار شخص معقول و منطقی، عوارض جانبی درمان و وظیفه پزشک به تکامل به کار می‌رود و در شرایط بحرانی از «نظریه سامری نیکوکار (احسان)» در جهت مصونیت پزشک بهره می‌برند. در حقوق ایران، در شرایط طبیعی و بحرانی، اصل بر عدم تعهد به درمان است، مگر اینکه رابطه قراردادی پزشک - بیمار میان طرفین وجود داشته باشد یا اینکه تعهد به نفع ثالث (بیمار) در قرارداد بیمارستان و پزشک درج شده باشد. در این صورت، پزشک بر اساس ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی باید عدم تقصیر خود را در مقام مدعی اثبات کند. در صورت عدم وجود قرارداد و اقدام وی به امداد یا درمان، منطبق با ماده ۵۱۰ قانون مزبور، او می‌تواند در برابر ادعای تقصیر بیمار، به عنوان منکر و در مقام دفاع، به «احسان» استناد کند. اجتناب از درمان با استناد به «اصل عدم تعهد به درمان»، «اصل عدم جواز اجبار» و «قاعده اضطرار» سبب مسئولیت پزشک نمی‌شود. در حقوق آمریکا، در شرایط طبیعی بر مبنای «نظریه تقصیر»، «اصل بر عدم تعهد به درمان» است.

نتیجه‌گیری: پس از بررسی و مطالعات صورت‌گرفته، مطابق با قوانین و حقوق ایران، قاعده فقهی «احسان»، نه به عنوان مبنای مسئولیت مدنی پزشک، بلکه دلیلی برای پزشک که می‌تواند در مقام مدعی یا منکر (وابسته به وجود یا عدم وجود قرارداد)، با استناد به آن، عدم تقصیر خود را اثبات نماید یا اینکه در مقابل ادعای تقصیر بیمار، از خود دفاع کند، مورد توجه قرار می‌گیرد. همچنین باید در هر شرایطی، اصل را بر عدم تعهد به درمان بیمار قرار داد، مگر اینکه برای درمان بیماری، توافق صورت گرفته باشد. تبعیض مثبت (تریاز) برخلاف تبعیض منفی می‌تواند در بهبود فرآیند درمان در شرایط بحرانی کمک کند.

واژگان کلیدی: تعهد به درمان؛ اجتناب از درمان؛ اضطرار؛ احسان؛ تقصیر؛ حقوق ایران؛ حقوق آمریکا

نویسنده مسئول: حسین عابدینی؛ پست الکترونیک: Abedini@Meybod.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۱۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۷؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۲۷

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

Rafiee R, Abedini H, Rostaei H. Physician's Liability to Obligation or Avoid Treatment in Normal and Emergency Conditions in Iranian and American Law. Medical Law Journal. 2024; 18: e1.

مقدمه

«مسئولیت» از ریشه «سأل» و به معنای پاسخگویی و امری را به عهده داشتن آمده است (۱) و «پزشکی» حرفه‌ای است که پزشک با به دست آوردن دانش، مهارت و تجربه، به تشخیص و درمان بیماری‌ها می‌پردازد (۲). از «بحران» نیز تحت عنوان «وضعیت خطرناک» یاد شده است (۳). در قوانین ایران به اعلام وضعیت «فوق‌العاده و بحرانی» به صورت محدود اشاره شده است. اصل ۷۹ «قانون اساسی» بیان می‌کند: «در حالت جنگ، شرایط اضطراری و نظیر آن، دولت حق دارد با تصویب مجلس شورای اسلامی موقتاً محدودیت‌های ضروری را برقرار نماید». همچنین در بند ۱۰ ماده ۸ «قانون مدیریت خدمات کشوری» به «کنترل بیماری‌های فراگیر» به عنوان امور حاکمیتی در جهت نفع عموم از آن یاد شده است.

اغلب حقوقدانان معتقدند تعهد پزشک، از نوع تعهد به وسیله است، یعنی در واقع پزشک همه تلاش خود را تا حد ممکن به کار می‌برد، قوانین و مقررات و اصول پزشکی را رعایت می‌کند و مرتکب تقصیر نمی‌گردد و نتیجه هرچه شد، پزشک مسئولیتی ندارد. بنابراین تعهد پزشک، «تعهد به وسیله» است. به بیان دیگر، پزشک تمام تلاش خود را تا حدی که در توان دارد، به کار می‌برد، قوانین و مقررات و اصول پزشکی را رعایت می‌کند و مرتکب هیچ نوع تقصیری نمی‌گردد، سپس نتیجه هرچه شد، پزشک مسئولیتی ندارد. با وجود این، نظریه «مسئولیت محض» (ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ ش.)، با حذف عنصر تقصیر، پزشک را جز با اثبات فقدان رابط سببیت و انتساب ضرر به قوای قاهره، قادر به معافیت از مسئولیت نمی‌کند. قانونگذار با تصویب ماده ۵۱۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، با پیش‌بینی ایجاد شرایط بحرانی یا درمان بیمار بدون وجود قرارداد یا توافق، پزشک را قادر نمود تا بتواند به عنوان منکر و در مقام دفاع از ادعای تقصیر توسط بیمار، تبرئه شود، بنابراین نیازی به تغییر مبنای مسئولیت مدنی پزشک به نظریه احسان، بدون در نظر گرفتن ارکان آن نیست.

در ایالات متحده آمریکا، بعد از ایجاد شرایط اضطراری، همچون شیوع یک بیماری فراگیر و مسری، وزیر بهداشت و خدمات انسانی، اعلام وضعیت اضطراری می‌کند. بعد از آن، قوانین اضطراری فدرال بلافاصله از حالت «آماده اجرا» به «لازم‌الاجرا» تبدیل شده، مبنای مسئولیت مدنی پزشک نیز از «نظریه تقصیر» به عنوان نظریه پایه، به «نظریه احسان (سامری نیکوکار) (Good Samaritan Law)» تغییر می‌کند. با تصویب «قوانین سامری بدکار (Bad Samaritan Law)»، در برخی ایالات، مسئولیت کیفری یا اخلاقی، برای اشخاصی که از کمک‌رسانی به مصدومان امتناع می‌کنند یا آن وضعیت را به مقامات مسئول اطلاع نمی‌دهند، تعیین گردید (۴). دلیل عدم تعیین مسئولیت مدنی، فقدان عناصر «نظریه تقصیر» است، زیرا از جمله عناصر تقصیر، وجود وظیفه نجات (درمان) برای شخص کمک‌کننده (پزشک) و رابطه سببیت میان ترک فعل وی با آسیب واردآمده بر شخص مصدوم (بیمار) است که در اینجا، هیچ کدام از این عناصر وجود ندارد (۵).

قوانین آمریکا با تغییر مبنای مسئولیت پزشک از «تقصیر» به «احسان» دچار تعارضات و آثار ناصحیح در جبران آسیب‌های واردآمده بر بیماران شده است. «احسان» ریشه در قرآن کریم و مبانی فقهی دارد. با وجود این، کاربرد آن، نه در مقام تعیین مبنای، بلکه در تحقق ارزیابی تقصیر پزشک مؤثر است.

این پژوهش، ضمن بررسی حقوق آمریکا و تطبیق آن با آیات قرآن کریم، مبانی فقهی و نظریات حقوقدانان، به دنبال تبیین ضرورت تصویب قوانین اضطراری در شرایط بحرانی، تبیین شرایط و ارتباط تعهد به درمان بیماران (Good Samaritan Law) و اجتناب کلی از درمان (Bad Samaritan Law)، برای پزشکان و تمایز و شناخت «اجتناب از درمان جزئی مثبت» (تریاز) با «اجتناب از درمان جزئی منفی» است. همچنین استاندارد درمان پزشک، با توجه به «نظریه تقصیر» و «نظریه احسان» در شرایط عادی و بحرانی بررسی می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی

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

روش

روش این پژوهش، کیفی (توصیفی - تحلیلی) و روش گردآوری اطلاعات، مطالعات اسنادی و کتابخانه‌ای است. در این مقاله، با مراجعه به منابع متقن و مستدل موجود در منابع حقوقی ایران و آمریکا، اطلاعات لازم، گردآوری شده است.

یافته‌ها

برخلاف حقوق آمریکا، مطابق با حقوق و قوانین کشور ایران مبنای مسئولیت مدنی پزشک مبتنی بر نظریه تقصیر است. بنابراین تعالی قانونگذار از نظریه مسئولیت محض به نظریه تقصیر در راستای حمایت معقول از پزشک و رعایت اصل جبران ضرر و زیان وارده بر بیمار کفایت می‌کند. در حقوق ایران، پزشک می‌تواند صرفاً با استناد به احسان (ماده ۵۱۰ ق.م.ا مصوب ۱۳۹۲ ش.) در مقام دفاع از خود بهره برد.

بحث

۱. **تعهد پزشک به درمان بیمار:** در قرآن کریم بر نجات جان انسان‌ها بسیار تأکید شده است و آیه ۲۳ سوره مائده «وَمَنْ أَحْيَاهَا، فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا؛ و هر شخصی، انسانی را از مرگ رهایی بخشد، چنان است که گویی همه مردم را زنده کرده است»، بر این امر اشاره دارد. همچنین بسیاری از فقها تأکید کرده‌اند که از دیدگاه اسلامی، انسان در بین سایر موجودات، دارای شأن خلیفه‌اللهمی است و از جایگاه والا و ارزش ویژه‌ای برخوردار است و در این راستا تأکید دارند که پزشکان نمی‌توانند از پذیرش یا مداوای بیمار خودداری نمایند، مگر اینکه مداوای بیمار از عهده آنان خارج باشد که در این صورت باید به پزشک یا مرکز صالح ارجاع دهند (۶). بنابراین حفظ حیات انسان مورد توجه اکید اسلام است که در

این راستا، حفظ جان هر فرد را بر دیگران واجب کرده و آن را یکی از مهم‌ترین واجبات برشمرده است (۷).

با وجود این، در خصوص طبیب و شغل تخصصی طبابت نمی‌توان به صورت مطلق و بدون رعایت شرایط، «تعهد به درمان بیمار» را برای پزشک در نظر گرفت و ظاهراً به همین دلیل است که به عنوان نمونه، در «قانون مجازات اسلامی خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی» مصوب ۱۳۵۴، عدم وجود خطر (حتی خفیف) برای اقدام به نجات یا درمان را شرط دانسته است یا در نظر برخی فقیهان که می‌فرمایند: «كُلُّ مَنْ رَأَىٰ إِنْسَانًا فِي مَهْلِكَةٍ، فَلَمْ يَنْجِهْ مِنْهَا مَعَ قُدْرَتِهِ عَلَىٰ ذَلِكِ، لَمْ يَلْزِمُهُ ضَمَانُهُ؛ هر کس انسانی را در حال هلاکت ببیند و او را نجات ندهد، در حالی که بتواند این کار را انجام بدهد، ضامن نخواهد بود»، برای شخص تارک فعل، تحقق و ارتکاب گناه، قطعی دانسته شده، اما مسئولیت مدنی برای او منتفی فرض شده است (۸).

لذا با وجود آنچه بیان گردید و ضمانت‌اجراهای موجود باید قائل به «اصل عدم تعهد پزشکان» به درمان شد (۹). به همین دلیل گفته شده است: اگر پزشک از روی ترحم، معالجه را ترک کرده، به معالجه بیمار نپرداخته باشد تا مریض زودتر بمیرد و از رنج بیماری خلاص شود، از گناه او کم نمی‌کند، زیرا دلیلی بر جواز این کار با عنوان ترحم یا خلاصی فرد از مرگ یا هر دلیل دیگر وجود ندارد، اما مسئولیت مدنی ندارد (۷). همچنین عقل، منطق و عرف، پزشکی را که در حال قدم‌زدن در خیابان است، هر اندازه که جان یک انسان محترم و نجات جان او اخلاقاً واجب باشد، ملزم به درمان بیمار یا نجات مصدوم نمی‌داند.

همانطور که پیش‌تر بیان شد، تعهد پزشک، «تعهد به وسیله» است، لیکن بیان گردیده است که به صورت کلی، نباید قائل به این نظریه شد، زیرا به عنوان مثال، تعهد متخصص بیهوشی تا به هوش آمدن بیمار، «تعهد به نتیجه» است یا تعهد پزشک به دریافت یا تزریق خون سالم و سازگار با گروه خونی بیمار، «تعهد به نتیجه» است، زیرا بیمار از خون اهدا یا دریافت‌شده، توقع شفا ندارد، اما این انتظار معقول را دارد که با اهدا یا

نخست، استناد اتلاف به وی، او را ضامن می‌نماید، ولی در صورت دوم، وی تنها حرام تکلیفی انجام داده است (۷). بنابراین در صورت ایجاد رابطه قراردادی میان «بیمار و پزشک» یا «پزشک و بیمارستان با شرط ضمنی تعهد به نفع ثالث (بیمار)»، می‌توان پزشک را ملزم به درمان بیماران دانست، هرچند در این حالت نیز بنا به نظر برخی صاحب‌نظران باید میان بیماری‌های کوچک و کم‌خطر و بیماری‌های سبب هلاکت و فوت، قائل به تفصیل شد و درمان و معالجه توسط پزشک در بیماری‌های مشرف به فوت را از واجبات کفایی شمرد (۷). بنابراین نباید به طور مطلق، پزشک را حتی در فرض وجود رابطه قراردادی، با فرض احتمال زیاد از دست‌دادن جان خود، اجبار به درمان بیمار کرد (بدیهی است که نباید رابطه قراردادی جهت درمان آن بیماری مسری و خطرناک منعقد شده باشد).

در ایالات متحده آمریکا در شرایط طبیعی، تعهد به درمان بیمار در حالتی که میان پزشک و بیمار، رابطه قراردادی وجود داشته باشد، قابل تصور است. یک طرف قرارداد پزشک است که با اخذ رضایت آگاهانه به ارائه مراقبت‌های درمانی به دور از سهل‌انگاری می‌پردازد و طرف مقابل، بیمار است که با پرداخت اجرت پزشک، درمان می‌شود. بدیهی است در صورتی که بیمار، اجرت پزشک را پرداخت نکند، قرارداد را نقض کرده و در صورت ارائه درمان توسط پزشک، طرف دعوی قرار می‌گیرد (۱۰).

نکته قابل توجه در این بحث، این است که تنها در صورت مراجعه بیمار به کلینیک پزشک یا مراجعه به بیمارستان‌های خصوصی، رابطه قراردادی پزشک - بیمار شکل می‌گیرد، اما در صورت مراجعه بیمار به بیمارستان‌های دولتی یا اعزام او با آمبولانس به آنجا نمی‌توان این رابطه را متصور شد، زیرا رابطه قراردادی میان بیمارستان دولتی و پزشک وجود دارد و در آن، تعهد به درمان بیمار به عنوان تعهد به نفع ثالث، شرط شده است (۱۰).

دادگاه استیناف «ایالت آریزونا» در پرونده «هیزر» علیه «راندولف» (Hiser v. Randolph) در سال ۱۹۸۰ اعلام داشت که در صورت اجتناب از درمان بیمار، بیمارستان به

تزریق خون، دردی به او اضافه نشود یا سبب تشدید بیماری او نگردد (۲). با وجود این، این امر منافاتی با اصل «عدم تعهد به درمان بیمار» ندارد، زیرا بررسی مسئولیت و تعهد پزشک، پس از پذیرش درمان بیمار قابل بررسی است. برخلاف حقوق آمریکا، در حقوق پزشکی ایران، تفاوتی میان بیماری‌های خاص، ناشناخته، صعب‌العلاج و مسری، همچون کووید-۱۹ و آنفلوآنزای NIH با سایر بیماری‌ها نیست.

مطابق با حقوق آمریکا، با وجود اینکه همواره پزشک مکلف به رعایت استاندارد دقت و مراقبت است، لیکن در شرایط عادی و مطابق با قوانین کامن‌لا، متعهد به درمان بیماران نیست و صرفاً در صورتی که با قرارداد یا توافق، مسئولیت درمان بیمار را پذیرفته باشد یا آنکه وزیر بهداشت کشور در زمان شیوع یک بیماری فراگیر اعلام شرایط اضطراری کند، تعهد به درمان بیمار دارد (۴)، البته در این نظام، برای تشخیص رعایت یا عدم رعایت تکلیف مراقبت بایستی وضعیت پزشک در شرایط درمان یا جراحی انجام‌شده را مورد لحاظ قرار داد و معیارهای نوعی و شخصی را همزمان مورد توجه قرار داد.

حال باید دید که آیا وجود رابطه قراردادی میان پزشک و بیمار در تحقق مسئولیت برای پزشک تا چه میزان تأثیرگذار است و در دو نظام حقوقی ایران و آمریکا، چه دیدگاهی در این‌باره اتخاذ شده است؟

۱-۱. وجود رابطه قراردادی پزشک - بیمار: به موجب نص صریح قرآن کریم در آیه ۲۴ سوره اسراء: «وَأَوْفُوا بِالْعَهْدِ، إِنَّ الْعَهْدَ كَانَ مَسْئُولًا؛ به عهد و پیمان وفا کنید، زیرا درباره عهد و پیمان، سؤال و مؤاخذه می‌شود» همانطور که برخی گفته‌اند، اگر الزام و مسئولیت قانونی پزشک را در درمان بیماران، همانند مسئولیت اجیر نسبت به نگهداری مریض بدانیم، در صورت خودداری پزشک از درمان مریض و فوت بیمار، اتلاف به پزشک منسوب می‌شود، لذا وی افزون بر انجام گناه و عصیان، ضامن نیز خواهد بود. به عبارت دیگر، در استناد مرگ و تلف به پزشک، میان صورتی که وی اجیر شده و مسئولیت درمان را پذیرفته، ولی از آن سر باز زده و میان مواردی که هیچ مسئولیتی را نپذیرفته، تفاوت است، زیرا در صورت

مسری، برخی «نظریه اتکا (Reliance Theory)» را مورد استناد قرار می‌دهند، به این نحو که بیماران مبتلا به بیماری‌های مسری، با اتکا بر تجهیزات و مراقبت‌های بهداشتی بیمارستان‌ها و پزشکان آن‌ها به آنجا مراجعه می‌کنند. این اتکای معقول در تعیین وظیفه درمان برای پزشک در برابر بیماران مسری، مؤثر است (۱۰). برخی دیگر، آن بیماران را ناتوان تلقی می‌کنند که با توجه به «قانون حمایت از اشخاص آمریکایی ناتوان» مصوب ۱۹۹۰ (The Americans with Disabilities Act, 1990)، پزشکان نمی‌توانند از درمان بیماران ناتوان خودداری کنند (۱۰) (ماده ۵۰۴ «قانون توان‌بخشی» مصوب ۱۹۷۳ (Rehabilitation Act, 1973) نیز به همین موضوع اشاره دارد). بعضی دیگر، بیمارستان‌ها و متصدیان امر بهداشت در هر ایالت را نسبت به اعمالی که پزشکان به عنوان نماینده بیمارستان در شرایط اضطراری (Apparent Authority)، در حدود اختیارات عرفی خود نسبت به درمان بیماران اورژانسی انجام می‌دهند و به علت بحرانی بودن شرایط بیمار یا بیماری، مرتکب تقصیر و موجب آسیب به بیمار می‌شوند، مسئولیتی ندارند (۱۰). به بیان دیگر، بیمارستان‌ها، پاسخگوی تقصیرات پزشکان در شرایط بحرانی هستند.

در شرایط اضطراری و بحرانی ممکن است دادگاه به دلیل فقدان اختیار قراردادی بیمار یا اذن قانونگذار به جهت اعلام وضعیت اضطراری، رابطه قراردادی را کشف نکند. به همین جهت، صاحب‌نظران در این شرایط، تفکیکی میان رابطه قراردادی پزشک - بیمار یا عدم وجود این رابطه، قائل نشده‌اند و به طور مطلق معتقدند که پزشکان حق ندارند از درمان بیماران خودداری کنند و بر مبنای قوانین و مقررات، وظیفه نجات نسبت به درمان بیماران در شرایط اضطراری ایجاد کرده‌اند که در صورت نقض این تعهد، مسئول جبران خسارت هستند (۱۵). در پرونده «میلارد» علیه «کرادو» (Millard v. Corrado) در سال ۱۹۹۹، دادگاه استیناف «ایالت میسوری» اعلام کرد که پزشک در مواقع اضطراری، بدون در نظر گرفتن

عنوان مشروطه و بیمار به عنوان شخص ثالث، امکان طرح دعوی مسئولیت مدنی علیه پزشک را دارند. همچنین پزشکی که با بیمارستان، قرارداد منعقد می‌کند، حق اجتناب از درمان بیمار را نیز از خود سلب می‌کند. بنابراین بیمار مخیر است دعوی مسئولیت مدنی یا مسئولیت قراردادی را علیه او مطرح کند (۱۱).

لازم به ذکر است که نقض قرارداد توسط پزشک می‌تواند به صورت صریح باشد، مانند آنکه درمان او را در خانه پذیرفته، اما به منزل او نمی‌ود یا آنکه به صورت ضمنی باشد، نظیر آنکه پزشکی، کلینیک خود را بدون اطلاع بیمار به مکان جدید منتقل کند (۱۰).

۱-۲. **عدم وجود رابطه قراردادی پزشک - بیمار:** در حقوق ایران، در فرض عدم وجود رابطه قراردادی پزشک - بیمار، در صورت درمان یا امدادسانی پزشک در شرایط طبیعی و بحرانی، بر اساس ماده ۵۱۰ قانون مجازات اسلامی، پزشک برای تبری از مسئولیت، نیازی به اثبات عدم تقصیر خود ندارد، بلکه در جایگاه منکر و در مقام دفاع می‌تواند با توجه به شرایط و تجهیزات موجود بر انگیزه حسن نیت خود، دفع ضرر از خود و رعایت مقررات و نکات ایمنی به صورت عرفی استناد نماید.

در حقوق آمریکا، با توجه به «اصل عدم وظیفه درمان» (Non-Duty of Rescue Principle) پزشک در شرایط طبیعی، وظیفه‌ای نسبت به درمان بیمار ندارد و به دلیل عدم اثبات رابطه سببیت میان ترک فعل پزشک و آسیب واردآمده، مسئول جبران خسارت نیز نیست (۱۲). به عنوان مثال، پزشکی که در خارج از محیط کار، متوجه تصادفی می‌شود، لیکن در محل تصادف توقف نمی‌کند (با وجود آنکه می‌توانست با کمک‌رسانی فوری، از مرگ مصدوم جلوگیری کند)، مسئولیتی متوجه او نیست (۱۳). با وجود این، به محض توقف پزشک و قبول مسئولیت درمان مصدوم، رابطه قراردادی میان آن‌ها شکل می‌گیرد (۱۴).

در نقطه مقابل، بعد از اعلام وضعیت اضطراری توسط وزیر بهداشت و خدمات انسانی همچون زمان شیوع بیماری فراگیر

رابطه قراردادی میان خود و بیمار، مسئول اجابت نکردن درخواست بیماران برای درمان است (۱۶).

۳-۱. **قاعده احسان (سامری نیکوکار):** «احسان» بر مبنای آیه ۹۱ سوره توبه «مَا عَلَى الْمُحْسِنِينَ مِنْ سَبِيلٍ» از ریشه «ح س ن» و به معنای «نیکوکاری» آمده است (۳). با وجود اینکه برخی مطلقاً معتقدند «هر آنچه سبیل و ضمان و دشواری بر شخص به شمار آید، در مورد احسان نفی می‌شود. بنابراین سزاوار نیست که احسان و آنچه به واسطه آن، احسان تحقق می‌یابد، سبب سبیل بر محسن گردد، لذا چون پزشک در اینجا محسن است، در صورت فوت بیمار یا وارد شدن صدمه‌ای به وی، احسان مانع از ایجاد ضمان طبیب است» (۷)، لیکن با توجه به مبنای مسئولیت مدنی پزشک در حقوق ایران و بررسی شرایط استناد به قاعده احسان در مقام ادعای تقصیر از طرف بیمار، «احسان» مطلقاً نمی‌تواند سبب مصونیت پزشک از دعوی مسئولیت شود، همانطور که در حقوق آمریکا، با وجود استناد به «نظریه سامری نیکوکار» (احسان) به عنوان مبنای مسئولیت مدنی پزشک در شرایط بحرانی، استثنائاتی، نظیر تقصیر فاحش و رفتار بی‌پروای پزشک موجب می‌شود تا نظریه سامری نیکوکار نتواند به طور مطلق سبب مصونیت پزشک از دعوی مسئولیت گردد.

«قوانین سامری نیکوکار» در حقوق آمریکا از سال ۱۹۹۵ در «ایالت کالیفرنیا» و پس از کمک‌رسانی «سامری» به شخصی که در خیابان افتاده و مورد ضرب و شتم قرار گرفته بود، آغاز شد. این قوانین به حمایت از داوطلبانی که با قصد حسن نیت، در شرایط اضطراری به اشخاص آسیب‌دیده کمک می‌کنند و مرتکب تقصیر فاحش (Gross Negligence) نمی‌گردند، اقدام می‌کند (اصطلاح «تقصیر فاحش» در خصوص اعمال بسیار بدیهی به کار می‌رود که ورای بی‌دقتی است و حتی افراد آموزش‌نندیده و معمولی می‌توانند از آن اجتناب کنند (۱۷)). عناصر تمسک به این قاعده و سنجش میزان تعهد پزشک در درمان بیماران، نسبت به حسن نیت و دفع ضرر از پزشک و امکان‌سنجی اخذ اجرت از بیمار بررسی می‌شود.

۳-۱-۳. **حسن نیت پزشک:** با وجود اینکه برخی با تکیه بر «احسان قصدی» معتقدند پزشک علاوه بر قصد احسان، تنها نباید در سنجش و بررسی عمل خود، تقصیر و تسامحی کرده باشد، هرچند قصد او با واقعیت منطبق نشود و به محسن‌آلیه ضرری برسد (۱۸)، لیکن ماده ۵۱۰ قانون مجازات اسلامی صراحتاً حسن نیت در قصد و فعل محسن را توأمان شرط دانسته، بیان می‌کند: «هرگاه شخصی با انگیزه احسان و کمک به دیگری، رفتاری را که به جهت حفظ مال، جان، عرض یا ناموس او لازم است، انجام دهد و همان عمل موجب صدمه و یا خسارت شود، در صورت رعایت مقررات قانونی و نکات ایمنی، ضامن نیست.»

به همین دلیل، به درستی گفته شده است «عنوان احسان از عناوین قصدی است که از نظر عرف بدون قصد محقق نمی‌شود، چنانکه بدون واقع نیز تحقق نمی‌یابد» (۱۹).

بر اساس قوانین کشور آمریکا (به عنوان نمونه، Public Readiness and Emergency Preparedness Act, 2005)، اعتقاد صادقانه متهم به مناسب بودن اقدامات انجام شده و انجام آن اقدامات، با انگیزه شایسته، حتی اگر سهل‌انگارانه باشد، کفایت می‌کند. بار اثبات انگیزه حسن نیت به عهده پزشک نیست، بلکه اصل بر حسن نیت وی است و بیمار باید خلاف آن را اثبات کند (۲۰). بنابراین در حقوق این کشور، جهت مصونیت پزشک از مسئولیت، صرف احسان قصدی در صورت اجتماع شرایط دیگر، کفایت می‌کند.

۳-۱-۲. **دفع ضرر از پزشک:** مجرای «قاعده احسان» به عنوان دلیل ثانوی در رفع مسئولیت از پزشک، صرفاً شامل «دفع ضرر» از وی است، بنابراین بر مبنای نظریه تقصیر و اعتقاد به احسان قصدی و فعلی، اگر پزشک در شرایط بحرانی یا در مواردی که قرارداد پزشک - بیمار میان طرفین نیست، در جایگاه منکر و در مقام دفاع در برابر ادعای تقصیر، به قاعده احسان تمسک کند، در صورت رعایت قوانین و مقررات، از وی رفع مسئولیت می‌شود. بنابراین تعیین نظریه احسان به عنوان مبنای مسئولیت مدنی پزشک و ایجاد مصونیت برای وی، با ماهیت و هدف احسان که دفع ضرر از پزشک است تا جایی که مرتکب تقصیر نگردد و عرفاً قوانین و مقررات را رعایت

ولی با این حال، از مسئولیت مصون است. بنابراین مسئولیت حمایتی پزشک بر مبنای قاعده احسان، موجه نیست. برخی برای توجیه، درمان در شرایط اضطراری را از باب «استفاده بلاجهت» و رابطه شبه قراردادی (Quasi-Contractual Relationship) بر انتفاع بیمار از خدمات پزشک، پزشک را مستحق دستمزد می‌دانند. همچنین در برخی مواد قانونی، نظیر ماده ۳۱۹ بخش (42U.S.C.247d) «قانون اضطراری فدرال خدمات بهداشت عمومی» مصوب ۲۰۲۰ (Public Health Service Act, 2020) تأکید شده که با در نظر گرفتن استناد به تبرع از ارکان مصونیت پزشک، درآمدهایی همچون دریافت حق بیمه، حق خوراک و اقامت و مزایای سلامت فدرال یا ایالت، استثنائاً مجاز است و خدشه‌ای بر قصد تبرع پزشک و داوطلبی وی وارد نمی‌کند (۱۰).

۱-۴. **استاندارد درمان (معیار تقصیر):** در حقوق ایران، نظریه تقصیر مبنای اتخاذی قانونگذار است که در علم فقه، مسبق به سابقه است. به نقل از «اسماعیل بن حسن مطبب» خطاب به «امام صادق (ع)» از فوت بیمار در اثر درمان او بدون ارتکاب تقصیر یا سوءنیت خبر داد که ایشان فرمودند: اشکالی نیست، اگرچه بمیرد (۲۶). «ابن ادریس» نیز می‌گوید: در صورتی که مریض عاقل و بالغ از پزشک درخواست نماید تا او را معالجه و درمان کند، لیکن اتفاقاً نقص و یا مشکلی پیش آید، ضمانتی بر پزشک نخواهد بود (۲۷).

بنابراین در شرایط طبیعی، در صورت انجام عملیات درمان توسط پزشک، استاندارد درمان، با قیاس پزشک با شخص معقول و منطقی، در شرایط مشابه و بر اساس عرف سنجیده می‌شود. در شرایط بحرانی و اورژانسی نیز همچنان نظریه تقصیر به عنوان مبنای مسئولیت مدنی پزشک استوار است و بحران استاندارد درمان از هیچ سویی در حقوق پزشکی ایران کاربرد ندارد، لکن بدیهی است که در تعیین تقصیر، کمبود تجهیزات، ازدحام بیماران، ترس از ابتلا به بیماری و نوظهور بودن آن در نظر گرفته می‌شود. در این صورت، بستگی به اینکه میان پزشک و بیمار قرارداد باشد یا نباشد، به جا به جایی مقام مدعی و منکر می‌انجامد. همچنین عرف به عنوان قانون

کند، منافات دارد، زیرا با مبنای قرارداد احسان و ایجاد مصونیت از مسئولیت، «جلب منفعت» برای پزشک، به عنوان هدف قرار می‌گیرد که مجرای قاعده احسان نیست (۲۱).

با وجود این، در حقوق آمریکا در جهت جلب منفعت برای پزشک و دوری از درمان تدافعی (Defense Treatment) در شرایط بحرانی یا در شرایط عادی که ارکان قوانین سامری نیکوکار فراهم باشد، مسئولیت مدنی پزشک بر مبنای این قوانین سنجیده می‌شود و غفلت و تسامح وی نادیده گرفته می‌شود، زیرا در این شرایط این اعتقاد وجود دارد که پزشک باید از درمان تدافعی اجتناب کند و به سرعت و بدون ترس از طرح دعوی حقوقی، به درمان بیماران اقدام نماید (۲۰).

۱-۳-۲. **عدم لزوم قصد تبرع پزشک:** عده‌ای معتقدند که قصد احسان با اخذ اجرت مانع‌الجمع نبوده و نباید آن را با قصد تبرع یکسان پنداشت، زیرا اصل بر «عدم تبرع» است و عمل مسلم نیز محترم است. بنابراین پزشک حق دریافت اجرت و حق الزحمه دارد (۲۲). متقابلاً برخی دیگر اعتقاد دارند که در صورت دریافت اجرت از سوی پزشک، وی دیگر محسن نیست، زیرا در این صورت، وی مصلحت خود را بر مصلحت محسن‌الیه ترجیح می‌دهد (۲۳). با وجود این، باید پذیرفت که اخذ اجرت توسط پزشک، صرفاً اثبات‌کننده وجود قرارداد پزشک - بیمار میان طرفین است، بنابراین وفق ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی، فرض بر تقصیر پزشک است و او در مقام مدعی باید عدم تقصیر خود را اثبات کند، لذا اخذ یا عدم اخذ اجرت صرفاً در اثبات وجود (ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی) یا عدم وجود قرارداد (ماده ۵۱۰ قانون مجازات اسلامی) و جا به جایی بار اثبات تقصیر پزشک مؤثر است. علاوه بر این، در خصوص تعهد به درمان، اصل بر عدم وجوب درمان است (۷) و اخذ اجرت صرفاً در واجبات جایز نیست (۲۴). بنابراین اخذ اجرت از بیمار به وسیله پزشک جایز است و منافاتی با قاعده احسان ندارد.

مطابق با دکتین حقوقی آمریکا، قصد تبرع از ارکان قاعده احسان است (۱۳، ۲۵)، حال آنکه در بسیاری از موارد، پزشک حتی در شرایط اضطراری، با قصد اخذ اجرت درمان می‌کند،

حقوق با پدیده بحران استاندارد درمان (Crisis Standards of Care) مواجه و با توجه به ایجاد تعهد درمان برای پزشک، نیازمند ایجاد استاندارد درمان انعطاف‌پذیرتر و ایجاد تغییرات اساسی در اقدامات معمول درمانی پزشکان در طول دوره بحران شد. با توجه به کمبود تجهیزات و امکانات پزشکی، داروها و سرمایه انسانی، سیستم تریاژ (Triage System) به دسته‌بندی بیماران بر اساس مدت فرآیند درمان و بیماری زمینه‌ای آن‌ها پرداخت تا از تجهیزات پزشکی و سرمایه انسانی استفاده بهینه شود و مبنای مسئولیت مدنی پزشک را از «نظریه تقصیر» به «نظریه سامری نیکوکار» تغییر داد (۳۰).

۳. اجتناب از درمان بیمار توسط پزشک: جرمی که در قالب «فعل» است، در مواردی تحقق پیدا می‌کند که قانونگذار از انجام عملی نهی کرده باشد. از این رو در صورت مخالفت و ارتکاب، این جرم به وقوع می‌پیوندد، ولی جرم «ترک فعل» در صورتی واقع می‌شود که قانونگذار افراد جامعه را به انجام کاری ملزم کرده باشد و امتناع آنان از امتثال آن تکلیف، موجب ضمان و مسئولیت گردد (۷).

«ترک فعل» زمانی می‌تواند موجب ضمان گردد که قانونگذار با جرم‌نگاری یا ذکر آن به عنوان مصادیق تخلف، رابطه سببیت میان ترک فعل با آسیب واردآمده را مفروض و اثبات نماید، به عنوان مثال، ماده ۱۱۷۶ قانون مدنی، مادر را در صورتی که تغذیه طفل به غیر شیر مادر ممکن نباشد، ملزم به شیردادن نوزاد کرده است. بنابراین اجتناب مادر، سبب مسئولیت او در آسیب وارده بر نوزاد است، لذا به نظر می‌رسد برخی به درستی گفته‌اند که اینجا «ترک فعل» سبب مسئولیت گردیده است (۳۱). همچنین لازم به ذکر است، در وضعیتی که پزشک مسئولیت درمان یا نجات بیمار را بپذیرد، به مانند اجیر، امکان اجتناب یا ترک درمان بیمار را ندارد، در غیر این صورت ضامن است؛ علاوه بر این، برخی برای ضامن‌دانستن تارک فعل، «اصل اعتماد» را مطرح کرده‌اند و در جایگاه پاسخ به استفتاء گفته‌اند: اگر دیده‌بان معدن، پرتاب سنگ به سمت کارگران را مشاهده کند و هشدار ندهد، مقصر و ضامن آسیب وارده شده به

ننوشته، منعطف با مقتضیات زمان و مکان و با در نظرگرفتن وضعیت بیمار یا شرایط بحرانی کشور، به بررسی انتساب آسیب بیمار به پزشک می‌پردازد.

در حقوق آمریکا، هدف از تعیین استاندارد درمان، میزان تعهد پزشک در درمان بیمار، کاهش قصور پزشکی و تهدید قانونی پزشک در صورت عدم رعایت آن‌ها است. دکترین حقوقی این کشور معتقد است با وجود اینکه پزشکان در صورت قصور پزشکی، شهرت خود را از دست می‌دهند، اما خطر اصلی متوجه سلامت شخص بیمار است، البته برخی خطرات، با ذات شغل پزشکی عجین و اجتناب‌ناپذیر هستند که اصطلاحاً آن را خطر ذاتی (Inherent Risk) می‌نامند و در صورت بروز آن نباید پزشک را متهم به عدم رعایت استانداردهای درمان نمود (۲۸).

با وجود این، برای تعیین دقیق قصور پزشکی، باید عمل پزشک را با استانداردهای درمان مقایسه کرد. برخی معیار استاندارد درمان را «فرد معقول (Reasonable Person)» می‌دانند که در این راستا بهره‌مندی از نظرات سایر متخصصان و شهادت آنان بسیار مؤثر است (۲۹).

برخی دیگر از صاحب‌نظران، «عوارض جانبی درمان (Adverse Outcomes)» را معیار برای استاندارد درمان در نظر می‌گیرند و برخی دیگر، از اصطلاح «وظیفه به تکامل (Duty to Stay Abreast)» برای تعیین معیار بهره برده‌اند؛ با این توضیح که پزشکان، متعهد به تکامل علم و تجربه خود هستند و اگر در این تعهد کوتاهی کنند، استاندارد درمان را رعایت نکرده‌اند و مقصر هستند (۲۹).

مخالفان تعیین استاندارد درمان بر اساس تقصیر پزشک معتقدند، با وجود تأثیر مثبت آن در کاهش خطای پزشکی، این امر می‌تواند سبب پیدایش پدیده «درمان تدافعی» گردد (۲۸). توضیح اینکه پزشک با وسواس بیشتر و اخذ آزمایشات متعدد به درمان بیماران می‌پردازد که در شرایط عادی بسیار پسندیده است، اما در صورت اعلام شرایط اضطراری برای بیماران، پیامدهای منفی به دنبال دارد. در همین راستا، پس از اعلام وضعیت اضطراری (در سال ۲۰۰۹ برای شیوع ویروس NIH و در سال ۲۰۱۹ برای شیوع ویروس کووید-۱۹) علم

کسی فعلی که انجام آن را بر عهده گرفته یا وظیفه خاصی را که قانون برعهده 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، شبه‌عمدی یا خطای محض است، مانند اینکه مادر یا دایه‌ای که شیردادن را بر عهده گرفته است، کودک را شیر ندهد یا پزشک یا پرستار وظیفه قانونی خود را ترک کند»، برخی از شرایط تحمیل اثر وضعی بر تارک فعل را بیان کرده است. از مفهوم مخالف این ماده می‌توان موارد مجاز ترک فعل پزشک را استنباط کرد، لذا اگر پزشک نه به صورت صریح و شفاف و نه به طور ضمنی، مسئولیت درمان بیمار یا مصدوم را نپذیرفته باشد، ضامن نیست.

در خصوص این ماده قانونی، ذکر دو نکته خالی از فایده نیست: اول، برخی گفته‌اند در وضعیتی که برای پزشک، تعهد به درمان ایجاد می‌شود، اگر توانایی انجام آن درمان را نداشته باشد، در صورت کمک و احسان، مسئولیتی متوجه آن نیست و به عنوان مدرک به آیه ۸۶ سوره بقره «لَا يَكْفُرُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا» استناد کرده‌اند (۷)، حال آنکه در ایران، اعلام وضعیت اضطراری توسط وزیر بهداشت و جاری شدن اصل تعهد به درمان، قانوناً و عرفاً پیش‌بینی نشده است. بنابراین پزشک در زمانی که تصمیم به درمان بیمار می‌گیرد، با این پیش‌فرض همراه است که او علم، دانش و تجربه انجام این درمان را دارد؛ دوم، ماده مورد اشاره، ترک فعل عمدی را نیز معتبر دانسته است، در حالی که برخی از حقوقدانان معتقدند همه جرائم ترک فعلی، غیر عمدی است و اثبات جرم ترک فعل عمدی محال است، چون قصد، امر باطنی است و تنها به وسیله و مظهر خارجی که فعل ایجابی باشد، قابل اثبات است، نه امتناع (۳۳).

بنابراین با در نظر گرفتن اینکه در حقوق ایران مبنای مسئولیت مدنی پزشک، «تقصیر» است (۲۶) و اصل بر «عدم تعهد به درمان» است (۷). ترک فعل پزشک در شرایطی که هیچ قراردادی میان طرفین مبنی بر تعهد به درمان بیمار وجود نداشته باشد، سبب مسئولیت برای پزشک نمی‌شود. در این

کارگران است، زیرا کارگران با اعتماد به نظارت او، مشغول به کار هستند (۳۲).

آنچه در این مصادیق مشهود است، وابستگی حیات مصدوم یا بیمار به ترک فعل نجات‌بخش تارک می‌باشد که امتناع او سبب اصلی مرگ افراد است و باید پیامد و اثر وضعی آن را بپذیرند.

در حقوق آمریکا، امتناع از درمان می‌تواند در قالب درمان‌نکردن بیمار یا ترک ادامه درمان باشد. در حالت اول، با توجه به وضعیت عادی یا اضطراری، اصل عدم تعهد به درمان یا وظیفه درمان ایجاد می‌شود، اما در حالت دوم، پزشک باید تا زمان بهبودی حال بیمار یا قطع امید از آن به درمان خود ادامه دهد، البته در صورت مرخصی‌های سالانه، بازنشستگی پزشک، عدم پرداخت هزینه‌های درمان، عدم رعایت دستورالعمل‌های پزشک توسط بیمار و انتقال پزشک به بیمارستان دیگر، باید قائل به امکان ترک درمان یا سپردن بیمار به پزشک دیگر شد. در این حالت، پزشک موظف است تمام اطلاعات لازم برای ادامه درمان را در اختیار بیمار قرار دهد و همچنین باید اطمینان حاصل کند که بیمار فرصت درمان توسط پزشک متخصص دیگر را خواهد داشت. به عبارت دیگر، پزشک باید مطمئن شود که قطع درمانش سبب آسیب به بیمار نمی‌گردد (۱۰).

در شرایط اضطراری همانطور که قبلاً توضیح داده شد، پزشک حق اجتناب از درمان بیمار را ندارد و متعهد به درمان بیمار است، لیکن در شرایط عادی، با توجه به اینکه نظریه تقصیر مبنای مسئولیت مدنی پزشک است و بیمار باید از چهار عنصر اثبات تقصیر، اولین عنصر که وظیفه و تعهد پزشک نسبت به درمان بیمار باشد را اثبات کند، بنابراین در صورت عدم قبول تعهد، اجتناب از درمان بیمار جایز است (۵).

آنچه مسلم است مسئولیت پزشک در نتیجه اجتناب وی از درمان بیمار، به صورت استثنایی و با اجتماع شرایط، به شرح ذیل قابل بررسی است.

۱-۳. ترک فعل درمان بیمار (Bad Samaritan Law):

ماده ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی که مقرر می‌دارد: «هرگاه

نیست) (۲۰). لازم به ذکر است همزمان با اعلام شرایط اضطراری، به جهت تحمیل قوانین سامری نیکوکار بر پزشک و عدم اضطراب پزشک از طرح دعاوی حقوقی، تنها «تقصیر فاحش» و «سوءرفتار بی‌پروا (Reckless Misconduct)» سبب مسئولیت پزشک می‌شود که این امر باید توسط بیمار اثبات گردد (۳۶) (سوءرفتار بی‌پروا در جایی مصداق دارد که شخص خطاکار می‌داند یا آنکه باید بداند که رفتار خطرناک او به دیگران آسیب می‌رساند (۱۷)).

در قوانین مربوطه نیز، بند ۱ ماده ۳۶ از فصل ۶۶۳ «قانون دعاوی مدنی، دفاعیات و دادرسی» ویژه «ایالت هاوایی» مصوب ۲۰۰۹ بیان می‌کند: «هر شخص (پزشک) که متوجه رنج و درد جسمی شدید در شخص دیگری (بیمار) شد، در صورتی که هیچ خطری برای خود امدادگر یا دیگری نداشته باشد، باید به وی کمک کند یا آنکه به مقامات مسئول اطلاع دهد، در غیر این صورت او صرفاً گناهکار است» (۳۷).

ماده ۱ «قانون سامری نیکوکار» مصوب ۲۰۲۲ «ایالت مینه‌سوتا» در بخش (604A.01)، بیان می‌کند: «اگر شخصی را مشاهده کردید که آسیب شدید جسمی دیده یا آنکه در معرض آن است، در صورتی که خطری متوجه طرفین نباشد، امدادگر (پزشک) باید کمک منطقی کند یا آنکه به مقامات مسئول اطلاع دهد، در غیر این صورت او گناهکار است و مرتکب جرم بدون کیفر (Petty Misdemeanor) شده است (۳۸).

پس از بررسی قوانین مربوطه در ایالات آمریکا (در ایالت رودآیلند (۳۹)، ورمونت (۴۰) و ویسکانسین (۴۱)، صرفاً مجازات حبس یا جزای نقدی برای شخص تارک فعل در نظر گرفته شده است)، این مهم قابل استنباط است که در اکثر ایالات به دلیل اجتناب پزشک از درمان، مسئولیت مدنی برای او در نظر گرفته نشده است.

همچنین پس از مطالعه قوانین و شرایط تعیین تعهد برای شخص امدادگر می‌توان دریافت که در برخی ایالات، به صرف آنکه شخصی در معرض آسیب باشد، قوانین سامری نیکوکار متوجه شخص امدادگر می‌گردد و متقابلاً در برخی دیگر از ایالات، تنها زمانی می‌توان به درمان یا کمک شخص آسیب‌دیده شتافت که آن شخص در نتیجه ارتکاب یک جرم آسیب‌دیده

زمینه، آنچه از کلمات برخی فقیهان که متعرض بعضی فرض‌های وجوب انقاذ شده‌اند، برمی‌آید، اگر سبب پیدایش عارضه موجب هلاکت، بیماری یا مجروح شدن باشد و کسی که بر نجات‌دادن او قدرت داشته، از این کار امتناع کند و در نتیجه، آن شخص بمیرد، امتناع‌کننده فقط مرتکب حرام شده و مسئولیتی به عهده او نیست (۸).

همچنین برخی از فقها با توجه به اصل برائت ذمه، عدم ضمان پزشک در صورت اجتناب از درمان بیمار را حتی با وجود توانایی بر درمان اثبات کرده‌اند (۳۴) و برخی دیگر در خصوص فردی که در معابر عمومی از سوختگی شدید رنج می‌برد، ضمان را مستند به فعل (جرح و آتش) می‌دانند و ترک معالجه را گرچه در تحقق مرگ دخیل است، بدان مستند نمی‌دانند، چه اینکه مرگ از آثار مقتضی است و مداوا از قبیل مانع است، بنابراین اگرچه از روی اختیار صورت نگیرد، اثر به مقتضی متوجه می‌شود، زیرا موجود از موجود ناشی می‌شود و بر آن مترتب می‌گردد و به امر عدمی مستند نمی‌شود (۳۵). بنابراین ترک فعل و عدم کمک‌رسانی به بیمار یا مصدوم، سبب مسئولیت کیفری یا مدنی برای پزشک نمی‌گردد.

در حقوق ایالات متحده آمریکا، تعهدات پزشک طبق «قانون اصلاح جبران صدمات پزشکی کالیفرنیا» مصوب ۲۰۱۲ به دو بخش «تعهد به درمان» که مسئولیت او در آن مبنی بر تقصیر است و دیگری، «تعهد به ایمنی بیمار» قابل تقسیم است که بدون احراز تقصیر، پزشک در قبال بیمار مسئول است؛ با این توضیح که در شرایطی که پزشک مسئولیت درمان بیمار را نپذیرد یا حتی در معابر عمومی، مصدوم یا بیماری را مشاهده کند که نیاز به کمک‌درمانی داشته باشد و او را درمان نکند، با وجود اینکه این کار او را «هیولای اخلاقی» نامیده‌اند، اما برای او مسئولیت مدنی در نظر نگرفته‌اند (۴). با وجود این، در صورتی که وزیر بهداشت در وضعیت شیوع یک بیماری فراگیر، اعلام شرایط اضطراری کند، هیچ پزشکی حق امتناع از درمان بیمار را ندارد (در این حالت، با وجود مفروض دانستن قانونی عنصر «وظیفه درمان» برای پزشک، عنصر «تئوری سببیت» کماکان قابل اثبات نیست، بنابراین چاره‌ای جز تعیین مسئولیت کیفری یا دست‌کم مسئولیت اخلاقی برای پزشک

خارج از محیط کار می‌پردازد (۱۲)؛ دسته دوم، خدمات درمانی پزشک در زمان اعلام وضعیت اضطراری را شامل است.

در مقایسه با حقوق ایران، اضطرار در حقوق آمریکا به عنوان دلیل ثانوی در پی رفع مسئولیت مدنی، مصونیت پزشک و ایجاد تعهد به درمان برای وی است. «قانون فدرال سامری نیکوکار» مصوب ۱۹۹۶ (Good Samaritan Act) در «بخش ۱ از فصل ۱۷۲» تأکید می‌کند که «شخصی که در شرایط اضطراری به ارائه خدمات درمانی به بیمار، مجروح یا شخص بیهوش می‌پردازد، مسئولیتی از بابت سهل‌انگاری خود در برابر آسیب‌های وارده بر آن‌ها ندارد، مگر آنکه مرتکب تقصیر فاحش شده باشد.»

۳-۳. اجتناب جزئی از درمان (Medical Triage or Unfair Treatment)

در برخی منابع فقهی بیان شده است: «امداد و نجات مسلمان واجب و غیر مسلمانی که در حال جنگ با مسلمانان نباشد، مستحب است» (۲۳) یا اینکه در باب تزاحم در امداد به مسلمانان ذکر شده است: «در وجوب امداد و نجات مسلمان تفاوتی بین افراد نیست، مگر اینکه نسبت به فرد یا افرادی مصلحتی مهم‌تر وجود داشته باشد» (۲۳). همچنین در خصوص بیماری‌های مسری و خطرناک و در باب چشم‌پوشی از نجات مصدومان خطرناک، استفتاء شده است: «آیا چشم‌پوشی از حیات بعضی مصدومین یا عدم امدادسانی به آنان که به منظور از بین‌بردن بیماری‌های مهلک و مسری و پیشگیری از تلف شدن جمع زیادی از مردم آن منطقه صورت می‌گیرد، جایز است یا خیر؟» در پاسخ بیان شده است: «نجات مصدوم واجب است و در صورت امکان باید مردم را از آنجا کوچ داد یا به طریقی دیگر از آسیب دیدن دیگران جلوگیری کرد، ولی در فرض یقین به اینکه با امدادسانی به مصدوم، جمع زیادی تلف می‌شوند و هیچ راهی جز ترک امداد وجود ندارد، تکلیف ساقط است» (۲۳).

در آیه ۴۵ سوره مائده قرآن کریم همواره بر مساوی بودن جان انسان‌ها تأکید شده است؛ «وَ كَتَبْنَا عَلَيْهِمْ فِيهَا أَنْ النَّفْسَ بِالنَّفْسِ وَالْعَيْنَ بِالْعَيْنِ، وَالْأَنْفَ بِالْأَنْفِ، وَالْأُذُنَ بِالْأُذُنِ، وَالسِّنَّ

باشد (البته چندان روشن نیست که کمک‌کننده در آن شرایط فوری و اضطراری، چگونه باید متوجه علت آسیب شود). لازم به ذکر است که در تمامی ایالت‌های مورد بررسی، تنها آسیب‌های جسمی شدید و نه آسیب‌های معنوی یا آسیب‌های جسمی سطحی، مشمول این قوانین می‌گردند.

۳-۲. قاعده اضطرار: «اضطرار» مصدر باب افتعال، در لغت از ماده «ضرر» به معنای «مجبور شدن به انجام کاری»، «احتیاج»، «ناچاری» و «درماندگی» آمده است و در فقه اصطلاحاً به حالتی گویند که صبر بر آن ممکن نباشد (۴۲).

در حقوق ایران از «قاعده اضطرار» تنها در صورتی می‌توان برای رفع مسئولیت مدنی پزشک در شرایط اضطراری بهره جست که این بیماری و سرایت آن به نحوی وخیم و فراگیر باشد که بیم خطر جانی برای پزشک وجود داشته باشد و متعاقباً امکان اجتناب وی از درمان ممکن است. لازم به توضیح است که در اینجا قاعده اضطرار به عنوان دلیل ثانوی در جهت رفع مسئولیت پزشک به کار نمی‌رود، بلکه عنوان اولی آن تغییر می‌کند (۷). در خصوص تجویز اجتناب از درمان، قاعده فقهی «نفی حرج» (حرج به معنای «مسئولیت»، «تنگنا و سختی» آمده است) بر مبنای آیه ۷۸ سوره حج «وَ مَا جَعَلَ عَلَيْكُمْ فِي الدِّينِ مِنْ حَرَجٍ» نمی‌تواند مورد استناد قرار گیرد (۱)، زیرا بین اضطرار و عسر و حرج، رابطه عموم و خصوص مطلق وجود دارد؛ به این معنا که هر اضطراری، عسر و حرج نیز محسوب می‌شود، اما اضطرار اخص از عسر و حرج است، چون مفهوم اضطرار، حرجی است که به حد مرگ و خطر جانی رسیده باشد، اما عسر و حرج هر مشقت و سختی را شامل می‌شود (۷).

قابل توجه است موردی که از قاعده اضطرار در باب تزاحم آن با واجبی اهم استثنا شده است، دوران امر بین حفظ جان محترم دیگری و دفع بیماری از خود است (۱۹).

شرایط اضطراری در حقوق ایالات متحده آمریکا به دو دسته تقسیم می‌شود: دسته اول، شرایطی است که نیاز به مداخله سریع پزشک برای جلوگیری از آسیب‌های جبران‌ناپذیر به بیمار است، مانند مواردی که پزشک به ارائه خدمات درمانی

بنابراین ترجیح فرد با برخورداری از مصلحت نوعی صحیح است» (۴۴).

لازم به توضیح است که با توجه به اصل عدم تعهد به درمان در حقوق ایران در شرایط عادی یا بحرانی، با توجه به قاعده «عدم جواز اجبار» (عدم جواز الإجبار لغير الواجب)، کاری که بر انسان واجب نیست، اجبار و الزام وی بر آن کار جایز نیست (۴۴). بنابراین در صورتی که پزشک از میان دو بیمار، با یک بیمار توافق کند و او را درمان کند، این امر به معنای ترجیح بلامرجه یا تبعیض در درمان نیست و اجتناب از درمان دیگری، با توجه به این قاعده اصولی جایز است.

در حقوق آمریکا، از جمله نتایج بحران استاندارد درمان در شرایط اضطراری، پیش‌بینی سیستم تریاژ (Triage System) است که با وجود سطح‌بندی بیماران بر اساس وخامت حال، طول زمان درمان و بیماری‌های زمینه‌ای، آن‌ها حق ندارند فرآیند درمان اشخاص آسیب‌دیده را بر اساس سن، ناتوانی، جنسیت و نژاد دسته‌بندی کنند. همچنین حق انتخاب درمان بیمار از پزشک سلب می‌شود و تعهد به درمان همه بیماران برای آن‌ها ایجاد می‌شود، زیرا در شرایط بحرانی و اورژانسی، هنجارهای اخلاقی فراتر رفته و پزشکان موظفند در حد مقدرات، بهترین خدمات درمانی را ارائه کنند، زیرا عهد و میثاق (نه قرارداد) میان پزشک و بیمار در شرایط بحرانی ارزش بیشتری پیدا می‌کند. از آنسو، همانطور که پزشکان موظفند بیماران را درمان کنند، متقابلاً مؤسسات و بیمارستان‌ها نیز باید از لحاظ فیزیکی (استخدام محافظ شخصی) و هم از لحاظ روحی (به دلیل سختی شرایط کار) از پزشکان حمایت کنند (۳۰).

در یکی از مقالات حقوق پزشکی، به پیش‌بینی یک پروتکل با نرم‌افزار SPSS v29 برای سیستم تریاژ بیماران در شرایط اورژانسی پرداخته شده است (۴۵).

بر اساس این پروتکل، روش سیستم درمان و طبقه‌بندی بیماران اورژانسی (METTS: Medical Emergency Triage and Treatment System)، تریاژ بیماران بر اساس علائم حیاتی، احتمال ارتکاب اشتباه و وصول شکایت از طرف بیمار و علائم بیماری صورت می‌گیرد. این پروتکل در پنج

بِالسَّنِّ، وَ الْجُرُوحِ قِصَاصٌ. فَمَنْ تَصَدَّقَ بِهِ فَهُوَ كَفَّارَةٌ لَهُ، وَ مَنْ لَمْ يَحْكَمْ بِمَا أَنْزَلَ اللَّهُ فَأُولَئِكَ هُمُ الظَّالِمُونَ.» عدالت در سلامت از جمله حقوق اولیه و اساسی بیمار است. تبعیض در درمان به معنای «عدم ارائه یا ارائه ناقص مراقبت‌های سلامت و یا متفاوت به فرد یا گروهی از افراد به علت ویژگی‌های فردی یا اجتماعی آن‌ها است» (۴۳).

در مطالعه صورت‌گرفته میان ۱۶ نفر از مراقبان سلامت، رفتار آن‌ها در این خصوص به تبعیض منفی و مثبت تقسیم شد. تبعیض منفی که سبب سلب اعتماد مردم به کادر درمان می‌شود؛ در مجموع، مغفولیات اخلاقی، جایگاه اجتماعی - سیاسی بیماران و کمبود نیروی انسانی رخ می‌دهد و تبعیض مثبت در نتیجه نیاز آن بیمار به رسیدگی بیشتر به علت وخامت بیماری وی، نیاز او به ملاقات با خانواده به علت افسردگی ناشی از طول فرآیند درمان و مصاحبت بیشتر با بیماران مسافر و غریب در شهر رخ می‌دهد که نه تنها آثار منفی ندارد، بلکه بیش از پیش عدالت در درمان و مراقبت مناسب را تضمین می‌کند (۴۳).

در زمینه برقراری عدالت در سلامت می‌توان به محال‌بودن قاعده اصولی «ترجیح بلامرجه» اشاره داشت؛ محال‌بودن آن از ضروریات عقلی است، زیرا موضوع آن در جایی است که دو چیز از هر جهت نسبت به فاعل مختار، مساوی و برابر باشند و هیچ کدام بر دیگری رجحان نداشته باشد و فاعل مختار، یکی از دو طرف را بدون وجود علتی که سبب رجحان و گزینش آن بر طرف دیگر گردد، برگزیند. در واقع، در اینجا تعلق اراده به یکی از دو طرف بدون هیچ علت رجحان‌بخشی، به تحقق معلول بدون علت بازمی‌گردد که محال است (۱۹).

در مقابل، برخی گفته‌اند ترجیح بلامرجه، در صورتی که مرجح به معنای علت باشد، محال است، اما چنانچه به معنای انگیزه غیر عقلایی باشد، قبیح است، یعنی ترجیح بدون وجود هیچ علتی، محال و به انگیزه غیر عقلایی قبیح است (۹). همچنین برخی معتقدند باید مصلحت نوعی، تخصیص قاعده مزبور باشد و بیان می‌کنند: «در ترجیح، وجود مصلحت در نوع کفایت می‌کند، هرچند در خصوص فرد، مصلحتی نباشد،

یکی از مقالات حقوق پزشکی، ۸۱۰ بیمار که همگی مبتلا به دیابت بودند، مورد بررسی قرار گرفتند؛ ۴۹ درصد بیماران سفیدپوست بودند، ۱۹ درصد آفریقایی - آمریکایی، ۱۴ درصد اسپانیایی و ۱۸ درصد آن‌ها از سایر نژادها و قومیت‌ها بودند، البته از مجموع این تعداد، ۲۵۹ نفر آن‌ها زن بودند. در این تحقیق، «نژاد»، بیشترین درصد و «سن» کمترین میزان تبعیض را به خود اختصاص داد. در این مطالعه، پیشنهاد شده است که پزشکان در خصوص رابطه قوی بین تبعیض در درمان با سلامت روانی جامعه آگاه باشند و همچنین بدانند که رفتار آن‌ها توسط بیماران تفسیر و با دیگر پزشکان مقایسه می‌شود (۴۶).

نتیجه‌گیری

در حقوق ایران، تعیین «نظریه احسان» به عنوان مبنای مسئولیت مدنی پزشک در شرایط بحرانی یا در مواردی که قرارداد پزشک - بیمار میان طرفین نیست، با ماهیت و هدف احسان منافات دارد. ماهیت احسان به عنوان دلیل ثانوی، صرفاً دفع ضرر از پزشک است، تا جایی که مرتکب تقصیر نگردد و عرفاً قوانین و مقررات را رعایت کند، لیکن تعیین احسان به عنوان مبنای مسئولیت مدنی پزشک، سبب جلب منفعت برای پزشک می‌شود که حتی در صورت سهل‌انگاری، مسئول قلمداد نمی‌شود.

همچنین اخذ اجرت یا عدم اخذ آن، صرفاً اثبات‌کننده وجود یا عدم وجود قرارداد میان طرفین است و ارتباطی به مبنای مسئولیت مدنی پزشک ندارد تا نیاز به تغییر مبنای در شرایط بحرانی باشد، لیکن در حقوق آمریکا که مبنای مسئولیت مدنی پزشک در شرایط بحرانی، از نظریه تقصیر به نظریه احسان، به صرف اعلام وضعیت اضطراری، تغییر می‌کند، با ارکان قاعده احسان سازگار نیست. به عنوان مثال، از بدیهیات این قاعده، قصد تبرع پزشک در درمان بیماران است، حال اینکه بسیاری از پزشکان مستخدم در بیمارستان حتی بعد از اعلام وضعیت اضطراری توسط وزیر بهداشت، حقوق دریافت می‌کنند، به علاوه، با در نظر گرفتن معیار استاندارد درمان

سطح، طبقه‌بندی و ۲۲/۹۳۴ بیمار را مورد بررسی قرار داده است.

در این سطح‌بندی، پایین‌ترین سطح، «آبی» است و شامل بیمارانی است که نه نیاز به خدمات اورژانسی و نه تجهیزات بیمارستانی دارند و توصیه درمانی به آن‌ها این است که بیشتر، از خود در برابر بیماری‌ها مراقبت کنند. سطح بعدی که نیاز فوری به کادر درمان دارد و بیماری وی تهدیدکننده زندگی او است، «قرمز» نامیده می‌شود. طبقه‌بندی بعدی «نارنجی» است و بیمارانی که بیماری به صورت بالقوه می‌تواند تهدیدکننده زندگی آن‌ها باشد و ظرف ۲۰ دقیقه باید خدمات درمانی برای آن‌ها فراهم شود را دربر می‌گیرد. در سطح «زرد»، بیماری تهدیدکننده زندگی آن‌ها نیست، اما در طول ۱۲۰ دقیقه برای جلوگیری از آسیب بیشتر، نیاز به خدمات درمانی دارند و رنگ «سبز» مخصوص بیمارانی است که به تجهیزات بیمارستانی نیاز دارند، اما نه بیماری موجب مرگ و میر آن‌ها می‌گردد و نه نیاز فوری به خدمات و تجهیزات پزشکی دارند. از دیگر یافته‌های پروتکل این است که اکثر بیمارانی که خودشان به بیمارستان مراجعه می‌کنند، در سطوح پایین‌تر و بیمارانی که با آمبولانس یا هلی‌کوپتر اعزام می‌شوند، در سطوح بالاتر قرار می‌گیرند و میزان مرگ و میر و کهولت سن در گروه اخیر بیشتر است. مؤسسان این پروتکل معتقدند این اقدام سبب کاهش مرگ و میر بیماران و همچنین کاهش دعاوی ناشی از خطای پزشکی و تشخیص بیماران اورژانسی و تعهد پزشکان به درمان بیماران بدون ایجاد تبعیض از لحاظ سن، جنسیت و نژاد می‌شود، زیرا تبعیض در درمان بیماران سبب اجتناب جزئی از درمان می‌شود که با اصل تعهد به درمان بیماران در شرایط اضطراری مغایرت دارد، اما طبقه‌بندی بیماران سبب درمان مناسب‌تر آن‌ها و کاهش مرگ و میر در بیماران می‌گردد (۴۵).

مطالب اظهارشده مربوط به بایدها و نبایدهای حقوق پزشکی در کشور آمریکا بود، لیکن در واقعیت، تبعیض در مراقبت سلامت (Unfair Treatment) بسیار رخ می‌دهد و نتایج سوء آن می‌تواند منجر به آسیب‌های روانی برای بیماران گردد. در

مشارکت نویسندگان

رسول رفیعی: جمع‌آوری داده‌ها و نگارش متن.
حسین عابدینی و حمید روستایی: تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش متن.
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.

(شخص معقول و منطقی) برای پزشک، دیگر نیازی به تغییر مبنای مسئولیت نیست، زیرا در این معیار، رفتار معقول، از «شرایط طبیعی» به «شرایط بحرانی» متفاوت است.

در حقوق ایران، در صورتی که پزشک بدون قرارداد یا توافق به درمان یا نجات بیمار بپردازد، همچنان با نظریه تقصیر، مسئولیت مدنی وی سنجیده می‌شود، منتها به علت عدم وجود قرارداد، امکان فرض تقصیر برای پزشک نیست. بنابراین از شمول ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ خارج و با در نظر گرفتن ماده ۵۱۰ قانون مزبور، بیمار، ملزم به اثبات تقصیر پزشک است. پزشک در مقام دفاع و در جایگاه منکر می‌تواند به احسان به عنوان دلیل ثانوی برای رفع مسئولیت مدنی استناد کند. در باب اجتناب از درمان بیمار، در حقوق ایران، از قاعده اضطرار به عنوان ابزاری جهت توجیه اجتناب وی از درمان در مواردی که متعهد به درمان است، استفاده می‌شود، زیرا اضطرار، اخص از عسر و حرج است، به این معنا که مفهوم اضطرار، حرجی است که به حد مرگ و خطر جانی رسیده باشد، حال اینکه در حقوق آمریکا به عنوان دلیل ثانوی در جهت رفع مسئولیت و مصونیت پزشک به کار می‌رود.

با توجه به آنچه بیان گردید، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

۱- در قرارداد میان پزشک با بیمارستان، بیمارستان به عنوان مشروط‌النه، درمان بیماران، اعم از مسری (به جز بیماری‌هایی که خطر جانی فراوان برای پزشک دارد) و غیر مسری در شرایط بحرانی، به عنوان شرط به نفع ثالث بگنجانند؛

۲- قوانین مربوط به حقوق پزشکی به صورت مجزا از قوانین عام مسئولیت مدنی، نگارش و تصویب شود؛

۳- با تصویب قوانین «آماده اجرای اضطراری» برای شرایط بحرانی در زمان رویارویی با چنین وضعیتی، نیاز به طی زمان طولانی برای تصویب قوانین نباشد و فوراً با انجام اصلاحات جزئی متناسب با آن پدیده، لازم‌الاجرا شوند؛

۴- در راستای کاهش هرچه بیشتر تبعیض منفی و درمان ناعادلانه تلاش شود و به سمت تریاژ و تبعیض مثبت در درمان بیماران در شرایط بحرانی در جهت درمان مناسب و عادلانه

پیش برویم.

References

1. Bostani FA. Abjadi Dictionary. 2nd ed. Qom: Islamic publication; 1997. p.840. [Persian]
2. Delavari MH, Meghdadi MM. The Civil Liability Due to Revealing Medical Secrets in Iran's Law and Common Law. *Medical Law*. 2014; 8(30): 99-145. [Persian]
3. Dekhoda AA. Dekhoda Dictionary. 1st ed. Tehran: University of Tehran Publication; 1999. p.1319. [Persian]
4. Damien S. Samaritans: Good, Bad and Ugly: A Comparative Law Analysis. *Roger Williams University Law Review*. 2005; 11(77): 77-141.
5. Sonny B. An Introduction to Medical Malpractice in the United States. Springer. 2009; 467(2): 339-347.
6. Fazel Lankarani MF. The Rulings of Doctors and Patients. 1st ed. Qom: Imam Athar Publication; 2006. p.48. [Persian]
7. Ghasemi MA. Figh of treatment. 2nd ed. Qom: Publications of the Jurisprudential Center of the Athar Imam (Alayhessalam); 2017. p.248. [Persian]
8. Allame Helli M. Tahrir al-Ahkam al-Sharia on the al-Imami Mazhab. 2nd ed. Qom: Islamic Publications Office; 1992. p.555. [Arabic]
9. Esmailabadi A. A Study of Physician's responsibility and Non Responsibility. *Journal of Figh and Osul*. 2004; 36(64): 9-28. [Persian]
10. Walter K. Malpractice and Emergency Medicine. *Emergency Medicine Reports*. 1990; 11(2): 1-4.
11. Hiser V. Randolph, 617 P.2d 774 (Ariz. Ct. App. 1980), Court of Appeals of Arizona, Division 1, Department C.
12. Masadeh A. The Scope of the Medical Duty to Treat: An Analytical Study under Jordanian Law and Common Law. *Arab Law Quarterly*. 2010; 24: 361-391.
13. Vincent T. Good Samaritan Law: Impact on Physician Rescuers. *Wyoming Law Review*. 2017; 17(1): 149-168.
14. Williams K. Medicals Samaritans: Is There a Duty to Treat?. *Oxford J Legal Studies*. 2001; 393(21): 394.
15. D'Amato A. The "Bad Samaritan" Paradigm. *Northwestern University School of Law*. 2010; 798-812.
16. William Millard and Marjorie Millard, Plaintiffs/Appellants, v. Joseph A. Corrado, M.D., Defendant/Respondent. 14 S.W.3d 42 (1999), No. ED 75420.
17. Spencer L, Sturgess J. Medical Negligence and Complaints. Oxford: Oxford University Press; 2018. Available at: <https://www.Leighday.Co.Uk/Faqs/MedicalNegligence-Faqs/Guide-to-MedicalNegligence-Complaints-Procedure>. Last Visited Februray 3, 2022.
18. Mohaqeq Damad SM. The Rules of Islamic Jurisprudence (Civil Section). 8th ed. Tehran: Samt Publications; 2003. p.126305. [Persian]
19. Hashemi shahroodi M. Culture of Figh According to the Religion of Ahl al-Bayt (Alayhessalam). 1st ed. Qom: Dayirat al-Maearif Fiqh Aslama on Mazhab Ahlebait (Alayhessalam); 2004.
20. Shen W. Covid-19 and Liability Limitations for the Health Care Sector. *Congressional Research Service*. 2020; 2: 1-5.
21. Allame Helli M. Ershad al-Azhan al-Ahkam al-Iman. 1st ed. Qom: Al-Nashr Islamic; 1989. p.221. [Arabic]
22. Khansari SA. Jami al-Madarek in the Short Explanation of al-Nafi. 2nd ed. Qom: Ismailian Institution; 1985. p.489. [Arabic]
23. Makarem Shirazi N. Rulings of Medical. 1st ed. Qom: Imam Ali Bin Abi Talib School (Alayhessalam); 2003. p.235. [Persian]
24. Khomeini R. Tahrir al-Vasile. 1st ed. Qom: Islamic Publication; 2004. p.515. [Persian]
25. Hyder GH, Devereux J. A Brief Primer on Good Samaritan Law for Health Care Professionals. *Australian Health Review*, 2007; 31(3): 478-482.
26. Kulayni M. Osul al-Kafi. 1st ed. Beirut: Dar al-Taaref Publication; 1990. p.101. [Arabic]
27. Idris Helli M. Alsiraar Alhavi Litahrir Alfatavi. 1st ed. Qom: Ismailian Institution; 1979. p.189. [Arabic]
28. Bovbjerg R. The Medical Malpractice Standard of Care: HMOs AND Customary Practice. *Duke Law Journal*. 1975; 1375-1414. [Arabic]
29. Greenberg M. Medical Malpractice and New Devices: Defining an Elusive Standard of Care. *Health Matrix Journal*. 2009; 19(2): 423-445.
30. Lawrence G, Hanfling D. Crisis Standards of Care. *Medicine and Law*. 2009; 2366.
31. Panahi M. Analysis of the Crime Resulting from Omission in the Iranian Penal Code. *Islamic Law Publication*. 2020; 1398(11): 3-34. [Persian]
32. Golpayegani M. Majma al-Masael. 1st ed. Qom: Dar al-Quran Institution; 1993. p.289. [Arabic]

33. Jondi A. Al-Mawsueat al-Jinayiya. 1st ed. Qom: Maktab al-Elm; 1990. p.695. [Arabic]
34. Najafi M. Javaher al-Kalam. 7th ed. Beirut: Dar al-Ehya; 1983. p.152. [Arabic]
35. Khoorie A. Asul Taklim al-Minhaj. 1st ed. Baghdad: Jameato Baghdad; 2020. p.6. [Arabic]
36. Rozovsky L. Should A Doctor Be a Good Samaritan? *Medicine at Law*. 1997; 49(4): 44-46.
37. HAW. REV. STAT. ANN. § 663-1.6.
38. MINN. STAT. ANN. § 604A.01(1).
39. R.I. GEN. LAWS § 11-56.
40. VT. STAT. ANN. tit. 12, § 519 (a).
41. Wis. STAT. ANN. § 940.34.
42. Khavari Y. Detailed Dictionary of Criminal Jurisprudence. 1st ed. Tehran: Razavi University of Islamic Sciences Publications; 2006. p.67. [Persian]
43. Hoseinabadi Farahani M, Fallahi M, Arsalani N, Hoseini M, Mohamadi E. Discrimination in Health Care Delivery: A Qualitative Content Analysis Study. *M E J Publication*. 2020; 14(45): 1-14. [Persian]
44. Ashtiani M. Bahr al-Favayed. 7th ed. Beirut: Dar Al-Ehya; 2008. p.245. [Arabic]
45. Bengt R, Jourak M. Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS): A New Protocol in Primary Triage and Secondary Priority Decision in Medicine. *The Journal of Emergency Medicine*. 2011; 40(6): 623-628.
46. Piette J. Health Care Discrimination, Processes of Care and Diabetes Patient's Health Status. *Dean Schillinger* 2006; 60(1): 41-48.